TESIS DOCTORAL

Adaptation and Validity Evidence of REE (Recovery Enhancing Environment): A system for Assessing Recovery in the Assistance of People Suffering from a Severe Mental Disorder.

Adaptación y Evidencias de Validez del REE (Recovery Enhancing Environment): Un sistema de Evaluación de la Recuperación en la Atención a Personas en Tratamiento con Trastorno Mental Grave.

Patricia Penas Morán

Director :
Ioseba Iraurgi Castillo

2020

Deusto
Universidad de Deusto

Universidad de Deusto
Deustuko Unibertsitatea
University of Deusto

Facultad de Psicología y Educación

Programa de Doctorado de Psicología

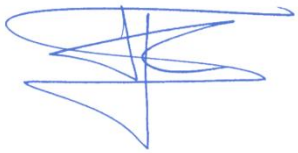
Adaptation and Validity Evidence of REE (Recovery Enhancing Environment): A system for Assessing Recovery in the Assistance of People Suffering from a Severe Mental Disorder.

Adaptación y Evidencias de Validez del REE (Recovery Enhancing Environment): Un sistema de Evaluación de la Recuperación en la Atención a Personas en Tratamiento con Trastorno Mental Grave.

Tesis doctoral presentada por Patricia Penas Morán

Dirigida por el Dr. Ioseba Iraurgi Castillo

Firma director:



Ioseba Iraurgi Castillo

Firma doctoranda

Patricia Penas Morán

Bilbao, junio de 2020

Agradecimientos

Esta tesis ha sido el resultado de años de ilusión, esfuerzo y trabajo tanto personal como de muchas personas que directa e indirectamente han tenido su influencia en este proceso, y es por ello que quisiera dedicar estas líneas de agradecimiento especial a algunas de ellas. La verdad es que sería imposible dedicar el espacio merecido a cada una de las personas que han contribuido en el trabajo que a continuación presento.

En primer lugar, quería agradecer al Dr. Ioseba Iraurgi por darme la oportunidad de poder iniciar mi carrera investigadora bajo su tutela y gran conocimiento. Has sido una persona capaz de trasmitirme tu entusiasmo por esta disciplina, ya que has logrado suscitar mi curiosidad por este ámbito. Algo que empezó como un trabajo de fin de grado, y ha terminado con esta tesis doctoral. ¡Y que continúe! Gracias.

A José Juan Uriarte y Conchi Moreno por dejarme participar en su proyecto de investigación, un proyecto que me ha hecho crecer y descubrir un nuevo interés. Gracias por hacer que una recogida de muestra que parecía tan complicada se haya hecho sencilla, por vuestras sugerencias y la cercanía que habéis mostrado conmigo. Ha sido un placer trabajar con vosotros. Además, no puedo dejar de mencionar a todos los profesionales de los Servicios de Salud Mental de Bizkaia que han colaborado con el proyecto y puesta en marcha del mismo.

María, Marian, Javi y Javi, cuatro maravillosos profesionales que me han enseñado mucho, y que además han hecho posible esta tesis. Gracias por haber mostrado ese entusiasmo y dedicación en todo el trabajo de campo.

Al equipo de Evaluación, Clínica y Salud. A la Dra. Susana Gorbeña por su buena disponibilidad y sus consejos, así como por darme la oportunidad de participar en su proyecto y enriquecerme de él. Y por supuesto a mis compañeras Maci, Nerea, Paula, Jaione y Sare con las que he compartido muchísimos ratos de conexión, frustraciones y buenos momentos. Una oportunidad de conocer gente nueva y con la que compartir momentos más allá de los que el propio proceso nos ha dado.

Al equipo de Mike Slade, Recovery Research Team, en la Universidad de Nottingham por acogerme durante mi estancia, y hacerme sentir tan cómoda fuera de casa.

A mi familia. Ama, gracias por ser ese ejemplo a seguir y demostrarme en cada momento de todo lo que puedo llegar a ser capaz. Fran, Franitxu, un orgullo ser tu hermana, gracias por estar ahí. A aita, que aunque no estés presente siento ese apoyo y orgullo cerca. A Espe, gracias por tu cercanía y por todos esos consejos prácticos cuando tenía la sensación de que

las cosas se complicaban. A mis aitites, que aunque comprender que es la tesis se os haga más complicado, siempre me demostráis vuestro cariño infinito. A Antonio.

A ti, Amaiur, por tu apoyo incondicional. Por tu paciencia infinita y por tu escucha activa siempre. Por apoyarme en todo este proceso, pero sobre todo por estar y sumar a nivel personal. También, a lo que Durango me ha dado. A Javi y Bego.

A mis amigas, en especial a Itsaso, Bego y Sara con las que he compartido innumerables escapadas y momentos, y que seguiremos compartiendo. Y también a unas amigas increíbles que esta profesión me ha dado, Sofía, Sarah y Noe, por todos esos domingos diferentes de risas, confidencias y buenos ratos.

Por último, gracias a la Universidad de Deusto y el Gobierno Vasco por haber financiado esta carrera investigadora a través de las becas Predoc.

Gracias. Eskerrik asko. Thank you.

ÍNDICE DE CONTENIDO

0. STRUCTURE OF THE THESIS - PRESENTACIÓN DE LA TESIS 12

1. TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) 21

1.1. QUÉ SE CONSIDERA UN TMG 22
1.2. EPIDEMIOLOGÍA 24
1.3. CARACTERÍSTICAS Y OBSTÁCULOS ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD 25

2. MODELO DE RECUPERACIÓN 27

2.1. INTRODUCCIÓN 28
2.2. LA EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE RECUPERACIÓN 28
2.3. DEFINICIONES DEL MODELO DE RECUPERACIÓN 30
2.3.1. Diferencias entre las distintas perspectivas de recuperación 32
2.4. CONCEPTUALIZACIÓN 33
2.4.1. Predictores o dimensiones del modelo de recuperación 33
2.4.2. Fases del proceso de recuperación 37
2.4.3. Marcos conceptuales 40
2.5. PUESTA EN MARCHA EN LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL 42
2.5.1. Características que favorecen el modelo de recuperación en los servicios de salud mental 43
2.5.2. Modelos o intervenciones que favorecen el modelo de recuperación personal 45
2.5.2.1. Modelo de Recuperación Colaborativa (en su acepción en inglés Collaborative Recovery Model [CRM], Oades et al., 2005) 45
2.5.2.2. Agentes de Apoyo Mutuo 46
2.5.2.3. Toma de decisiones compartidas (Shared-decision Making) 46
2.5.2.4. Programa de Manejo de la Enfermedad y Recuperación (Illness Management and Recovery Program) 47
2.5.2.5. Implementación de la recuperación: Un nuevo marco para el cambio organizacional (ImROC; Implementing Recovery through Organizational Change) 47
2.5.2.6. REFOCUS 48
2.5.2.7. Recovery Collegues (traducido al castellano como Escuelas de Recuperación) 48
2.5.2.8. Integrated Recovery-oriented Model (IRM; traducido al castellano como Modelo integrado orientado hacia la recuperación) 49
2.6. EVALUACIÓN 49
2.7. CONCLUSIÓN 51

3. HOW IS EVALUATED MENTAL HEALTH RECOVERY?: A SYSTEMATIC REVIEW 53

3.1. ABSTRACT 54
3.2. INTRODUCTION 54
3.3. METHOD 56
3.4. RESULTS 57
3.4.1. Personal Recovery 57
3.4.1.1. Criterion nº1: Assesses domains related to personal recovery. 59
3.4.1.2. Criterion nº2: Easy to complete (does not exceed 50 items) 59
3.4.1.3. Criterion nº3: Takes users' perspectives into account 59
3.4.1.4. Criterion nº4: Quantitative data 60
3.4.1.5. Criterion nº5: Scientifically tested 60

3.4.1.6. Criterion nº6: Psychometric properties: reliability (internal consistency), validity (convergent and construct validity), and assesses change. 60
3.4.1.7. Criterion nº7: Spanish adaptation 61
3.4.2. Recovery orientation of mental health services *61*
3.4.2.1. Criterion nº1: Evaluates domains related to services' orientation 62
3.4.2.2. Criterion nº2: Easy to complete (does not exceed 100 items) 62
3.4.2.3. Criterion nº3: Adequate development process 63
3.4.2.4. Criterion nº4: Includes users' perspective 63
3.4.2.5. Criterion nº5: Psychometric properties: internal consistency, convergent validity and factorial structure. 63
3.4.2.6. Criterion nº6: Spanish adaptation 63
3.5. DISCUSSION 64

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS 66

4.1. OBJETIVO PRINCIPAL 67
4.2. OBJETIVO E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO 1 67
4.3. OBJETIVO E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO 2 68
4.4. OBJETIVO E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO 3 68
4.5. OBJETIVO E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO 4 69

5. MÉTODO GENERAL 70

5.1. PROCEDIMIENTO 71
5.1.1. Procedimiento de traducción de la versión española del REE *71*
5.1.2. Aspectos éticos *72*
5.1.3. Preparación para la recogida de muestra – Entrevistas *73*
5.1.4. Creación del protocolo para la puesta en marcha *75*
5.2. EXTRACCIÓN MUESTRAL 77
5.2.1. Estimación del tamaño muestral *77*
5.2.2. Reclutamiento de los participantes *78*
5.2.3. Muestra final obtenida VS extracción inicial planteada *80*
5.3. PARTICIPANTES: 81
5.4. INSTRUMENTOS 84
5.4.1. Recovery Enhancing Environment (REE)- Cuestionario de Evaluación del desarrollo de Entornos Favorables para la Recuperación *84*
5.4.2. Health of the Nation Outcomes Scales – HoNOS (versión Española) *87*
5.4.3. Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) *88*
5.4.4. Escala de Impresión Clínica Global (ICG) *89*
5.4.5. Cuestionario de salud Euro-QoL5D *89*
5.4.6. Escala del Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (ISMI) *90*
5.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS GENERALES: 91
5.5.1. Análisis descriptivos y pruebas de contraste entre distintas variables *91*
5.5.2. Análisis descriptivos de los ítems y de validez interna de una escala *91*
5.5.3. Cálculo de la validez concurrente de una escala *92*
5.5.4. Validez de constructo: Análisis Factoriales Exploratorios y Confirmatorios *92*
5.5.4.1. Coeficientes Omega para la valoración de la adecuación de los Modelos Bifactoriales 93
5.5.5. Cálculo del Acuerdo Interjueces *95*
5.5.6. Cálculo de los baremos *96*
5.5.7. Cálculo del Índice de Cambio Fiable (ICF) *96*
5.5.8. Correlaciones entre variables *97*

5.5.9. Modelos de regresión lineal por pasos 97
5.5.10. Path analysis para un modelo estructural 98

6. EVIDENCE OF PSYCHOMETRIC ADEQUACY OF THE SPANISH ADAPTATION OF REE: RECOVERY ENHANCING ENVIRONMENT 99

6.1. ABSTRACT 100
6.2. INTRODUCTION 100
6.3. METHOD 101
6.3.1. Sample Selection Process 101
6.3.2. Participants 102
6.3.4. Procedure 102
6.3.5. Instruments 103
6.3.6. Statistical Analyses 105
6.4. RESULTS 106
6.4.1. Psychometric evidence from the 'Importance' of recovery components section 106
6.4.2. Psychometric evidence of the 'Experience' of the recovery components section 108
6.4.3. Psychometric evidence of the 'Organizational Climate' of REE section 108
6.4.4. Psychometric evidence from the 'Recovery Markers' of the REE section 111
6.4.5. Psychometric evidence of concurrent validity 112
6.5. DISCUSSION 113

7. PSYCHOMETRIC ADEQUACY OF RECOVERY ENHANCING ENVIRONMENT (REE) MEASURE: CHIME FRAMEWORK AS A THEORY BASE FOR A RECOVERY MEASURE 115

7.1. ABSTRACT 116
7.2. INTRODUCTION 116
7.3. METHOD 117
7.3.1. Participants 117
7.3.2. Instruments 118
7.3.3. Procedure 118
7.3.4. Statistical Analyses 120
7.4. RESULTS 121
7.5. DISCUSSION 125

8. ASSESSMENT OF RECOVERY IN SEVERE MENTAL DISORDER: REE NORMATIVE DATA, CUT-OFF POINTS AND ASSESSMENT CRITERIA FOR INDIVIDUAL CASES 130

8.1. ABSTRACT 131
8.2. INTRODUCTION 131
8.3. METHOD 133
8.3.1. Participants 133
8.3.2. Instrument 133
8.3.3. Procedure 134
8.3.4. Statistical analyses 135
8.4. RESULTS 136
8.5. DISCUSSION 138

9. DISCREPANCY BETWEEN EXPERIENCE AND IMPORTANCE OF RECOVERY COMPONENTS IN THE SYMPTOMATIC AND RECOVERY OUTCOMES OF PERSONS WITH A SEVERE MENTAL DISORDER 142

9.1. ABSTRASCT 143
9.2. INTRODUCTION 143

9.3. METHOD 145
9.3.1. Sampling *145*
9.3.2. Participants *146*
9.3.3. Instruments *146*
9.3.4. Procedure *147*
9.3.5. Statistical Analyses *147*
9.4. RESULTS 148
9.5. DISCUSION 152

10. DISCUSIÓN GENERAL 158

10.1. DISCUSIÓN GENERAL 159
10.2. POSIBLES IMPLICACIONES PRÁCTICAS POSTERIORES 165
10.3. LIMITACIONES 167
10.4. LINEAS FUTURAS 168

11. CONCLUSIONS - CONCLUSIONES 171

11.1. SPICIFIC OBJECTIVE 1: EVIDENCE OF PSYCHOMETRIC ADEQUACY OF REE´S SPANISH ADAPTATION 172
11.2. SPECIFIC OBJECTIVE 2: ADEQUACY OF THE FACTOR STRUCTURE OF THE REE INSTRUMENT, CONSIDERING THE CHIME CONCEPTUAL FRAMEWORK AS A THEORETICAL BASIS 172
11.1. OBJETIVO ESPECÍFICO 1: EVIDENCIAS DE ADECUACIÓN PSICOMÉTRICA DE LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE REE 175
11.2. OBJETIVO ESPECÍFICO 2: ADECUACIÓN DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL DEL INSTRUMENTO REE CONSIDERANDO EL MARCO CONCEPTUAL CHIME COMO BASE TEÓRICA 175
11.3. SPECIFIC OBJECTIVE 3: NORMATIVE DATA, CUT-OFF POINTS AND ASSESSMENT CRITERIA OF THE REE SCALE FOR INDIVIDUAL CASES. 173
11.3. OBJETIVO ESPECÍFICO 3: BAREMOS, PUNTOS DE CORTE Y CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL REE PARA CASOS INDIVIDUALES 176
11.4. SPECIFIC OBJECTIVE 4: TO EVALUATE THE RECOVERY PROCESS AND THE ASSOCIATION OF VARIABLES THAT INFLUENCE THIS PROCESS. 174
11.4. OBJETIVO ESPECÍFICO 4: EVALUAR EL PROCESO DE RECUPERACIÓN Y LA ASOCIACIÓN DE VARIABLES QUE INFLUYEN EN DICHO PROCESO 177

12. REFERENCIAS 178

13. ANEXOS 208

ANEXO 1: VERSION EN CASTELLANO DE CAPÍTULO 3, ARTÍCULO PUBLICADO EN LA REVISTA ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA 209
ANEXO 2: HOJA INFORMATIVA DEL PROYECTO 219
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USUARIO PARTICIPANTE 220
ANEXO 4: HOJA INFORMATIVA DEL PROYECTO PARA TUTOR LEGAL 221
ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CASO DU TUTOR LEGAL 222
ANEXO 6: VERSIÓN ESPAÑOLA DEL INSTRUMENTO REE – CUESTIONARIO DEL EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE ENTORNOS FAVORABLES PARA LA RECUPERACIÓN 223
ANEXO 7: VERSIÓN EN CASTELLANO DEL CAPÍTULO 6, ARTÍCULO ACEPTADO EN LA REVISTA ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA 239
ANEXO 8: VERSIÓN EN CASTELLANO DEL CAPÍTULO 8 253
ANEXO 9: VERSIÓN EN CASTELLANO DEL CAPÍTULO 9 268

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Priscilla Ridgway encuentra los siguientes temas y patrones en distintos relatos personales de personas expertas en el proceso de recuperación (Ridgway, 2001) 31

Tabla 2. Elementos o componentes de la recuperación encontrados en los distintos estudios. 35

Tabla 3. Las distintas fases de recuperación en el marco del modelo Transteórico de cambio. 39

Tabla 4. Temas recurrentes en la orientación de los servicios hacia la recuperación encontrados en la revisión sistemática llevada a cabo por Le Boutillier et al. (2011) 44

Tabla 5. Componentes para formación en prácticas orientadas hacia la recuperación (recuperado de Roberts and Boardman, 2014) 45

Table 6. Dimensions of the Personal Recovery measures (n=29) 57

Table 7. Dimensions which evaluate mental health services' orientation (n=15) 61

Tabla 8. Objetivos y tareas realizadas en las sesiones de formación de los entrevistadores. 74

Tabla 9. Distribución por género y rangos de edad de la población total de los usuarios en el trastorno mental grave y la selección proporcional para la composición de la muestra del estudio (n=300) 77

Tabla 10. Distribución por tipo de centro asistencial y la localización comarcal de la población total de usuarios en el Programa TMG en la RSMB y la selección proporcional para la composición de la muestra del estudio (n=300). 78

Tabla 11. Frecuencias del número de sujetos estimados y frecuencias de los participantes del estudio teniendo en cuenta la distribución por género y rangos de edad 80

Tabla 12. Frecuencias del número de sujetos estimados y frecuencias de los participantes del estudio teniendo en cuenta el tipo de centro asistencial y la localización comarcal 81

Tabla 13. Frecuencias y porcentajes de los diagnósticos de los participantes 82

Tabla 14. Estadísticos descriptivos y pruebas de contraste de las variables sociodemográficas en relación al centro de asistencial. 83

Tabla 15. Dimensiones o secciones evaluadas por el instrumento REE (recuperado de Ridgway & Press, 2004) 85

Tabla 16. Elementos de la recuperación considerados en el REE 86

Table 17.- Descriptive statistics and contrast test of the sociodemographic variables in relation to type of care center 103

Table 18 . Descriptive statistics and measures of central tendency of the items that indicate the importance of the recovery components of the REE measure. 107

Tabla 19. Decriptive statistics and measures of central tendency of the items that indicate the experience of recovery component of the REE measure. 109

Table 20. Descriptive statistics and measures of central tendency of the items that indicate Recovery Markers of the REE measure. 111

Table 21. Correlations (Concurrent and discriminant) 112

Table 22. Descriptive statistics and contrast tests of the sociodemographic variables in relation to type of care center. 119

Table 23. CHIME conceptual framework, percentage agreement and kappa coefficients of the REE instruments item 122

Table 24.Structural models 123

Table 25. Normative data and Reliable Change Index for the "Organizational Climate" dimension according to gender and health centre 136

Table 26. Normative data and Reliable Change Index for the "Recovery Markers" dimension according to gender and health centre 137

Table 27. Normative data and Reliable Change Index for the "Organizational Climate" and "Recovery Markers" dimensions according to age 138

Table 28. Differences between the subjective experience and importance in 24 recovery elements 149

Table 29. Correlation matrix 150

Table 30. Regression model considering the Global Index of Symptomatology 151

Table 31. Regression model considering the Recovery Markers 151

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Las dimensiones y subdimensiones del marco conceptual CHIME (Leamy et al., 2011) 41

Figure 2. Flow chart for the selection of instruments for the evaluation of 'Personal Recovery'. 58

Figure 3. Flow chart for the selection of instruments for the evaluation of 'Recovery orientation of mental health services'. 62

Figura 4. Procedimiento de puesta en marcha. 76

Figura 5. Diagrama de flujo sobre el proceso de captación y reposición de los participantes 79

Figura 6. Variables evaluadas e instrumentos de recogida de las mismas 84

Figure 7. Second order factor structure of the REE 124

Figure 8. Bi-factor model structure of the REE 126

Figure 9. The equation model of recovery 152

0. Structure of the Thesis
Presentación de la Tesis

The main objective of this doctoral thesis is the validation and adaptation of the Recovery Enhancing Environment (REE; Ridgway & Press, 2004) instrument, translated into Spanish as *Cuestionario de Evaluación de Desarrollo de Entornos Favorables para la Recuperación.* It is an instrument that allows the assessment of the personal recovery process carried out by people suffering from a Severe Mental Disorder, as well as the assessment of mental health services' orientation towards this model. The thesis consists of eleven chapters divided into four blocks that refer to the introduction, the method, the results and the discussion.

In the first introductory block, we find four chapters, three of which seek to conceptualize the issues that have been developed during this work process, whereas general and specific objectives are presented in the fourth chapter. In the first chapter, the concept of Severe Mental Disorder (SMD) is described, as well as its epidemiology and different aspects that hinder and affect the life of people diagnosed with this mental illness. In chapter two, the model of personal recovery is presented. In this case, recovery is understood as the personal and subjective process carried out by each individual to achieve a life with satisfactory values and purposes, despite potential symptoms of the disease (Anthony, 1993). In order to have a better understanding of what the recovery model is, the evolution of the concept is presented together with different definitions that have been given to it, so we can better understand its different dimensions and even the different phases or stages that have been proposed in literature. Likewise, the CHIME conceptual framework is described, which has acquired greater relevance when it comes to the operationalisation of this subjective and personal process. Moreover, the importance gained by the recovery model has generated the need for mental health services to be oriented towards this perspective, and in order to learn about the different strategies used for this purpose, different characteristics and interventions that favour personal recovery are described. The third and last chapter of this introductory section refers to evaluation. For this purpose, an article is presented, regarding the systematic review that was carried out to get more information about the different existing instruments used for assessing recovery at an individual level, as well as the ones used for assessing the orientation of mental health services. In addition, the different dimensions that each of these instruments use for the assessment of these two aspects were collected. The review shows that a great variability of dimensions and instruments exists for the evaluation of these concepts, which suggests that there is no unified consensus regarding their conceptualization and regarding tools to be used for their assessment. Likewise, the validation of these instruments in Spanish is scarce.

The general objective is specified in chapter four. This objective is divided into the following four objectives: 1) to present the adaptation process and the psychometric suitability characteristics of the REE measure; 2) to test the factorial structure of the REE, taking into account the CHIME conceptual framework; 3) to provide clinicians and care services with tools to interpret the individual results of the REE; and 4) to assess the personal recovery process of users of the Mental Health Network of Biscay (RSMB), and to identify the different variables that may be interacting in this process. In addition, this chapter includes specific hypotheses for each of the objectives described.

In the second block, in the fifth chapter, the general methodology of the thesis is presented. It deals in detail with the implementation of the project, including the procedure that was followed for translating the instrument, the preparation for the sample collection that includes the training process of the interviewers and the protocol that was followed for gathering the information. It also describes the different instruments used for obtaining data, and the statistical analyses used for the subsequent interpretation. Furthermore, this chapter contains a specific section about sampling in order to explain how random sampling was carried out: stratified by gender, age and health care centre and replacing the participants who did not meet the inclusion criteria, for the entire sample (n=312).

The third block, which refers to the results, presents four articles that have been developed with the aim of informing the scientific community about the main findings of this thesis. The first one -chapter six- responds to the first specific objective and it presents psychometric evidence depicting the process of adaptation of the REE instrument into Spanish, making it an interesting tool for assessing the recovery model. Internal consistency scores and factor analyses have shown adequate indexes of unidimensionality for each of the sections of the REE, suggesting that each dimension ('importance of recovery components', 'experience of recovery components in programmes and services', 'organisational climate' and 'recovery markers') can be used independently. Also, correlations with other instruments have provided appropriate and concurrent validity.

Chapter seven refers to the second study that was carried out in response to the second specific objective, which sought to test the factorial structure of the REE, taking into account the dimensions and sub-dimensions of the CHIME conceptual framework, the most widely used to explain the recovery model. For this aim, five expert judges have related the 24 recovery elements evaluated in the REE to the different dimensions and sub-dimensions of the CHIME, obtaining agreement rates and appropriate Kappa

coefficients. Subsequently, the structure proposed by these judges was checked through confirmatory factor analyses, resulting in suitable rates for two structural models: the existence of a two-factor structure model and the alternative of a five-factor model subsumed into a second order general factor. Both factorial structures show that the REE instrument is consistent with the assessment of the five dimensions proposed by the CHIME, and at the same time with the use of a global indicator of the recovery model.

In chapter eight, the study that provides an answer to the third objective is presented, which was providing the clinician with a useful tool to assess the recovery process of each individual and to collect information about the orientation of mental health services. For this purpose, the normative data and the Reliable Change Index have been calculated taking into account the age and gender of the individuals, as well as the type of care resource were they are being attended. The explanation of both procedures is offered through two examples, making it easy to observe the possibilities offered by both methodologies when it comes to helping the clinician in the decision-making process. On the one hand, the normative data allow us to know the relative position of the individual with respect to his or her reference group, while on the other hand, the Reliable Index of Change allows us to know whether the change made by the user is statistically significant and clinically relevant.

In the last chapter that makes up block three, related to results, the article with the fourth specific objective is presented, where the recovery process in the RSMB is evaluated and other possible variables that may be interacting in the process are identified. In this paper, the elements that are most highly valued by service users when going through the recovery process are firstly presented, so that the elements showing greater discrepancy between the way these elements are promoted in the services and the relative importance attached to them can be identified. Secondly, by means of hierarchical linear regression techniques, the predictive value of the different variables regarding the symptomatological index and personal recovery has been identified. This model showed how positive discrepancies could be influencing the personal and subjective recovery process, which is in turn negatively associated with the symptomatological index or clinical recovery, a relationship that is mediated by the internalized stigma suffered by these people.

Finally, in the last and fourth block that refers to the discussion, the last two chapters can be found. The tenth chapter refers to the general discussion and the eleventh one includes the most relevant conclusions of the thesis, which are presented in a simplified

way. In the general discussion, the conclusions that have already been mentioned in different papers in the previous block are presented in a summarized way, continuing with a section of possible practical implications of the results that have been obtained, the limitations of this research and possible research lines for the future.

La tesis doctoral que se presenta a continuación ha tenido como objetivo principal la validación y adaptación del instrumento *Recovery Enhancing Environment* (REE; Ridgway & Press, 2004) traducido al castellano como *Cuestionario de Evaluación de Desarrollo de Entornos Favorables para la Recuperación*, un instrumento que permite la evaluar tanto el proceso personal de recuperación que llevan a cabo personas con un Trastorno Mental Grave, como la orientación hacia este modelo de los servicios de salud mental que les atienden. La tesis que se presenta a continuación está compuesta por once capítulos que se distribuyen en cuatro bloques, que hacen referencia a la introducción, método, resultados y discusión.

En el primer bloque introductorio nos encontramos con cuatro capítulos, tres de ellos pretenden conceptualizar los temas que han sido desarrollados durante el proceso del presente trabajo y un cuarto donde se presentan los objetivos tanto general como específicos. En el primero de los capítulos se describe el Trastorno Mental Grave (TMG), su epidemiología y diferentes aspectos que obstaculizan y afectan a la vida de las personas diagnosticadas con esta enfermedad mental. A continuación, en el capítulo dos, se presenta el modelo de recuperación personal, donde la recuperación es entendida como el proceso personal y subjetivo que lleva a cabo cada individuo para lograr una vida con valores y propósitos satisfactorios, a pesar de los posibles síntomas de la enfermedad (Anthony, 1993). Para conocer mejor en qué consiste el modelo de recuperación se expone la evolución del concepto y las diferentes definiciones que se le han dado al concepto, para así poder entender mejor las distintas dimensiones que lo componen e incluso las diferentes fases o etapas que han sido propuestas en la literatura. Asimismo, se describe el marco conceptual CHIME, el cual ha adquirido mayor relevancia a la hora de operativizar este proceso subjetivo y personal de cada usuario. La importancia alcanzada por el modelo de recuperación ha generado la necesidad de que los servicios de salud mental estén orientados hacia esta perspectiva, y con el objetivo de conocer diferentes estrategias utilizadas para ello se describen diferentes características e intervenciones que favorecen la recuperación personal. El tercero y último capítulo de este apartado de introducción, hace referencia a la evaluación y para ello se presenta un artículo en relación a una revisión sistemática realizada con el objetivo de conocer los diferentes instrumentos existentes tanto para la evaluación de la recuperación a nivel individual, como la de los propios servicios de salud mental. Además, se recogieron las distintas dimensiones que cada uno de estos instrumentos utilizan para la evaluación de estos dos aspectos. La revisión muestra cómo existen una gran variabilidad de dimensiones e instrumentos para la evaluación de estos conceptos, sugiriendo que no hay consenso unificado en relación a

su conceptualización y herramientas a utilizar para su valoración. Asimismo, la validación al castellano de estos instrumentos es escasa.

En el capítulo cuatro se especifica el objetivo general, el cual se desglosa en los siguiente cuatro objetivos: 1) presentar el proceso de adaptación y las características de adecuación psicométrica del cuestionario REE; 2) probar la estructura factorial del REE teniendo en cuenta el marco conceptual CHIME; 3) proporcionar a los clínicos y servicios asistenciales herramientas para interpretar los resultados individuales del REE; y por último, 4) evaluar el proceso de recuperación personal de los usuarios del Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB), y conocer las diferentes variables que puedan estar interactuando en dicho proceso. Además en este capítulo se presentan las hipótesis específicas de cada uno de los objetivos descritos.

En el segundo bloque y quinto capítulo se presenta la metodología general de la tesis. Se aborda en detalle la puesta en marcha del proyecto, donde se incluye el procedimiento seguido para la traducción del instrumento, la preparación para la recogida de la muestra con la formación de los entrevistadores y el protocolo seguido para la recogida de información. Así como se describen los distintos instrumentos utilizados para la obtención de datos, y los análisis estadísticos utilizados para posteriormente poder hacer la interpretación de los mismos. Además, en este capítulo se lleva a cabo un apartado específico sobre la extracción muestral para explicar cómo ha sido realizado muestreo aleatorio estratificado por sexo, edad y centro asistencial, con reposición de los participantes que no cumplían criterios de inclusión, para el total de la muestra (n=312).

El tercer bloque que hace referencia a los resultados, se presentan cuatro artículos que han sido desarrollados con el objetivo de dar a conocer a la comunidad científica los hallazgos principales de la presente tesis. El primero de ellos –capítulo seis-, responde al primer objetivo específico y en él se presentan las evidencias psicométricas que muestran el proceso de adaptación al castellano del instrumento REE, convirtiéndolo en una herramienta interesante para evaluar el modelo de recuperación. Tanto las puntuaciones de consistencia interna como los análisis factoriales han mostrado índices adecuados de unidimensionalidad para cada una de las secciones del REE, lo que sugiere que cada una de las dimensiones del REE (‘importancia de los componentes de recuperación’, ‘experiencia de los componentes de recuperación en los programas y servicios’, ‘clima organizacional’ y ‘marcadores de recuperación’) pueden utilizarse de forma independiente. Asimismo, las correlaciones con otros instrumentos han ofrecido una apropiada validez concurrente.

A continuación, nos encontramos con el séptimo capítulo, el cual hace referencia al segundo trabajo realizado para dar respuesta al segundo objetivo específico, que pretendía probar la estructura factorial del REE teniendo en cuenta las dimensiones y subdimensiones del marco conceptual más utilizado para explicar el modelo de recuperación (CHIME). Para ello, cinco jueces expertos han relacionado los 24 elementos de recuperación evaluados en el REE con las distintas dimensiones y subdimensiones del CHIME obteniendo índices de acuerdo y coeficientes Kappa adecuados. Posteriormente, se comprobó por medio de análisis factoriales confirmatorios la estructura propuesta por los jueces, resultando en índices adecuados para dos modelos estructurales: la existencia de un modelo de estructura bi-factorial y la alternativa de un modelo de cinco factores específicos subsumidos en un factor general de segundo orden. Ambas estructuras factoriales muestran como el REE es un instrumento congruente con la valoración de las cinco dimensiones propuestas por el CHIME, y al mismo tiempo con la utilización de un indicador global del modelo de recuperación.

En el capítulo ocho, se presenta el estudio que ha dado respuesta al tercer objetivo, es decir, proporcionar al clínico una herramienta útil para poder valorar el proceso de recuperación de cada uno de los individuos y recoger información sobre la orientación de los servicios de salud mental. Para ello se han calculado los baremos y el Índice de Cambio Fiable teniendo en cuenta la edad, el sexo y el recurso asistencial al que acuden. La explicación de ambos procedimientos se desarrolla a través de dos ejemplos, donde es fácil observar las posibilidades que ofrecen ambas metodologías a la hora de ayudar al clínico en la toma de decisiones. Por un lado, los baremos permiten conocer la posición relativa del individuo respecto a su grupo de referencia, mientras que el por el otro lado, el Índice de Cambio Fiable permite conocer si el cambio que realiza el usuario es estadísticamente significativo y clínicamente relevante.

En el último capítulo que compone el bloque tres de resultados, se presenta el artículo con el cuarto objetivo específico, donde se evalúa el proceso de recuperación en la RSMB y conocer otras posibles variables que puedan estar interactuando en el proceso. En este trabajo se muestran, en primer lugar, los elementos más valorados por los usuarios de los servicios en el proceso de recuperación. Para luego conocer en cuáles de estos elementos existe una mayor discrepancia entre la experiencia que ellos perciben de como esos elementos se promueven en los servicios y la importancia relativa que le dan a los mismos. En segundo lugar, a través de técnicas de regresión lineal jerárquica se ha conocido el valor predictor de las distintas variables en relación al índice sintomatológico y a la recuperación personal. Y por último, teniendo en cuenta las variables que habíanmostrado

un valor predictivo a ambos tipos de recuperación se calculó un modelo estructural. Este modelo mostró cómo las discrepancias positivas podrían estar influyendo en el proceso personal de recuperación, esta recuperación personal a su vez se asocia de forma negativa con el índice sintomatológico o recuperación clínica, relación que es mediada por el estigma internalizado que sufren estas personas.

Finalmente, en el último y cuarto bloque que hace referencia a la discusión, nos encontramos con los dos últimos capítulos: el décimo que hace referencia a la discusión general y el undécimo donde se exponen de forma simplificada las conclusiones más relevantes de la tesis. En la discusión general se presentan de una forma compendiada las conclusiones ya mencionadas en los distintos trabajos del bloque anterior, para continuar con un apartado de posibles implicaciones prácticas de los resultados encontrados, las limitaciones del trabajo y posibles líneas futuras.

1. Trastorno Mental Grave (TMG)

1.1. Qué se considera un TMG

No existe un consenso único a la hora de definir y especificar los criterios de inclusión para el diagnóstico del Trastorno Mental Grave (TMG), ya que en él pueden considerarse diferentes dimensiones o diagnósticos para su inclusión (Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi, & Tansella, 2000). Sin embargo, como se recoge en la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (Ministerio de Sanidad y Politica Social, 2009), y en la literatura relacionada (Schinnar, Rothbard, Kanter, & Jung, 1990) la definición más utilizada tiene como base la descrita inicialmente en 1987 por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH; National Institute of Mental Health) de los Estados Unidos en la cual se incluyen las siguientes dimensiones: criterios diagnósticos, duración de la enfermedad y presencia de discapacidad.

- *Criterios diagnósticos:* personas que cumplen los criterios diagnósticos establecidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; OMS, 2003) de los siguientes trastornos: Trastornos esquizofrénicos (F20.x), trastorno esquizotípico (F21), trastornos delirantes persistentes (F22), trastornos delirantes inducidos (F24), trastornos esquizoafectivos (F25), otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29), trastorno bipolar (F31.x), episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3), trastornos depresivos graves recurrentes (F33) y trastorno obsesivo compulsivo (F42).

- *Duración del trastorno*: evolución del trastorno durante 2 o más años, o poseer un deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento durante los últimos 6 meses a pesar de que los síntomas hubiesen remitido. A través de este criterio se pretenden descartar aquellos casos que pese a presentar un diagnóstico de gravedad no tienen un recorrido largo y no presentan un pronóstico claro, lo que podría estar evitando que estos casos evolucionasen hacia un TMG (Rodríguez & Bravo, 2003).

- *Presencia de discapacidad*: la persona sufre una discapacidad de grado moderada a severa en el funcionamiento personal, laboral, social y familiar. Inicialmente, la evaluación de la discapacidad se determinaba por la presencia de tres o más de los ocho criterios establecidos por el NIMH, mientras que actualmente es evaluada a través la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG; Bobes, Portilla, Bascarán, Sáiz y Bousoño, 2002) o por su versión en inglés Global Assessment of Functioning (GAF, Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976), donde la puntuación 50 es utilizada

como punto de corte, ya que este valor estaría indicando síntomas graves o una alteración grave de la actividad social, laboral o escolar.

No obstante, a pesar de que esta definición esta extensamente aceptada, existen otros autores que proponen el uso de otras dimensiones complementarias para el diagnóstico del TMG. En este sentido, la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2012) sugiere añadir otra dimensión que hace referencia a la complejidad en su representación donde se recogen otros problemas asociados a la enfermedad, como podrían ser la discapacidad intelectual, la comorbilidad psiquiátrica, el uso inadecuado de recursos asistenciales o la existencia de problemas en el ámbito familiar (p.e., disfuncionalidad de la relación familiar, padres a cargo, etc). Asimismo, Slade, Powell y Strathdee (1997) propusieron el uso de cinco criterios: seguridad, apoyos informales y formales, diagnóstico, discapacidad y duración, para detectar aquellas personas con enfermedad mental grave y persistente y poder proporcionarles los cuidados sanitarios necesarios en base a sus necesidades. Estos autores sugieren también que a través de la operacionalización de estas dimensiones se podría obtener un índice que ayude a los sistemas de salud a valorar la asistencia necesaria de cada uno de los enfermos que acude a los centros de atención sociosanitaria.

Otras propuestas como la de Ruggeri et al., (2000) plantean la definición del trastorno mental grave desde una perspectiva bidimensional, es decir, teniendo en cuenta únicamente las dimensiones de duración y discapacidad propuestas por el NIMH (1987), ya que consideran que engloba un mayor número de usuarios que hacen uso continuado de los servicios de salud mental y causan un desgaste en sus cuidadores. La utilidad de esta perspectiva es reafirmada en el estudio llevado a cabo por Parabiaghi, Bonetto, Ruggeri, Lasalvia, & Leese (2006) donde prueban que la utilización de esta definición menos estricta que la tridimensional, parece predecir mejor aquellos casos que experimentarán una mayor carga para los servicios asistenciales.

En resumen, como hemos podido apreciar en la literatura aparecen distintas definiciones y formas de conceptualizar el trastorno mental grave. Pero en cualquier caso, aquellas que consideran las tres dimensiones propuestas por el NIMH en 1987 (diagnostico, duración de la enfermedad y grado de discapacidad) han recibido un mayor reconocimiento. En la revisión realizada por Schinnar y colaboradores (1990) se observó cómo aplicando 17 definiciones distintas a una muestra de 222 pacientes la prevalencia del trastorno mental grave variaba (entre un 4 y un 88%), siendo la definición propuesta por el NIMH la más representativa debido a que incluía unas estimaciones medias para el diagnóstico del TMG (entre el 45-55%).

1.2. Epidemiología

Como consecuencia de la falta de unicidad en la conceptualización y definición del trastorno mental grave, los datos y estudios respecto a la prevalencia o incidencia del trastorno son escasos. En el trabajo realizado por el grupo de Ruggeri (2000), donde se muestran datos de dos ciudades Europeas, se encontró como la prevalencia del TMG teniendo en cuenta la definición tridimensional del NIHM, fue de 2.55 por cada 1000 habitantes teniendo en cuenta la población general – caso de Londres-, y de 1.34 por cada 1000 en usuarios registrados en los servicios de salud mental –estudio realizado en Verona-.

España participó en un estudio Europeo (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) junto con otros seis países, a través del cual se conocieron datos acerca de los trastornos mentales: un 19.5% de las personas sufrían un trastorno mental en algún momento de su vida y un 8.4% en los últimos 12 meses, siendo el trastorno mental más frecuente el episodio depresivo mayor con un 3.9% de prevalencia/año (Haro et al., 2006). No obstante, si bien los datos epidemiológicos muestran una gran prevalencia de los trastornos mentales en la población española, pueden inducir a la confusión respecto a la verdadera prevalencia de los TMG; en tanto que el estudio consideró para su inclusión como `trastorno mental´ cualquier epígrafe o manifestación nosológica, desde la esquizofrenia hasta cualquier manifestación dentro del espectro de los trastornos del estado del ánimo o los trastornos de ansiedad. En lo que se refiere a los datos epidemiológicos únicamente del trastorno mental grave, en el documento de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud se estableció en 2.5-3% la prevalencia del TMG en la población adulta Española (Ministerio De Sanidad Y Consumo, 2007). No obstante estos datos varían, ya que los datos planteados en el Plan estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid estiman una probabilidad entre el 0.6 y 1% de prevalencia para el TMG en la población (Salud Madrid, 2018).

Para la provincia de Bizkaia, localización geográfica donde se desarrolla el presente estudio, los datos de prevalencia general para la población de TMG se han estimado en torno a las 10.000 personas (una prevalencia del 0.86%, lo que supone 8.69 casos por cada 1000 habitantes), y entre ellas se estima que unas 7.000 (aproximadamente el 70%) se encuentran atendidas dentro de la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB, 2015).

1.3. Características y obstáculos asociados a la enfermedad

Las personas diagnosticadas de un trastorno mental grave no solo sufren los síntomas propios de la enfermedad, sino que también les acompañan una serie de dificultades comunes que pueden interponerse en su proceso de recuperación. Muchas de estas dificultades no tienen que ver con características asociadas a ellas como personas sino que se tratan de barreras sociales a las cuales tienen que hacer frente (Davidson & Roe, 2007).

Tras el diagnóstico de una enfermedad, mental la interacción social y la red de apoyo de estas personas se ven muy reducidas, limitándose en muchos casos a la familia y el entorno más cercano (Belloso, 2012). Este aislamiento puede ser consecuencia del estigma o los prejuicios negativos que la sociedad tiene hacia las personas que sufren una enfermedad mental, lo que genera que las opiniones o las acciones de estas personas sean desvalorizadas e incluso no tenidas en cuenta (Wahl, 2012), pudiéndose llegar producir actos de discriminación. Además, cuando este estigma es interiorizado por la persona surge el estigma internalizado o autoestigma (Lucksted & Drapalski, 2015), retroalimentando este aislamiento y disminuyendo la autoestima (Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2001), llegando a provocar sentimientos y/o ideaciones de no tener nada que ofrecer a los demás, de no creer en sus propios juicios o de culpabilizarse por padecer la enfermedad (Silverstein & Bellack, 2008). Asimismo, este autoestigma también ha sido asociado a otros factores tales como una menor conciencia de enfermedad, búsqueda de ayuda (Schomerus et al., 2018) y una más baja adherencia al tratamiento (Kamaradova et al., 2016). Por tanto, esta presión ejercida desde el entorno social que pasa a ser alimentada e interiorizada por la persona, es una barrera importante a la cual los usuarios de los servicios de salud mental deben hacer frente en su proceso de recuperación. Los familiares de estas personas, aunque de forma distinta, también experimentan el estigma y la discriminación, además de otros efectos secundarios derivados del cuidado como son la vergüenza o la culpa (Corrigan & Miller, 2004).

Otra consecuencia de la enfermedad, y que sobretodo se da durante los periodos más sintomáticos, es la dificultad que estas personas tienen para manejarse y vivir de forma autónoma, generando así una dependencia en los servicios y las personas o familiares que les atienden (Rodrígez & Bravo, 2003). Además, dado que la sociedad no está concienciada ni documentada en relación a la enfermedad mental, en muchos casos las familias tampoco están preparadas o no saben cómo hacer frente a las situaciones que derivan del cuidado de un familiar con trastorno mental grave, ya que a pesar de que puedan tener una trayectoria médica larga no saben detectar los periodos de mayor alerta o gravedad

(Davidson & Roe, 2007). A esto se le suma la falta de conciencia de enfermedad que pueden tener en ciertos momentos estas personas, que en ocasiones deriva en una inadecuada detección precoz de posibles recaídas, y como consecuencia en la posible necesidad de un ingreso hospitalario (Belloso, 2012). Asimismo, es importante tener en cuenta que el tratamiento farmacológico es la intervención básica que reciben las personas con un diagnóstico de trastorno mental grave, y por ello, es necesario tener en cuenta los posibles efectos secundarios que pueden sufrir como consecuencia de los medicamentos utilizados para hacer frente a algunos de los síntomas de la enfermedad (Mancini, Hardiman, & Lawson, 2010).

Por último, destacar que tanto el mantenimiento en el mundo laboral como las oportunidades de acceso al trabajo remunerado es otra de las barreras a las que tiene que hacer frente este colectivo. Ello repercute no solo su integración social sino también en la posibilidad de llevar a cabo una vida independiente a nivel económico y, como consecuencia, la dificultad para cubrir las necesidades básicas para poder desarrollar una vida digna (Belloso, 2012). Disfrutar de un puesto de trabajo tiene un rol importante en la recuperación debido a que permite a la persona desarrollar sentimientos de autoeficacia, autoestima y/o confianza en uno mismo, así como aumentar el contacto social (Dunn, Wewiorski, & Rogers, 2008; Pachoud et al., 2010); por el contrario, no tener acceso al mercado laboral genera las emociones contrarias y la necesidad de dependencia.

Estos son algunos de los obstáculos o barreras más comunes que las personas con enfermedad mental encuentran como consecuencia de la misma. Sin embargo, no se debe olvidar que estas no son las únicas, ya que como seres humanos tienen sus propias circunstancias vitales que dan lugar a situaciones personales que junto a la enfermedad se pueden presentar aumentando o aliviando los distintos obstáculos a los que hacer frente para ir logrando el proceso hacia la recuperación.

2. Modelo de Recuperación

2.1. Introducción

La atención en salud mental y en especial al trastorno mental grave ha sufrido una evolución importante durante las últimas décadas. A través del presente capítulo se pretenden explicar los diferentes hechos que han posibilitado esta transformación hasta llegar al modelo de recuperación actual, perspectiva que considera que la persona puede vivir una vida satisfactoria a pesar de los síntomas de la enfermedad (Anthony, 1993), dejando de lado la recuperación clínica más tradicional que considera únicamente la mejoría de los síntomas como indicador de recuperación. Tras definir y diferenciar ambas perspectivas se realizará una conceptualización del modelo de recuperación personal, no sin antes advertir que dada la subjetividad e individualidad del concepto y la gran interacción existente entre los distintos aspectos que podrían componer este modelo, resulta complejo exponer una conceptualización clara y unificada del constructo (Burgess, Pirkis, Coombs, & Rosen, 2011). Asimismo, esta evolución en el concepto también ha supuesto un reto para los sistemas de salud mental que buscan ofrecer e implementar en los servicios practicas asistenciales orientadas hacia el modelo de recuperación (Farkas, Gagne, Anthony, & Chamberlin, 2005). Por tanto, a lo largo de este capítulo también se expondrán los distintos elementos que favorecen la orientación de los servicios y algunos programas o modelos utilizados en distintos servicios para la implantación de dicha perspectiva, donde el usuario adquiere un rol activo en el proceso. Por último, se expondrá un apartado que hace referencia a la evaluación de los conceptos, ya que es de vital importancia poder valorar tanto la recuperación a nivel personal como de su puesta en marcha en los servicios, con el objetivo de poder conocer cómo se está llevando a cabo y poder actuar en consecuencia. Para este procedimiento se ha encontrado cierta dificultad debido a la existente falta de claridad en su conceptualización. Esta reflexión es previa al capítulo tres, en el cual se va a presentar una revisión de las diferentes herramientas encontradas para ello.

2.2. La evolución del concepto de Recuperación

Durante las décadas de los años 60-80 surgió un movimiento entre los profesionales de la salud mental que provocó un cambio a la hora de entender la recuperación en el TMG. Durante este periodo sucedieron una secuencia de diversos factores que influenciaron en la forma de entender la enfermedad, el tratamiento y las posibilidades de estas personas para lograr su recuperación e integración en la sociedad.

Por un lado, en los años 60 y de mano de la anti-psiquiatría, se llevó a cabo la desinstitucionalización de los psiquiátricos como consecuencia de los movimientos sociales llevados a cabo por algunos grupos minoritarios. Desde la práctica profesional, muchos fueron los que se posicionaron en contra del modelo clásico y proteccionista de la medicina que cura y cuida, por un modelo alternativo en el que se compartía las soluciones terapéuticas con los propios usuarios, haciéndoles partícipes tanto del proceso como de la responsabilidad de asumir sus propias decisiones vitales. Asimismo, muchos enfermos mentales se movilizaron por sus derechos logrando la salida de los hospitales y la creación de otro tipo de recursos asistenciales que no conllevaban ingreso. A este respecto, cabe mencionar que el primer plan de salud mental de la Comunidad Autónoma Vasca, que proponía la creación de Centros de Salud Mental (CSMs) ambulatorios -antes inexistentes- cómo ejes centrales de la asistencia comunitaria, se desarrolló en los años 80 (Ajuriaguerra, 1983). Este hecho permitió mostrar a través de estudios longitudinales como algunas de las personas que hasta el momento habían estado ingresadas eran capaces de recuperarse de los síntomas y adaptarse al entorno (Carpenter & Kirkpatrick, 1988; Davidson & McGlashan, 1997; Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss, & Breier, 1987; Harrison et al., 2001; Harrow, Jobe, & Faull, 2012). Desde esta perspectiva, el trastorno mental grave dejaría de verse como una enfermedad incurable y con un pronóstico claro hacia el deterioro, mostrando confianza y dando oportunidades a las capacidades potenciales de los enfermos.

Por otro lado, estas personas comenzaron a relatar sus experiencias en el proceso de recuperación dando visibilidad a sus habilidades como personas capaces de alcanzar mayores niveles de recuperación y adaptación psicosocial (Anthony, 1993). En este sentido se recogieron relatos en primera persona, y se llevaron a cabo estudios cualitativos que han propiciado un cambio de paradigma en la recuperación del TMG, permitiendo conocer distintos factores que estas personas consideran que promueven los procesos de recuperación (Deegan, 1996; Jacobson, 2001). "*Cuento la historia de mi propio proceso de recuperación para que así otros puedan recuperarse también*" (p.337) (Ridgway, 2001). Además, este movimiento surge en un momento en que la filosofía de la autoayuda está en pleno auge (Young & Ensing, 1999).

Los términos utilizados para referirse a estos conceptos también han evolucionado reflejando una mayor autonomía por parte de las personas afectadas. En este sentido, palabras como rehabilitación psicosocial, incapacitación o adherencia al tratamiento han quedado en un segundo plano y han sido sustituidas por recuperación personal, medidas funcionales de protección o toma compartida de decisiones, respectivamente. Asimismo, la

práctica de salud mental más paternalista ha evolucionado a prácticas donde se promueve la participación activa de los usuarios que acuden a los servicios (Delman, Clark, Eisen & Parker, 2015).

2.3. Definiciones del modelo de recuperación

La definición más utilizada y representativa del modelo personal de recuperación es la formulada por Anthony (1993) quien describe este concepto cómo:

> "La recuperación es un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito vital a medida que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental" (p.21).

Sin embargo, la primera definición del concepto fue formulada por Deegan en el año 1988 dando comienzo a esta nueva forma de entender la recuperación, quien describió su proceso hacia el logro de esta perspectiva de recuperación cómo:

> "La recuperación es un proceso, una forma de vida, una actitud y una forma de abordar los desafíos del día. No es un proceso perfectamente lineal… La necesidad de enfrentar el desafío de la discapacidad y restablecer un nuevo y valioso sentido de integridad y propósito dentro y más allá de los límites de la discapacidad; la aspiración de vivir, trabajar y amar en una comunidad en la que uno hace una contribución significativa" (p.15).

Por otro lado, desde una perspectiva más institucional, el concepto de Recuperación Personal también ha sido abordado y contribuido en su desarrollo y explicación. Tal es el caso de la aportación de la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006) que describió la recuperación en la Declaración del Consenso Nacional sobre la Recuperación en la Salud Mental cómo:

> "*La recuperación de la salud mental es un viaje de curación y formación que permite a una persona con un problema de salud mental vivir una vida significativa en una comunidad de su elección, al tiempo que se esfuerza por alcanzar su pleno potencial*".

Y por el otro lado, destacar la reflexión de Priscilla Ridgway (2001) quien describe el proceso con las siguientes palabras:

> "Soy una persona única, luchando contra un trastorno psiquiátrico, y a través de mis actitudes y acciones diarias, con la ayuda de los demás, puedo y he recuperado una vida significativa. Cuento la historia de mi continuo viaje de recuperación para que otros también puedan recuperarse" (p.337).

Además de recoger los siguientes aspectos característicos de la recuperación encontrados por esta misma autora en las narraciones en primera persona (véase Tabla 1).

Tabla 1. Priscilla Ridgway encuentra los siguientes temas y patrones en distintos relatos personales de personas expertas en el proceso de recuperación (Adaptado de Ridgway, 2001)

➢ La recuperación es el despertar de la esperanza después de la desesperación.
➢ La recuperación es romper con la negación y lograr la comprensión y la aceptación.
➢ La recuperación es pasar del aislamiento al compromiso y la participación activa en la vida.
➢ La recuperación es un afrontamiento activo en lugar de una adaptación pasiva.
➢ La recuperación significa dejar de verse a sí mismo como una persona con un trastorno psiquiátrico y recuperar un sentido positivo de la vida.
➢ La recuperación es pasar de la alienación a un sentido de significado y propósito.
➢ La recuperación es un viaje complejo y no lineal.
➢ La recuperación no se logra sola, sino que el viaje implica apoyo y colaboración.

A la vez que el modelo de recuperación ha ido adquiriendo relevancia a nivel personal, también ha ido surgiendo un mayor interés por parte de las políticas asistenciales, en que los servicios y profesionales trabajen en la implantación y puesta en marcha de servicios orientados hacia esta perspectiva de la recuperación. En este sentido se han descrito cómo deberían ser guiados estos servicios de salud mental, Davidson, O'Connell, Tondora, Styron y Kangas (2006) proponiéndose que:

> "*Han de identificarse y construirse en base a aspectos individuales, fortalezas, áreas de salud y las competencias para apoyar a la persona en el manejo de su condición al mismo tiempo que recupera un sentido significativo, constructivo y de pertenencia de la comunidad*" (p.641).

2.3.1. Diferencias entre las distintas perspectivas de recuperación

En la literatura, y dependiendo de los autores, encontramos distintas etiquetas para denominar y diferenciar las definiciones de las dos perspectivas de recuperación extensamente utilizadas; donde por un lado estaría la recuperación clínica más tradicional y por el otro el modelo de recuperación más actual descrito en el apartado anterior. A este respecto, algunos autores (Slade, Amering y Oades, 2008), han denominado los dos significados de la recuperación cómo: la recuperación clínica versus la recuperación personal. En la recuperación clínica se espera que tras el tratamiento la persona mejore a nivel sintomatológico, obteniendo una reducción o remisión de los síntomas acompañada de una mejoría funcional. Esta forma de entender la recuperación hace que su operacionalización sea sencilla, ya que es un concepto claro e invariable para las distintas personas. Sin embargo, la recuperación personal hace referencia al proceso a través del cual las personas construyen su propia experiencia de recuperación, y dado al carácter subjetivo y multidimensional de este modelo, existe una mayor dificultad a la hora de llevar a cabo su evaluación. Lysaker y su equipo (2006) utilizan los términos de recuperación objetiva versus recuperación subjetiva para referirse a estos dos conceptos respectivamente. Del mismo modo Bellack (2006) se refiere a ellos como recuperación científica versus el modelo de recuperación centrado en el consumidor. Con el mismo objetivo de diferenciar estas dos perspectivas, Davidson y Roe (2007) hacen referencia a ellas como "recuperación de" y "recuperación en", o en inglés *recovery from* versus *recovery in*, donde la "recuperación de" viene determinada por una mejoría en el estado de salud mientras que la "recuperación en" se refiere a la adaptación y aceptación de la presencia de la enfermedad. Por último, esta distinción puede conocerse desde una perspectiva más relacionada con la práctica de los servicios como: el modelo de recuperación creado en los servicios versus el modelo de recuperación centrado en la persona (Schrank & Slade, 2007).

Algunos estudios han mostrado como ambos tipos de recuperación son procesos complementarios y un tipo de recuperación no va necesariamente asociado al otro (Roe, Mashiach-Eizenberg, & Lysaker, 2011; Silverstein & Bellack, 2008; Slade et al., 2014). Sin embargo, Davidson & Roe (2007) sugieren que debido a la alta coexistencia y relación entre ambas perspectivas, al ayudar a una persona a vivir con ciertos síntomas de la enfermedad no solo le ayuda a tener una vida más satisfactoria sino que en muchos casos contribuye también en la reducción o mejora de dichos síntomas. Además las distintas perspectivas existentes para alcanzar la recuperación podrían contribuir en el aumento de

la esperanza de estas personas, debido a que sugieren distintas posibilidades de logro y bienestar (Davidson & Roe, 2007).

2.4. Conceptualización

La recuperación es un proceso complejo, multifacético y subjetivo, que depende de diferentes factores tanto personales como ambientales (Mancini et al., 2010). Como consecuencia de ello, en la literatura existen distintos trabajos que señalan diferentes dimensiones asociadas al proceso, hecho que ha supuesto una gran dificultad para los profesionales a la hora de unificar y conceptualizar aquellas dimensiones concretas que forman parte de la experiencia de recuperación. A lo largo de este apartado se van a exponer diferentes aspectos o indicadores clave identificados en los distintos estudios donde se han tenido en cuenta narrativas y otros procedimientos. También se van a señalar etapas o fases que forman parte de la evolución que han de llevar a cabo estas personas. Por último y a pesar de la mencionada falta de consenso en su conceptualización y respecto a las dimensiones implicadas en el proceso, se expondrá el marco conceptual denominado como CHIME (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011), el cual es actualmente el más utilizado para definir este modelo de recuperación personal.

2.4.1. Predictores o dimensiones del modelo de recuperación

En la Tabla 2 se presentan los componentes clave de recuperación encontrados en distintos estudios. Si bien los nueve estudios representados difieren en los elementos clave que incluyen dentro del proceso, sí se observa una serie de factores comunes que a continuación desarrollaremos de forma específica. Además, la gran complejidad y correlación existente entre la mayoría de los elementos hace difícil la desagregación entre ellos, y como consecuencia, algunos de los elementos clave encontrados en estudios o narrativas pueden estar implícitos por otros dentro de una categoría mayor de ordenación. Por ello, teniendo en cuenta los que aparecen con mayor frecuencia se destacan los siguientes:

- La **esperanza** es uno de los aspectos más importantes y básicos de la recuperación. Es necesario que la persona sienta que es posible llevar a cabo este proceso para que comience a dar pequeños pasos hacia la recuperación y una vez este en ello mantenga su compromiso (Andresen, Oades, & Caputi, 2003; Jacobson & Greenley, 2001; Onken, Craig, Ridgway, Ralph, & Cook, 2007; Ridgway, 2001). Las fuentes que motivan la esperanza son personales, y muchos la desarrollan a

través de las interacciones que tienen con los demás y el entorno (Anthony, 1993), mientras que para otros pueden estar relacionadas con la **espiritualidad** (Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless, & Evans, 2005). Hay que destacar que son los componentes actitudinales de la esperanza los que hacen que ésta sea un motor de cambio importante, entre los que se destacan: el reconocer que existe un problema, querer llevar a cabo un cambio, focalizarse en las fortalezas y no en las debilidades de cada uno, ir sitiendose bien con los pequeños logros o intentar ser optimista (Jacobson & Greenley, 2001).

- La **redefinición o reconstrucción de la identidad de uno mismo** es un elemento importante en el proceso de recuperación, ya que una de las consecuencias más relevantes tras el diagnóstico de una enfermedad mental recae en la pérdida de identidad (Andresen et al., 2003). Por ello durante este proceso es necesario que la persona tome consciencia de que la enfermedad no es la característica principal de sí mismo, sino que es un aspecto aislado de su propia identidad (Davidson et al., 2005; Del Olmo, 2010). Esta reconstrucción implica llevar a cabo diferentes procesos personales, siendo necesario que la persona acepte la enfermedad mental a través de alguna explicación que le ayude a entender su experiencia y darse cuenta que es lo que ha perdido, porque solo así podrá reconocer que parte de su identidad recoge la enfermedad y podrá comenzar a reconstruir el resto (Schrank & Slade, 2007). Un ejemplo de la interconexión de estos elementos puede observarse en la Tabla 2 para algunos autores la **aceptación de la enfermedad** es considerada como otro elemento independiente a este proceso de reconstrucción de la identidad a través del cual el individuo logra aceptarse a sí mismo (Davidson et al., 2005; Young & Ensing, 1999).
- La **búsqueda del significado y propósito** en la vida es una necesidad inherente al ser humano. Sin embargo y dado que el diagnóstico de una enfermedad mental en la mayoría de los casos provoca un cambio en los propósitos de vida de la persona, es necesario que esta encuentre alternativas a esas metas y se involucre en actividades o roles que sean significativas para uno mismo (Del Olmo, 2010; Schrank & Slade, 2007).
- Otra dimensión frecuente del proceso de recuperación es el **empoderamiento**, a través del cual la persona toma el control y decide sobre su propia vida (Nelson, Lord, & Ochocka, 2001), asumiendo el riesgo que requieren sus decisiones. Este indicador engloba o considera otros tres componentes que en algunos de los estudios han sido considerados como elementos independientes (véase Tabla 2).

Tabla 2. Elementos o componentes de la recuperación encontrados en los distintos estudios.

Estudio	(Young & Ensing, 1999)		(N. Jacobson & Greenley, 2001)	(Andresen et al., 2003)	(Resnick, Fontana, Lehman, & Rosenheck, 2005)	(Davidson et al., 2005)	(Schrank & Slade, 2007)	(Onken et al., 2007)	(Law & Morrison, 2014)	(Ellison, Belanger, Niles, Evans, & Bauer, 2018)
Método	Revisión	Grupos Focales	Equipo multidisciplinar	Análisis de definiciones	AFC de revisión	Revisión	Síntesis literatura	Revisión	Estudio Delphi	Revisión Sistemática
Elementos	Insight Reconstrucción de la identidad Esperanza Empoderamiento Automanejo Apoyo social	Superar estancamiento Descubrir y favorecer empoderamiento Aprendizaje y autodeterminación Vuelta al funcionamiento básico Mejorar calidad de vida	*Condiciones internas:* -Esperanza -Cura (definirse a uno mismo aparte de la enfermedad y control) -Empoderamiento -Conexión *Condiciones externas:* -Derechos humanos -Cultura positiva de curación -Servicios orientados hacia la recuperación	Esperanza Redefinir identidad Búsqueda del significado de la vida Tomar la responsabilidad de la recuperación	Empoderamiento Esperanza y optimismo Conocimiento Satisfacción vital	Renovar esperanza y compromiso Redefinir la identidad Incorporar / asimilar la enfermedad Involucrarse en actividades significativas Hacer frente al estigma Asumir el control Empoderarse y ejercer como ciudadano Manejar los síntomas Ser apoyado por otros	Esperanza Espiritualidad Responsabilidad y control Empoderamiento Conexión Propósito Identidad Manejo de los síntomas Estigma	*Centrados en la persona:* -Esperanza -Dependencia (*agency*) -Auto-determinación -Significado y propósito -Conciencia y potencia *E. de reorganización propia:* -Enfrentamiento -Curación -Bienestar -Trayectoria *E. centrados en el cambio:* -Funcionamiento y roles sociales -Poder -Elección entre opciones significativas *E. de la comunidad:* -Relaciones sociales -Oportunidades sociales -Integración	Conocimiento Apoyo Control y posibilidad de elección Sentido y propósito Calidad de vida Autoestima Entorno seguro	Individualizado y centrado en la persona Empoderamiento Esperanza Auto-dirección No linear/ diferentes trayectorias Basado en las fortalezas Respeto Responsabilidad Agentes de apoyo mutuo Holístico Enfrentar el trauma Relacional Cultura Salud Hogar Objetivo Comunidad

Por un lado, estaría la **autonomía** o la habilidad del individuo para vivir y actuar de forma independiente, lo que requiere *conocimiento*, *confianza en uno mismo* y *posibilidad de poder elegir alternativas significativas* (Jacobson & Greenley, 2001). Por otro lado, el empoderamiento también contempla la predisposición a asumir riesgos y salir de la zona de confort, tomando el **control** o ejerciendo su autodeterminación. Y por último, la **adquisición de responsabilidades** que puedan estar relacionadas con aspectos tanto individuales -establecer y desarrollar metas propias-, como sociales, -el cumplimiento del compromiso que se tiene hacia los demás- (Jacobson & Greenley, 2001).

- La **promoción de las relaciones y el apoyo social** es otro componente clave, debido a que la recuperación se trata también de un proceso social. Las narraciones en primera persona describen como la recuperación implica estar en compañía y ser capaz de relacionarse con los demás, adquirir un rol social o involucrarse en actividades (Ridgway, 2001; Young & Ensing, 1999). Asimismo, esta conexión creada con los demás es de vital importancia a la hora de encontrar apoyos en los momentos difíciles y tener personas con quien ir celebrando los logros alcanzados (Davidson et al., 2005). En las experiencias de los usuarios también se recoge la importancia de tener modelos u otros usuarios en fases más avanzadas de la recuperación en los que fijarse, lo que ha llevado en algunos países al desarrollo de un nuevo perfil de trabajador en los centros de salud mental conocido como los *agentes de apoyo mutuo* (o en inglés peer-support) (Puschner, 2018).
- El **manejo de los síntomas** es también, en cierto grado, importante a pesar de que la recuperación personal no se logre a través de la remisión de los mismos (Anthony, 1993; Ridgway, 2001). El transcurso de la enfermedad conlleva momentos con más y menos sintomatología, sin embargo, el aspecto más relevante supone la evolución que realiza el usuario cuando deja de recibir un tratamiento pasivo y empieza a usar los servicios y tratamientos de forma activa, conociendo las distintas posibilidades que se ofrecen en los centros asistenciales y tomando parte en la decisión del tratamiento más oportuno (Del Olmo, 2010). Siempre con el objetivo de desarrollar estrategias de afrontamiento y control de la enfermedad hasta alcanzar un nivel de *bienestar* y una *calidad de vida* con el que la persona se sienta cómoda (Davidson et al., 2005; Schrank & Slade, 2007).
- Por último, la necesidad de **hacer frente al estigma** es recogido por algunos autores como otro componente de la recuperación (Firmin, Luther, Lysaker, Minor, & Salyers, 2016), ya que las personas con una enfermedad mental sufren las

consecuencias producidas por el mismo, que repercuten en la formación de su propia identidad (Davidson et al., 2005; Lucksted & Drapalski, 2015). El hacer frente a esta presión ejercida por la sociedad supone que la persona está llevando a cabo procesos relacionados con la redefinición y reconstrucción de la identidad y la toma de control sobre uno mismo (Del Olmo, 2010).

2.4.2. Fases del proceso de recuperación

Al igual que existen en la literatura diferentes dimensiones o características comunes para el modelo de recuperación, también se observa como las distintas fases o etapas de este proceso han sido nombradas de forma distinta a pesar de que todas ellas tienen como base una descripción común del proceso (Del Olmo, 2010). Este proceso es entendido como algo único, no lineal y personal de cada individuo con una enfermedad mental (Anthony, 1993). Las distintas etapas del proceso pueden verse diferenciadas, como consecuencia de las distintas actitudes y experiencias personales a la hora de interiorizar o vivir con el trastorno mental (Davidson, Roe, Andres-Hyman, & Ridgway, 2010). Además, la perspectiva de las etapas de cambio ha ido adquiriendo cierta relevancia, y es por ello que algunos profesionales entienden el proceso de recuperación como una serie de fases interrelacionadas que constituyen el proceso y el camino que las personas han de seguir para ir adquiriendo mayores niveles de recuperación (Copic, Deane, Crowe & Oades, 2011; Davidson et al., 2010).

En el año 2004 el Instituto Nacional de Salud Mental de Inglaterra (NIMHE - National Institute for Mental Health in England, 2004) señala las siguientes cuatro fases consecutivas dentro del proceso de recuperación: dependencia e inconsciencia, dependencia y consciencia, independencia y consciencia, y por último, interdependencia y consciencia. La primera fase de dependencia e inconsciencia hace referencia al comienzo de la enfermedad, tiempo en que la persona niega la nueva situación, siente confusión y experimenta un estado depresivo y de indefensión. El paso a la siguiente fase ocurre cuando la persona se hace consciente de su enfermedad y comienza a ver posible la recuperación. Esta etapa de dependencia y consciencia requiere que la persona esté preparada para recibir ayuda, conozca las diferentes opciones que ofrecen los servicios, reflexione acerca de sus fortalezas y debilidades, comience a establecerse pequeños objetivos y a relacionarse con otras personas. A continuación, viene la etapa de independencia y consciencia, en la cual el individuo trabaja en los objetivos personales que ha elaborado para su proceso de recuperación, asumiendo algunos riesgos y haciéndose cargo de sus responsabilidades y el control de la enfermedad, así como de su

propia vida, aumentando así su nivel de resiliencia y autoconfianza. Por último, llega fase de interdependencia y consciencia, resultado final del proceso de recuperación donde la persona adquiere el control de la enfermedad entendiendo los síntomas y la experiencia de la enfermedad, da sentido a su vida y logra un estado de bienestar tanto a nivel personal como social.

Andresen, Oades, & Caputi (2003; 2006) describieron y validaron empíricamente un modelo similar al descrito por el NIMHE, pero en este caso sugieren cinco etapas para explicar este proceso personal, en base a las narrativas en primera persona y entrevistas a personas con un trastorno mental grave. En la primera fase llamada "moratoria" el individuo siente confusión sobre su identidad, reacciona con mecanismos de negación y se distancian de los demás auto-protegiéndose. A continuación, viene la fase de "conciencia" donde la persona visualiza la posibilidad de alcanzar una vida mejor y el camino hacia la recuperación. El cambio hacia esta fase puede ser como consecuencia de algo interno, del apoyo de un profesional o de la ayuda de otro. La tercera etapa es denominada como "preparación" y comienza cuando la persona inicia a dar pasos hacia la recuperación, conociendo sus fortalezas y debilidades, así como otras competencias asociadas al proceso, relacionándose con los demás y aprendiendo sobre la enfermedad y conociendo los servicios o recursos disponibles. La cuarta fase, "reconstrucción", es la fase en la cual se lleva a cabo la participación activa del proceso y la persona trabaja en el desarrollo de su identidad positiva a través de la continua evaluación y la definición de sus metas. Para ello es necesario que se responsabilice y tome el control de la enfermedad y de su vida. Asimismo, durante esta fase es común que la persona corra riesgos y pueda sufrir recaídas que le llevarán a intentarlo de nuevo. Por último, el quinto paso de "crecimiento", que sería el resultado de todo el proceso. En esta última fase, si bien es cierto que el individuo puede verse afectado por algunos síntomas de la enfermedad, la persona habrá adquirido habilidades y el nivel resiliencia suficiente como para manejarla y hacer frente a las adversidades con optimismo y confianza, además de desarrollar un sentido positivo de su identidad.

Por otro lado, y al mismo tiempo que comienza el movimiento de la recuperación personal, en el ámbito de las adicciones surge el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente (1982) que explica las fases de cambio que una persona ha de ir tomando para alcanzar un logro. Dada la importancia adquirida por éste modelo teórico en el área de la salud, las cinco etapas descritas por este son trasladadas al proceso de cambio que ha de adquirir una persona con TMG para ir obteniendo distintos pasos favorables hacia su recuperación personal. Esta adaptación es llevada a cabo por Davidson et al., (2010) que

Tabla 3. Las distintas fases de recuperación en el marco del modelo Transteórico de cambio, Adaptado de Davidson et al., (2010) y Leamy et al., (2011.).

Estudio	Pre-contemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento
(Davidson & Strauss, 1992)		Descubrir un yo más activo	Hacer un balance de sí mismo	Ponerse uno mismo en acción	Emplear el sentido realzado de uno mismo
(Baxter & Diehl, 1998)		Recuperación	Toma de conciencia, restablecimiento		
(Pettie & Triolo, 1999)		Lucha de sentido		Reconstrucción de un sentido positivo de la identidad	
(Young & Ensing, 1999)		Inicio de la recuperación		Recuperar la pérdida y seguir adelante	Mejorar la calidad de vida
(Roe & Ben-Yishai, 1999)	Separarse de la enfermedad	Convertir la enfermedad en objeto	El yo como narrador	El yo como protagonista	Integración del yo y la enfermedad
(Ridgway, 2001)	Desesperación, aislamiento, adaptación pasiva	Esperanza	Compromiso	Sobrellevar la situación de manera activa, reclamando un sentido positivo de uno mismo y de su significado y propósito de vida	
(Jacobson, 2001)		Reconocer el problema		Transformación del yo	Llegar a los demás (reconciliación con el sistema)
(Andresen et al., 2003)	Moratorium	Consciencia de uno mismo	Preparación	Reconstrucción	Crecimiento
(Spaniol, Wewiorski, Gagne, & Anthony, 2002)	Abrumarse por la discapacidad		Vivir con la discapacidad	Luchar con la discapacidad	La discapacidad se convierte en una parte pequeña de la vida de la persona
(National Institute for Mental Health in England, 2004)	Dependencia e inconsciencia	Dependencia y consciencia		Independencia y consciencia	Interdependencia y consciencia
(Bradshaw, Armour, & Roseborough, 2007)	Desmoralización		Desarrollo y establecimiento de la independencia		Esfuerzos hacia la reintegración de la sociedad
(Merryman & Riegel, 2007)	Dependencia ocupacional		Desempeño ocupacional asistido	Participación activa en actividades significativas	Desempeño profesional exitoso
(Noiseux & Ricard, 2008)	Descenso al infierno	Encendiendo una chispa de esperanza	Desarrollo de conocimientos / activar el instinto para volar de vuelta	Descubriendo las claves del bienestar	Mantener el equilibrio entre las fuerzas internas y externas
(Song & Shih, 2009)		Inicios de recuperación – luchando contra la discapacidad		Semi-recuperación – vivir con la enfermedad	Recuperación total – vivir más allá de la enfermedad
(Onifade, 2011)	Estancamiento	Aceptar la ayuda	Creer	Aprender	Autonomía

explican cómo el proceso comienza por la etapa de "Pre-contemplación" o "pre-recuperación", donde persona aún no es consciente y no considera el cambio. En segundo lugar sucede la "Contemplación", periodo en el cual la persona se hace consciente de su deseo de cambio y comienza a pensar como poderlo llevar a cabo y sus posibles implicaciones. Ridgway (2001) indica que anterior al cambio es necesario aceptar el desafío de iniciar la recuperación. En la fase de "Preparación" se lleva a cabo la planificación del cambio, y para ello, es necesario encontrar el sentido y propósito del mismo. A continuación comienza la "Acción", donde la persona inicia la superación de la enfermedad, adquiriendo un rol activo en el cuidado de su salud mental y el tratamiento, al mismo tiempo que desarrolla distintas habilidades para el control de su vida y confianza en el manejo de la enfermedad. Tras la "acción" viene la última fase que hace referencia al "Mantenimiento", o también denominado por estos autores como "vivir más allá de la enfermedad", ya que en el modelo de recuperación no se espera un mantenimiento del cambio, sino que se propone un crecimiento y desarrollo personal a pesar de la enfermedad. Asimismo, en la revisión sistemática realizada por Leamy y colabroradores (2011) encuentran estudios que presentan fases o etapas que pueden ser organizadas dentro del modelo transteórico del cambio. En la Tabla 3 (adaptada de Davidson, et al., 2010; Leamy et al., 2011), se muestran diferentes propuestas encontradas en estas dos investigaciones y su convergencia con las respectivas etapas del modelo transteórico.

La relación existente entre las distintas fases descritas en la literatura permite conocer mejor el proceso de cambio, y a pesar de que el proceso sea único y personal para cada individuo si se conocen cuáles son las fases y los posibles procesos que han de experimentar las personas para lograr el cambio. El objetivo del conocimiento de la fase en la que se halla la persona podría permitir o facilitar la creación de intervenciones basadas y orientadas hacia el logro de la recuperación personal de los usuarios atendidos por los servicios de salud mental (Copik et al., 2011).

2.4.3. Marcos conceptuales

Como ha sido señalado anteriormente, diversos componentes y elementos surgen de los estudios que valoran el modelo de recuperación personal, y a pesar de que existen diferencias entre las dimensiones utilizadas por cada uno de ellos también coinciden o encuentran otras en común. Por ello, y con el fin de establecer un marco conceptual en relación a este modelo, Leamy y su equipo (2011) llevaron a cabo una revisión sistemática de las descripciones encontradas en la literatura sobre el concepto de recuperación personal dando lugar al marco conceptual CHIME. Este está compuesto por cinco

dimensiones que dan lugar a su acrónimo en inglés: *Connectedness* (Conectividad o conexiones sociales), *Hope and Optimism about the future* (Esperanza y Optimismo sobre el futuro), *Identity* (Identidad), *Meaning in life* (Vida significativa) y *Empowerment* (Empoderamiento). A su vez estas dimensiones se dividen en subcategorías que se presentan a continuación en la Figura 1.

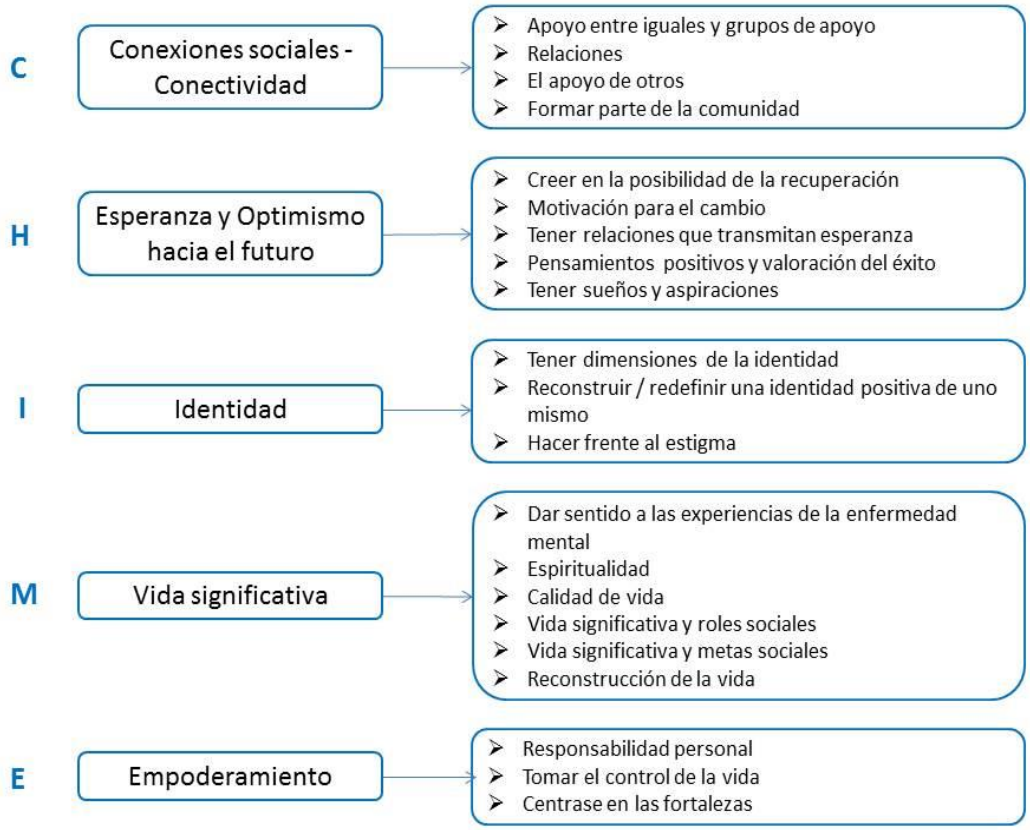


Figura 1. Las dimensiones y subdimensiones del marco conceptual CHIME (Leamy et al., 2011)

Esta conceptualización teórica propuesta para explicar el modelo de recuperación ha ido adquiriendo una gran relevancia y aceptación durante los últimos años, y como consecuencia de ello diversos estudios lo han utilizado como base para llevar a cabo sus investigaciones en relación a la recuperación (Brijnath, 2015; Deering & Williams, 2018; Piat, Seida, & Sabetti, 2017; Stickley, Wright, & Slade, 2018; Stuart, Tansey, & Quayle, 2017). Además, este marco conceptual no solo ha mostrado una adecuada validez transcultural, debido a que la distribución propuesta por el CHIME ha sido encontrada de forma similar en estudios sobre recuperación llevados a cabo en diferentes países (Slade et al., 2012). Sino que también ha sido validado mediante análisis deductivos e inductivos por personas usuarias de los servicios de salud mental preguntándoles acerca de sus experiencias y por el significado del proceso de recuperación personal, lo que indica que

se trata de una conceptualización apropiada y de interés para su uso a nivel práctico y de investigación con personas que acuden a estos recursos asistenciales (Bird et al., 2014b). No obstante, cabe señalar que este marco conceptual en relación al modelo de recuperación no debe entenderse como algo rígido y estable, si no que surge de los elementos comunes encontrados en la investigación cualitativa de las experiencias llevadas a cabo en este proceso único y personal para cada individuo (Slade et al., 2012).

2.5. Puesta en marcha en los sistemas de salud mental

La importancia adquirida por el modelo de recuperación personal ha generado la necesidad de que los servicios de salud mental que atienden a personas con TMG estén orientados y guiados hacia este modelo y faciliten el proceso de recuperación individual de estas personas (Roberts & Boardman, 2013). Sin embargo, la transición de este paradigma o enfoque al ámbito práctico-asistencial no es un cambio fácil y requiere que estos servicios cambien su perspectiva de un modelo centrado en los servicios hacía un modelo centrado en la persona (Schrank & Slade, 2007), promoviendo la autonomía de los usuarios. Tanto los beneficiarios como las familias que reciben la atención deben tomar un rol activo en el desarrollo de las políticas asistenciales (Jacobson & Curtis, 2000), y esta orientación hacia la recuperación debe ser un eje principal para los encargados de desarrollar las guías clínicas, los gerentes de los servicios, los administradores de los programas y los propios profesionales que trabajan junto a los usuarios en este proceso (Davidson, O´Connell et al., 2006; Leamy et al., 2014). Asimismo, y debido a la complejidad y subjetividad del proceso de recuperación, no existe una planificación clara ni unificada de cómo han de ser estructurados u organizados los servicios, sino que en los distintos trabajos se señalan algunas actitudes o elementos (Davidson, O´Connell et al., 2006; Farkas et al., 2005; Le Boutillier et al., 2011), modelos (CRM; Oades et al., 2005) o intervenciones -como REFOCUS (Bird, Leamy, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2014a) o *Illness Management and Recovery* (Mueser et al., 2006)-, que ayudan a la orientación de los servicios. No obstante, todos ellos coinciden en la necesidad de proporcionar apoyo y guiar a la persona que se encuentra en su proceso de recuperación (Roberts & Boardman, 2014).

A continuación, en los apartados siguientes se pretende exponer algunas de las características de los servicios orientados hacia la recuperación y modelos creados para llevar a cabo dicho objetivo.

2.5.1. Características que favorecen el modelo de recuperación en los servicios de salud mental

Con la intención de sintetizar las características principales de los servicios de salud mental orientados hacia el modelo de recuperación personal, Le Boutillier y su equipo (2011) llevaron a cabo una revisión sistemática de la literatura internacional para componer un marco conceptual que ayudase a conocer y explicar los elementos clave de estos servicios y la relación existente entre ellos. En la Tabla 4 se presentan los temas más recurrentes identificados por estos autores en relación a los cuatro ámbitos de práctica orientada hacia la recuperación encontrados en 30 trabajos y que hacen referencia a 6 países.

La aceptación de esta visión y la implantación de algunos de estos elementos (Tabla 4) a la hora de guiar los servicios, no tiene por qué suponer un distanciamiento completo ni radical de los aspectos tradicionales, si no que propondría utilizar los recursos y las citas con el profesional desde otra perspectiva y con otros objetivos. Dicho de otro modo, estos encuentros servirían para promover la esperanza del usuario, intercambiar y decidir de forma conjunta los tratamientos a seguir o trabajar teniendo en cuenta las fortalezas de la persona (Barber, 2012). Esto significaría dejar de lado la perspectiva más paternalista en la cual se han basado las prácticas de salud mental más tradicionales y evolucionar hacia un modelo donde la autonomía y el rol activo del usuario pasan a ser elementos esenciales en la recuperación y gestión de los servicios (Farkas et al., 2005).

Es este sentido, los profesionales adquieren un rol esencial en el desarrollo de los servicios y la orientación de los mismos (Bhanbhro et al., 2016; Gee, Bhanbhro, Cook, & Killaspy, 2017; Leamy et al., 2014). Las perspectivas y la comprensión que los profesionales de la salud mental tienen sobre la recuperación influyen en cómo llevan a cabo sus prácticas profesionales con los usuarios del servicio (Glajz, Deane, & Williams, 2017). A este respecto Le Boutillier y su equipo (2015) encontraron poca claridad en la comprensión que los profesionales de salud mental tenían en relación a la práctica en servicios orientados hacia la recuperación, sugiriendo que es necesaria dicha aclaración y que además esta práctica debe centrarse no solo en cómo se gestionan los servicios sino también en cómo se proporcionan y se fundamentan las intervenciones que llevan a cabo los trabajadores. Por tanto, la formación en habilidades y competencias relacionadas con la recuperación es una herramienta importante en la puesta en marcha del modelo, y para ello Roberts y Boardman (2014) proponen la realización de cursos que engloben las claves que se presentan a continuación en la Tabla 5.

Tabla 4. Temas recurrentes en la orientación de los servicios hacia la recuperación encontrados en la revisión sistemática llevada a cabo por Le Boutillier et al. (2011)

Ámbitos de trabajo	**Dominios**	**Explicación**
Promoción de la ciudadanía	Ver a la persona más allá, no solo como usuario	Cambio en la actitud dentro del servicio, este se debe centrar en las personas como individuos no como pacientes.
	Derechos de los usuarios	No se deben olvidar de cuáles son los derechos de todo ser humano
	Inclusión social	Promover oportunidades de participación en la sociedad
	Ocupación significativa	Apoyar a crear, conseguir o mantener los valores o estilos de vida elegidos por cada persona
Compromiso organizacional	Visión de recuperación	La recuperación se incluye en la misión y la visión de los servicios
	Estructuras de apoyo en el lugar de trabajo	Los principios de la recuperación están incorporados en la estructura del servicio, y permiten a los profesionales guiarse por ellos.
	Mejora de la calidad	Es positivo que los usuarios, sus familias y los profesionales hagan contribuciones significativas en el diseño, el desarrollo y la evaluación de los servicios.
	Vía o plan asistencial	Se anima a las personas para que aumenten su acceso y participación en los ervicios..
	Planificación de la plantilla	Proporcionar oportunidades para el aprendizaje y desarrollo personal con el objetivo de aumentar las competencias profesionales en la práctica de la recuperación.
Apoyar la recuperación definida por cada persona	Individualidad	Promover la individualidad y autonomía de los usuarios.
	Decisiones informadas	Los usuarios cuentan con la información necesaria para poder tomar decisiones propias entre las distintas alternativas.
	Agentes de apoyo mutuo	Comparten sus procesos personales de recuperación.
	Basado en fortalezas	Fomentar las fortalezas es un mecanismo central en el apoyo durante el proceso de recuperación.
	Enfoque holístico	Este tipo de enfoque es ofertado en los servicios a través de diferentes alternativas de bienestar.
Relaciones entre compañeros	Colaboración	Los profesionales proporcionan apoyo para promover la autonomía y la colaboración frente a la autoridad
	Inspirar esperanza	Los profesionales creen en las habilidades de los usuarios y les consideran expertos en su recuperación.

En definitiva, un profesional orientado hacia la recuperación se podría describir como aquel que es capaz de apoyar y acompañar eficazmente a las personas a lo largo de su proceso de recuperación (Roberts & Boardman, 2014). Es decir, el personal de los servicios estimula y apoya a las personas con un trastorno mental grave a reflexionar sobre sus experiencias y posibilidades para que sea el propio usuario quien decida y de sentido a su vida, además la relación entre ambos debe ser horizontal y no jerárquica para promover el dialogo y el rechazo del estigma (Leonhardt et al., 2017).

Tabla 5. Componentes para formación en prácticas orientadas hacia la recuperación (recuperado de Roberts and Boardman, 2014)

Puntos que deben ser comprendidos por todos los profesionales
1. Comprender los orígenes y los principios de la recuperación
2. Reflexiones personales sobre la recuperación: que has aprendido de la propia experiencia
3. Reflexiones sobre la recuperación: que podemos aprender de las narrativas
4. Enfoques personales de la angustia: atención culturalmente apropiada y en relación al trauma
5. La importancia del lenguaje que permite y apoya la recuperación
6. Preocupaciones y desafíos
Habilidades para los profesionales
7. Crear un ambiente acogedor
8. Apoyar el automanejo
9. Construir fortalezas y trabajar en objetivos personales
10. Permitir la dirección personal y el control: centrarse en la persona
11. Trabajar con agentes de apoyo mutuo
12. Formación en recuperación para la recuperación personal
13. Unir fuerzas: planificación de la atención orientada a la recuperación
14. Desarrollo de apoyos y promoción de la participación en comunidad

2.5.2. Modelos o intervenciones que favorecen el modelo de recuperación personal

A continuación, se enumeran y se explican brevemente algunos tratamientos o modelos de intervención que promueven la recuperación personal dentro de los servicios de salud mental que atienden a usuarios con un trastorno mental grave. A este respecto, en el meta-análisis llevado a cabo por Thomas, Despeaux, Drapalski, & Bennett (2017) se demostró cómo las prácticas e intervenciones orientadas hacia el modelo de recuperación han resultado ser más beneficiosas para los usuarios en comparación con las prácticas convencionales.

2.5.2.1. Modelo de Recuperación Colaborativa (en su acepción en inglés Collaborative Recovery Model [CRM], Oades et al., 2005)

Este modelo pretende implementar de manera práctica en los servicios aspectos relacionados con la recuperación utilizando prácticas basadas en la evidencia. Para ello

establece dos principios básicos, por un lado, la individualidad del proceso de recuperación, y por el otro el reconocimiento de la importancia del apoyo de la autonomía y la colaboración entre el usuario y el profesional que le apoya en el proceso. Además de estos dos principios, se presentan cuatro componentes: 1) mejorar el cambio a través de la motivación y teniendo en cuenta los posibles déficits cognitivos que puedan estar afectando al establecimiento de objetivos en torno a la recuperación; 2) considerar las necesidades no cubiertas para fomentar la recuperación; 3) establecer metas como una forma de operativizar la autodeterminación e ir dando pasos hacia el objetivo a través de la colaboración; y 4) asignar y supervisar tareas en colaboración que ayuden a poner en práctica las habilidades aprendidas y los objetivos establecidos (Oades et al., 2005).

2.5.2.2. Agentes de Apoyo Mutuo

Con el objetivo de mejorar la orientación de los servicios, existe un creciente interés a nivel internacional de emplear agentes de apoyo mutuo, o *peer-support* en su acepción en inglés, ya que la inclusión de estas personas en las plantillas de los servicios es apoyado por diferentes estudios (Davidson, Bellamy, Guy, & Miller, 2012; Moran, Russinova, Gidugu, & Gagne, 2013). Estos son trabajadores expertos y con experiencia personal en el proceso de recuperación y utilización de los recursos asistenciales, que proporcionan apoyo e inspiran esperanza y empoderamiento a otros usuarios que se encuentran en etapas más tempranas de la recuperación (Davidson, Chinman, Sells, & Rowe, 2006; Solomon, 2004). Al mismo tiempo, las relaciones de estos trabajadores con otros profesionales del servicio promueven e incrementan distintos aspectos beneficiosos para la mejora de la orientación de los servicios (Thomas et al., 2017). Además, estas intervenciones tienen también efectos beneficiosos para los propios agentes de apoyo, que ven reforzada su autoestima, aumentan su autocuidado y mejoran distintos aspectos de su vida (Davidson et al., 2012; Moran, Russinova, Gidugu, Yim, & Sprague, 2012; Repper & Carter, 2011).

2.5.2.3. Toma de decisiones compartidas (Shared-decision Making)

La toma de decisiones compartida se define como un procedimiento por el cual las decisiones se toman de forma conjunta entre el profesional y el usuario, para ello ambos deben compartir sus ideas, estar informados y comprender las diferentes opciones, que les permitan así llegar a un acuerdo mutuo (Charles, Gafni, & Whelan, 1997). Este tipo practicas está asociada al paradigma de la recuperación, y es por ello que está cada vez

más presente en los servicios de salud mental (Alguera-Lara, Dowsey, Ride, Kinder, & Castle, 2017). Además, diferentes estudios han ido ofreciendo evidencias de como este tipo de comunicación horizontal está asociada a distintos aspectos beneficiosos, como son la mejora en la satisfacción con los servicios (Paudel, Sharma, Joshi, & Randall, 2018), o la adherencia al tratamiento (Nott, Mcintosh, Taube, & Taylor, 2018).

2.5.2.4. Programa de Manejo de la Enfermedad y Recuperación (Illness Management and Recovery Program)

El programa de Manejo de la Enfermedad y Recuperación tiene como objetivo ayudar a las personas con un trastorno mental grave a establecer y perseguir metas en relación a su recuperación, mientras adquieren conocimientos y habilidades para el manejo de la enfermedad (Mueser et al., 2006). Esta intervención se lleva a cabo utilizando técnicas educativas, cognitivo-conductuales y motivacionales a través de 10 módulos que cubren los siguientes aspectos de la recuperación: concepto de recuperación, enfermedad mental, vulnerabilidad y estrés, apoyo social, manejo de la medicación, prevención de recaídas, afrontamiento del estrés, técnicas para hacer frente a los problemas y síntomas, satisfacción de las necesidades de salud mental, y el uso de alcohol y drogas (Salyers et al., 2015). Sin embargo, esta intervención cuenta con ensayos clínicos que prueban su eficacia (Färdig, Lewander, Melin, Folke, & Fredriksson, 2011; Levitt et al., 2009), y otros estudios que sugieren que no reporta mejores resultados que otras intervenciones (Dalum et al., 2018).

2.5.2.5. Implementación de la recuperación: Un nuevo marco para el cambio organizacional (ImROC; Implementing Recovery through Organizational Change)

El proyecto ImROC (Shepherd, Boardman & Burns, 2009) es un proyecto llevado a cabo por Departamento de Salud de Inglaterra que propone la implementación de 10 retos (Shepherd, Boardman, & Slade, 2008) para apoyar a los servicios de salud mental en la puesta en marcha del modelo de recuperación. Es interesante destacar este manual debido a que ha sido traducido al castellano para poder servir de guía hacia el cambio (Shepherd et al., 2009) describiendo las siguientes 10 características clave: modificar la forma de interacción y la obtención de la calidad de vida, llevar a cabo programas dirigidos por usuarios, crear un centro para formación en el modelo de recuperación, fomentar un compromiso dentro de la organización con el objetivo de promover la recuperación,

incrementar que los individuos tomen las decisiones, modificar las metodologías de evaluación para que estas sirvan para conocer la situación de los servicios y poder plantear cambios en función de los resultados, redefinir la participación que las personas usuarias tienen dentro de los servicios, cambiar posibles perspectivas de los profesionales, apoyar a los profesionales durante su propia recuperación, y por último, promover la obtención de una vida satisfactoria más allá de la identidad que otorga la propia enfermedad mental.

2.5.2.6. REFOCUS

El principal objetivo de la intervención REFOCUS es aumentar el grado en el que los profesionales de la salud mental apoyan la recuperación de los usuarios (Bird et al., 2014a). Esta intervención se lleva a cabo mediante la promoción de las relaciones entre profesionales y usuarios, que reflejan valores en consonancia con la recuperación al mismo tiempo que se realizan intervenciones orientadas en el modelo de recuperación personal. Estas técnicas terapéuticas se basan en entender los valores y las preferencias de tratamiento de los usuarios, evaluar mediante la utilización de una medida estandarizada las fortalezas individuales para posteriormente planificar y utilizar estas como herramienta para el proceso de recuperación y, por último, apoyar a la persona en el logro de sus objetivos, ya que estos son una fuente importante de esperanza, resiliencia y empoderamiento. El manual y las herramientas para llevar a cabo esta propuesta de intervención se encuentran traducidos al castellano.

2.5.2.7. Recovery Collegues (traducido al castellano como Escuelas de Recuperación)

Los *Recovery Collegues* son un recurso con una gran acogida a nivel internacional como sistema de transformación (Perkins, Repper, Rinaldi, & Brown, 2012). Sin embargo, aún no han sido implantados España por lo que la traducción como "Escuelas de Recuperación" podría variar. Los *Recovery Collegues* no forman parte del sistema de salud, sino que se desarrollan desde una perspectiva más social con el objetivo de apoyar en el proceso de recuperación a personas con enfermedad mental a través de medios psicoterapéuticos y educativos (Perkins et al., 2012). Una característica básica de estas escuelas es la coproducción, es decir, las personas con experiencia en el proceso de recuperación de la enfermedad mental adquieren un rol importante en la selección, desarrollo e impartición de los módulos. Además, el contenido y el propósito de estos programas busca estar

basado en las personas con enfermedad mental y en sus fortalezas, además de ser inclusivos y enfocarse hacia la comunidad, diferenciándose de los servicios tradicionales en el hecho de que incluyen un clima de empoderamiento, ayudan a establecer relaciones y promueven el crecimiento de la orientación personal (Toney et al., 2018).

2.5.2.8. Integrated Recovery-oriented Model (IRM; traducido al castellano como Modelo integrado orientado hacia la recuperación)

Por último, el modelo integrado orientado hacia la recuperación (Integrated Recovery-oriented Model, IRM; Frost et al., 2017) ha sido desarrollado recientemente con el objetivo de apoyar las necesidades del proceso de recuperación de personas con un trastorno mental grave. Este modelo sugiere utilizar el uso de tres intervenciones psicosociales basadas en evidencias con la intención de promover la esperanza (rehabilitación), llevar a cabo una reconstrucción de las competencias individuales (restauración) y ofrecer oportunidades para volver a relacionarse con los demás y el entorno (reconexión).

2.6. Evaluación

Tras la conceptualización del modelo de recuperación personal y su puesta en marcha en los servicios de salud mental, es necesario conocer cómo llevar a cabo una evaluación que permita valorar ambas dimensiones. Para ello es necesario diseñar una evaluación rigurosa y utilizar instrumentos adecuados para valorar cada uno de los aspectos, lo que permitirá poder conocer por un lado la experiencia individual en el proceso de recuperación de las personas con un trastorno mental grave, y por el otro percibir si los servicios que les atienden facilitan y les apoyan en el trascurso de dicho proceso. Los resultados obtenidos a través de esta evaluación son esenciales para poder realizar cambios y actuar en consecuencia, permitiendo tomar decisiones en relación al proceso terapéutico del usuario o acerca de la orientación o formas de trabajo que utilizan los servicios de salud mental.

Sin embargo, las dificultades encontradas a la hora de unificar y conceptualizar el modelo de recuperación personal también influyen a la hora de crear herramientas específicas para su evaluación. Debido a que se trata de un proceso único y personal, el uso de instrumentos de medida que valoran indicadores objetivos de funcionamiento no son adecuados, sino que es necesario la utilización de herramientas que capturen indicadores subjetivos relacionados con el proceso de recuperación (Lavin & Ryan, 2012). En este sentido, en la literatura encontramos distintos instrumentos que consideran diferentes

elementos de recuperación, que serán presentados en el siguiente capítulo a través de una revisión sistemática, lo que evidencia la falta de consenso en la clarificación del modelo y las dimensiones que lo componen (Burgess et al., 2011). No obstante, la utilización de herramientas de evaluación es de vital importancia a la hora de conocer si la experiencia de recuperación está siendo satisfactoria y si el usuario está valiéndose de sus fortalezas para lograr sus propias metas (Roe et al., 2011). También permitirán descubrir como las personas van desarrollando habilidades de recuperación y cuales son aquellos factores que pueden propiciar dicha evolución (Thomas et al., 2017). Por todo esto, los instrumentos de evaluación son de gran interés para los clínicos.

Respecto a los instrumentos que evalúan la orientación de los servicios sucede algo similar, ya que tampoco existe unicidad en relación a cuáles son los aspectos clave a evaluar (Williams et al., 2012). Los organismos que gestionan los servicios de salud mental buscan orientar sus servicios hacia la recuperación, dotándolos de estrategias e intervenciones que promuevan actitudes positivas hacia este propósito, pero para ello es necesario evaluar que los programas utilizados cumplen los objetivos (Frost et al., 2017). Lo que requiere el uso de medidas estandarizadas que permitan cuantificar la efectividad y la orientación de las distintas alternativas asistenciales. Además, para la realización de estas evaluaciones resulta de interés poder tomar decisiones en base a datos y resultados cuantificables y reproducibles.

Asimismo, existe otro aspecto importante en la evaluación del modelo de recuperación que consiste en la participación activa de los usuarios en los procedimientos que se realizan al respecto (Marshall, Crowe, Oades, Deane, & Kavanagh, 2007). Sería contradictorio que la experiencia de recuperación personal o los servicios que les atienden fueran valorados por un tercero, cuando el propio proceso implica el rol activo de la persona para llevar a cabo un desarrollo individual y subjetivo (Sklar, Sarkin, Gilmer, & Groessl, 2012). Además, la inclusión de las personas usuarias en la evaluación o en el desarrollo de la investigación puede resultar beneficioso tanto para el propio estudio como para las personas que participan en él, ya que pueden ver mejorados ciertos aspectos personales como la autoestima (Linhorst & Eckert, 2002). Los usuarios al ser los principales interesados en el éxito de los servicios enriquecen y proporcionan una perspectiva muy interesante de los mismos, además su participación puede aumentar la contribución de otros usuarios y ser consistente con algunos tratamientos donde se busca promover la participación activa de las personas con un trastorno mental grave (Linhorst & Eckert, 2002).

Teniendo en cuenta todo lo mencionado anteriormente se podría decir que la evaluación es una herramienta importante y esencial para poder conocer de una forma más objetiva como las personas con trastorno mental grave consideran que están en su proceso de recuperación, y como los servicios que les atienden les apoyan en ese logro. Sin embargo, no hay un consenso claro y definido en relación a los elementos que han de incluirse en dicha evaluación. Por ello la elección del instrumento a utilizar es una decisión que requiere considerar distintas herramientas, y elegir aquella que pueda adaptarse mejor a las necesidades buscadas. En definitiva, la evaluación es un motor importante para poder llevar a cabo cambios y mejoras tanto a nivel individual como a nivel más organizativo, po tanto es necesario dedicar tiempo a evaluar, conocer la situación, realizar mejoras y reevaluar para ver si los cambios están logrando alcanzar los objetivos o no.

2.7. Conclusión

A través del presente capítulo se ha pretendido explicar distintos aspectos que componen el modelo de recuperación personal con el objetivo de poder entender mejor la base conceptual que sustenta la presente tesis. Asimismo, este apartado pretende ser un lazo de unión con lo que se va a presentar en los capítulos que se exponen a continuación.

El modelo de recuperación personal es un concepto arduo de definir debido al carácter subjetivo y único que tiene para cada persona afectada por una enfermedad mental grave, donde además los elementos recogidos a través de la literatura que favorecen el proceso tienen una gran correlación entre ellos. Hecho que dificulta su distinción como dimensiones independientes que componen el modelo para su posterior evaluación. Asimismo, y como ha sido mencionado a lo largo del capítulo, la implantación y puesta en marcha de esta nueva perspectiva de recuperación, ha supuesto un reto de cambio para los sistemas de salud mental. Esta nueva perspectiva se aleja de la más tradicional, sugiriendo el uso prácticas más colaborativas entre los profesionales y usuarios y centrándose en proporcionar apoyo a las personas que están llevando a cabo su proceso de recuperación.

La evaluación de estas dos áreas, la recuperación personal alcanzada por el individuo y la orientación de los servicios hacia el modelo, es de vital importancia para poder gestionar de una forma adecuada los sistemas de salud mental y hacer cambios que mejoren tanto el nivel de vida de los usuarios como la calidad de los servicios. Para ello, como ha sido explicado anteriormente, es necesario contar con instrumentos de medida que nos ayuden a poner en práctica esta valoración. Por lo que a través del artículo

presentado en el capítulo que viene a continuación, se expondrá una revisión sistemática de las escalas encontradas en la literatura para valorar tanto la recuperación personal como la orientación de los servicios, que descubren una gran variabilidad de herramientas que evalúan distintas dimensiones de la recuperación y utilización de los servicios. Sin embargo, para la presente tesis y como será explicado más adelante, se escoge la escala Recovery Enhancing Environment (REE; Ridgway & Press, 2004), ya que se trata de un instrumento que a pesar de valorar principalmente la orientación de los servicios y estar aconsejado para su uso en momentos de cambio organizativo, también evalúa el nivel de recuperación personal en una de sus dimensiones. Además, se trata de una herramienta que recoge la opinión de los usuarios y es asistida por personas con experiencia personal en recuperación y en el uso de los servicios de salud mental.

3. How is evaluated mental health recovery?: A Systematic Review[1,2]

[1] It is a research been publish: Penas, P., Iraurgi, I., Moreno, M.C., & Uriarte, J.J. (2019). How is evaluated mental health recovery?: A systematic Review. *Actas Españolas de Psiquiatría, 47*(1), 23-32.

[2] Se dispone también de la versión en castellano que puede encontrarse en el Anexo 1: Penas, P., Iraurgi, I., Moreno, M.C., & Uriarte, J.J. (2019). ¿Cómo evaluar la recuperación en salud mental?: Revisión Sistemática. *Actas Españolas de Psiquiatría, 47*(1), 23-32.

4. Objetivos e Hipótesis

4.1. Objetivo Principal

Dada la falta de instrumentos de evaluación para su uso en la cultura española encontrados en la revisión presentada en el capítulo anterior, el objetivo principal de la presente tesis es adaptar y validar al idioma español el instrumento Recovery Enhancing Environment (REE – Ridgway & Press, 2004) para evaluar el modelo de recuperación en la atención a personas con trastorno mental grave. Este instrumento permitirá evaluar tanto el proceso personal de los usuarios como la orientación que llevan a cabo los servicios de salud hacia dicho modelo de recuperación. La información que se obtenga de su utilización permitirá a los profesionales de los servicios de salud mental planificar y orientar sus prácticas profesionales y valorar el proceso de cambio de los usuarios atendidos.

Este objetivo general se desglosa en cuatro estudios, cada uno de los cuales presenta su objetivo específico e hipótesis correspondientes.

4.2. Objetivo e hipótesis del estudio 1

Objetivo: presentar el proceso de adaptación idiomática del inglés al castellano del REE mediante técnicas de traducción-retrotraducción y presentar las características de adecuación psicométrica del instrumento.

Hipótesis 1.- La distribución y comportamiento métrico de los ítems para cada una de las dimensiones teóricas del REE mostrará adecuación psicométrica alcanzando valores de consistencia interna altos ($\alpha > .80$).

Hipótesis 2.- Los ítems componentes de las dimensiones teóricas propuestas en la formulación y desarrollo del REE mostrarán en la versión española adecuación de medida, ofreciendo de este modo nueva evidencia de su validez de constructo.

Hipótesis 3.- El modelo de medida del REE permitirá la estimación de cuatro índices de recuperación: importancia de los elementos de recuperación, experiencia de los elementos de recuperación, clima organizacional y marcadores de recuperación. Cada una de estas áreas permitirá generar un índice sumario que de razón del constructo evaluado, existiendo independencia conceptual, pero asociación en la medida.

Hipótesis 4.- Los constructos de recuperación valorados con el REE presentarán asociación estadísticamente significativa y en la dirección esperada con otros constructos afines, ofreciendo evidencia de su validez concurrente. A este respecto, se espera que las variables de funcionamiento y calidad de vida correlacionen positivamente con el proceso

de recuperación, mientras que las variables que indican gravedad se correlacionen en sentido negativo con los indicadores de recuperación.

4.3. Objetivo e hipótesis del estudio 2

Objetivo: Teniendo en cuenta la dificultad existente en la descripción y definición del constructo 'Recuperación Personal' y la extensa utilización del marco conceptual de CHIME (Leamy et al., 2011), en este segundo estudio se somete a prueba la estructura factorial del instrumento REE tomando como referencia el marco conceptual de CHIME y sus subdimensiones.

Hipótesis 1.- Los elementos del modelo de recuperación evaluados por el REE recogen diferentes aspectos propuestos por el marco conceptual CHIME. Por ello, un grupo de jueces expertos relacionarán los distintos ítems del instrumento con las diferentes dimensiones y subdimensiones recogidas por el CHIME, donde se espera encontrar un acuerdo interjueces considerable. Esta hipótesis pone a prueba la validez aparente y de contenido del REE.

Hipótesis 2.- El modelo teórico definido por el marco conceptual del CHIME, avalado por el acuerdo interjueces previo, obtendrá unos índices adecuados en los análisis factoriales confirmatorios que confirmen la estructura factorial, la cual permitirá además explicar adecuadamente el concepto de recuperación personal. Esta hipótesis pone a prueba la validez de constructo del REE.

4.4. Objetivo e hipótesis del estudio 3

Objetivo: Proporcionar a clínicos y servicios asistenciales los procedimientos útiles para interpretar los resultados individuales obtenidos por el usuario en las dimensiones de marcadores de recuperación y clima organizacional del REE, y con ello facilitar la toma de decisiones clínicas.

Hipótesis 1.- Las técnicas de baremación ofrecen una herramienta factible para la toma de decisiones clínicas. Para probar este supuesto se construirán baremos por edad, sexo y tipo de servicio asistencial y se utilizarán para constatar distintos supuestos prácticos.

Hipótesis 2.- El procedimiento de cálculo del Índice de Cambio Fiable (RCI/ICF; Jacobson y Truax, 1991) ofrece una herramienta factible para la toma de decisiones clínicas. La obtención de Puntuaciones Mínimas de Cambio (PMC) a partir de la metodología RCI, en función de las distribuciones del REE para la edad, el sexo y el centro

asistencial dónde acuden los usuarios, permitirá conocer al clínico la mejora necesaria que ha de alcanzar un usuario para considerar que el cambio producido en el proceso de recuperación se trata de un cambio clínicamente relevante, además de estadísticamente significativo.

4.5. Objetivo e hipótesis del estudio 4

Objetivo: Evaluar el proceso de recuperación personal de las personas con TMG atendidas en los servicios asistenciales de la Red de Salud Mental de Bizkaia, y conocer otras posibles variables que puedan estar interactuando o mediando en este proceso de recuperación personal.

Hipótesis 1.- Si el modelo de recuperación se cumple, entonces las diferencias entre la experiencia y la importancia percibida por los participantes respecto a los 24 elementos de recuperación descritos en el REE se acortarán, y por tanto, se harán estadísticamente nulas.

Hipótesis 2.- El índice total constituido a partir de las diferencias entre la experiencia y la importancia de los 24 elementos de recuperación del REE, permitirán una medida que expresa un continuo entre una falta de logro de expectativas de recuperación (puntuaciones negativas) y un mayor logro de las mismas (puntuaciones positivas). De modo que una mayor puntuación sería indicativo de una mejor acomodación o equilibrio entre lo que el participante espera y percibe; es decir, una menor disonancia entre expectativas y logros. Se espera, que este índice sea:

> Hipótesis 2.1.- por una parte, un predictor negativo de la expresión del funcionamiento clínico, controlando el efecto de otras variables (edad, sexo, tiempo de duración de la enfermedad, nivel de estigma y marcadores de recuperación); y por otra
>
> Hipótesis 2.2.- sea un predictor positivo de los marcadores de recuperación, controlando el efecto de otras variables (edad, sexo, tiempo de duración de la enfermedad, nivel de estigma).

Hipótesis 3.- Es plausible el desarrollo de un modelo donde las diferencias entre la experiencia y las expectativas de recuperación sean un predictor de los marcadores de recuperación y este, en asociación con el nivel de estigma internalizado, permitan identificar el grado de expresión del funcionamiento clínico.

5. Método General[3]

[3] Este proyecto de tesis se enmarca dentro de un proyecto de investigación más amplio financiado por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco (Exp.: 2013111088). El investigador principal del proyecto es José Juan Uriarte Uriarte, jefe de la Unidad de Gestión Clínica de la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB), y como colaboradores estarían otros facultativos de la RSMB y dos miembros de la Universidad de Deusto, Patricia Penas (autora de la tesis) e Ioseba Iraurgi (director de la misma).

5.1. Procedimiento

5.1.1. Procedimiento de traducción de la versión española del REE

Con el objetivo de desarrollar la versión española del instrumento, se contactó con doctora Priscilla Ridgway la autora original del *Recovery Enhancing Environment* (REE; Ridgway & Press, 2004) para obtener su consentimiento. Tras obtener su aprobación, se procedió a llevar a cabo la traducción de la herramienta siguiendo la metodología de traducción-retrotraducción (Acquadro, Conway, Giroudet, & Mear, 2004; Iraurgi, 2008).

En el primer paso de este procedimiento se realizó una primera traducción del inglés (idioma original) al castellano (idioma objetivo) por un traductor cuya lengua materna es el castellano. Una vez que el equipo investigador obtuvo las versiones traducidas, se reunió con el objetivo revisar el contenido y generar una primera versión consensuada del instrumento que se adaptara a nuestro entorno cultural. A continuación, se procedió a llevar a cabo la retro-traducción, es decir, se tradujo esta primera versión consensuada de nuevo al idioma original por otro traductor bilingüe, distinto del anterior, con el propósito de poder comparar esta nueva versión con la versión original del instrumento y detectar posibles discrepancias entre ambas versiones. Asimismo, esta versión retrotraducida no solo fue revisada por el equipo investigador sino que también fue enviada a la doctora Ridgway para que ella, como autora de REE, pudiera considerar si alguna de las diferencias entre ambas versiones pudiera ser relevante y necesitase una reformulación. Sin embargo, ella consideró adecuada esta última versión del instrumento y dió su aprobación al proceso de traducción del REE al castellano. El equipo investigador tras la revisión detallada de los ítems, instrucciones y puntuación para su equivalencia cultural, decidió suprimir un ítem en el apartado inicial sobre los datos de la persona que hacía referencia al origen étnico/racial (caucásico, afro-americano, indo-asiático,…), pregunta que se consideró no relevante dentro de nuestro contexto cultural. Por último, para la obtención de la versión final del instrumento, esta traducción fue probada por profesionales y usuarios a través de un taller de consenso destinado a valorar la adecuación, oportunidad y validación aparente y de contenido del REE, donde se confirmó su aplicabilidad al no existir dificultades en la comprensión del cuestionario y de los ítems del mismo.

Como consecuencia de todo este proceso se obtuvo la versión final en castellano del instrumento REE, denominado como “Cuestionario de Evaluación del Desarrollo de

Entornos Favorables para la Recuperación" que será el instrumento principal para el desarrollo de la presente tesis.

5.1.2. Aspectos éticos

El proyecto de investigación obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Euskadi (CEIC-Euskadi) para su desarrollo, recogido en el acta 8/2012 fechada 10 de octubre de 2012.

Todos los usuarios que fueron seleccionados como posibles participantes del estudio y cumplían los criterios de inclusión, recibieron información acerca del objetivo del estudio y de cuál sería su implicación en el mismo una vez hubiesen firmado el consentimiento informado. Todos los/as posibles candidatos/as, aceptasen o no finalmente participar, fueron contactados/as por su responsable sanitario de la RSMB quien le transmitía información básica sobre el proyecto y solicitaba su participación. Para complementar la información recibida por el clínico correspondiente se les entregaba una hoja de información sobre el proyecto (anexo 2) que debían leer, preguntar cualquier duda que les pudiese surgir, y posteriormente, si estaban de acuerdo y querían participar en el estudio, pasaban a rellenar y firmar el consentimiento informado (anexo 3). Dada la gravedad del colectivo, aquellos usuarios que tuviesen un tutor legal (incapacidad legal o curatela sanitaria), se informaba del proyecto de investigación tanto al usuario como al tutor legal (anexo 4), pero en este caso era este último quien firmaba el consentimiento informado (anexo 5). En todos los casos el consentimiento era firmado por duplicado, una copia destinada al usuario junto a la hoja informativa, y una segunda copia quedaba en poder del equipo investigador encargado de custodiarla.

La información de las personas participantes en el estudio se trató de forma anónima según el procedimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. Este proyecto de investigación respetó los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, así como los requisitos establecidos por la legislación vigente en el ámbito de la investigación médica. Con el objetivo de preservar la integridad y confidencialidad de los datos del estudio, a los participantes se les asignó un código de identificación que permitía garantizar el anonimato de la información recogida durante el estudio, y evitase vinculación alguna con los datos de la historia clínica del participante.

5.1.3. Preparación para la recogida de muestra – Entrevistas

El Cuestionario de Evaluación del Desarrollo de Entornos Favorables para la Recuperación, instrumento principal de la tesis, es completado por los usuarios de los servicios de salud mental, ya que el REE se basa en la idea de que los usuarios de los servicios son los expertos en entender su proceso de recuperación y pueden por ello indicar y sugerir cómo orientar los servicios hacia este modelo. Asimismo, esta herramienta puede llevarse a cabo de forma autoadministrada o a través de una entrevista semiestructurada.

Para este proyecto, y como estrategia de empoderamiento hacia los usuarios, cuatro personas usuarias con diagnóstico de enfermedad mental grave y con experiencia en el proceso de recuperación en los servicios de salud mental de la RBSM fueron contratadas para llevar a cabo las entrevistas REE. El procedimiento para la contratación se realizó a través de BIOEF (Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias). Una vez selecionadas estos cuatro usuarios, dos hombres y dos mujeres, tenían como tarea conducir las entrevistas REE tanto de forma autoaplicada como heteroaplicada, según se hubiera asignado, aunque este modo de aplicación podía ser cambiado si el entrevistador detectaba dificultades por la persona participante en el estudio para llevar a cabo la entrevista en la forma indicada. Para un buen desarrollo del trabajo era necesario que estos entrevistadores conocieran de antemano la herramienta y al mismo tiempo adquirieran habilidades para conducir entrevistas satisfactoriamente, incluyendo el entrenamiento en habilidades comunicativas y la capacidad para poder gestionar adecuadamente distintas situaciones que pudieran surgir de la interacción con los participantes del estudio. Con el objetivo de adquirir y entrenar estas competencias se llevó a cabo una formación de 30 horas, que duró semana y media. Para ello se contó con las instalaciones de DeustoPsych en la Universidad de Deusto, donde se utilizaron salas con espejos bidireccionales y sistemas de grabación que permitieron el ensayo y observación de los distintos role-playings tanto los propios como los del resto de compañeros. En la Tabla 8 se presentan los objetivos y tareas realizadas durante las distintas sesiones de formación.

Una vez realizada la fase de formación y entrenamiento de habilidades de entrevista y manejo del protocolo REE, se inició el estudio de campo. Durante el periodo de recogida de datos se llevó a cabo una reunión semanal de coordinación y puesta en común entre los entrevistadores y las encargadas del trabajo de campo. En estos encuentros se comentaban las entrevistas realizadas, las posibles cuestiones surgidas en las mismas o

Tabla 8. Objetivos y tareas realizadas en las sesiones de formación de los entrevistadores.

Sesión	Objetivos	Tareas
Sesión 1 (3 horas)	- Contextualizar el proyecto y ámbito de trabajo. - Primer contacto con el instrumento REE (herramienta a utilizar).	- Presentación del proyecto: concepto de salud, enfermedad crónica y recuperación (definición y competencias); objetivo del proyecto; y descripción del instrumento. - Lectura completa del REE, señalando aquellos ítems que llamen la atención. - Puesta en común de las primeras impresiones y dudas del instrumento.
Sesión 2 (3 horas)	- Conocer cómo llevar a cabo una entrevista (fase inicial, desarrollo y finalización). - Interiorizar la importancia de los principios básicos. - Observar ejemplos de entrevista autoaplicada y heteropalicada. - Distinguir en qué circunstancias era más apropiado cada uno de los métodos de aplicación.	- Presentación teórica de las fases de la entrevista y las pautas a tener en cuenta en cada una de ellas, como son los principios básicos de anonimato y confidencialidad. - Demostración de los dos tipos de entrevista. - Roll-playing por parejas, rotaciones entre entrevistador y entrevistado. - Puesta en común de lo observado e impresiones personales.
Sesión 3 (3 horas)	- Adquirir habilidades para conducir entrevistas. - Observar entrevistas de otros compañeros detectando puntos fuertes y aspectos a mejorar.	- Ensayos de lo aprendido el día anterior. - Dos entrevistadores graban su primera entrevista heteroaplicada a través de los sistemas de grabación mientras que el resto observa detrás del espejo. - De cada una de las entrevistas se comenta: cómo se han sentido, cómo se han visto en el papel de entrevistadores, qué dificultades han ido encontrando en el ensayo, … - También se busca el feedback de los compañeros.
Sesión 4 (4 horas)	- Adquirir habilidades para conducir entrevistas. - Observar entrevistas de otros compañeros detectando puntos fuertes y aspectos a mejorar. - Seguir practicando para encontrarse cada vez más cómodos y seguros.	- Los dos últimos entrevistadores graban su entrevista completa. Al igual que con los anteriores al finalizar se realiza una puesta en común y feedback. - Demostración de otro tipo de introducción, ya que la forma de presentación puede variar, siempre y cuando se destaquen unos puntos (quienes somos, objetivos, voluntariedad, anonimato, sinceridad,…)
Sesión 5 (4 horas)	- Seguir practicando y mejorando para encontrarse cada vez más cómodos y seguros con la herramienta. - Visualizarse para verse en el rol de entrevistador y recibir el feedback de los compañeros.	- Visualización de la parte inicial de cada uno de los entrevistadores y puesta en común. - Nuevo ensayo integrando las mejoras y las sugerencias del resto de compañeros. - Visualización completa de una de las entrevistas, parando y proponiendo alternativas en la explicación de algunos de los ítems más complicados para ellos.
Sesión 6 (4 horas)	- Simular entrevistas con alguna dificultad y visualizarlos para así tener estrategias en el caso de que sucediera algo similar. - Señalar cuándo es necesario cambiar el método de aplicación de la entrevista. - Seguir practicando y mejorando para encontrarse cada vez más cómodos y seguros con la herramienta.	- Dos formadores realizan simulacros de entrevistas con alguna situación más crítica. Por ejemplo: el usuario no quiere participar a pesar de firmar el consentimiento, donde se les pregunta si ellos también son usuarios de la red o dónde se cuestionan las preguntas que el entrevistador realiza. - Ensayos de aquellas partes de la entrevista que les provocan mayor inseguridad, siempre con su puesta en común posterior.
Sesión 7 (4 horas)	- Visualizar los simulacros de posibles situaciones más complejas con el objetivo de interiorizar posibles herramientas de actuación. - Practicar entrevistas con pacientes menos participativos o más curiosos.	- Visualización de las grabaciones realizadas por parte de los formadores en situaciones más controvertidas. - Grabación de un último ensayo de aquellas partes más complicadas, pero en esta ocasión el entrevistado tenía como instrucción dificultar el proceso de la entrevista.
Sesión 8 (4 horas)	- Aclarar dudas e inquietudes acerca de las entrevistas - Cerrar el periodo de formación y preparar la organización para la práctica real de las entrevistas.	- Puesta en común acerca de cómo se ven como entrevistadores e inquietudes en relación al paso a la práctica real. - Último ensayo de alguna parte que quisieran mejorar o comentar, y últimas dudas. - Reparto de las entrevistas previstas para la siguiente semana.

cualquier inquietud que les hubiera causado alguna de ellas. Estos momentos eran de vital importancia para proporcionar apoyo ante cualquier reacción que pudiera surgir en los entrevistadores, dado que durante las entrevistas estaban en contacto continuo y directo con cuestiones relacionadas con la enfermedad.

5.1.4. Creación del protocolo para la puesta en marcha

Dado que la implementación del estudio y recogida de la muestra implicaba la colaboración y coordinación activa entre distintos profesionales de la Red de Salud Mental de Bizkaia, se llevaron a cabo reuniones en las distintas comarcas para explicar y aclarar dudas del procedimiento a seguir y se redactó un protocolo de actuación que se les entregó a los facultativos de los distintos centros. En este protocolo se recogían las instrucciones a seguir por las personas implicadas en la recogida de la muestra, así como el contacto de dos personas del equipo investigador con las cuales podían ponerse en contacto en caso de tener cualquier duda. En la Figura 4 se puede observar visualmente y de forma esquemática el procedimiento.

En primer lugar, se llevó a cabo la aleatorización de los casos y el reclutamiento de los participantes; sin embargo los detalles de este procedimiento se van a explicar en el siguiente apartado con mayor detenimiento (punto 2 -extracción muestral-). Una vez que un usuario cumplía los criterios para poder participar en el estudio, el coordinador del centro asistencial se ponía en contacto con la persona y le citaba para una entrevista inicial. En dicha entrevista el equipo asistencial explicaba brevemente al posible participante el objetivo y procedimiento del estudio, y si estaba de acuerdo firmaban el consentimiento informado para así poder dar comienzo a la recogida de datos. Si ese mismo día era posible completaban los primeros cuestionarios: el EuroQoL, que evalúa la percepción de salud del usuario en el momento actual; la ficha con variables sociodemográficas y clínicas; y si era posible el ISMI (la escala de autoestigma de la enfermedad mental), que es recogido por el coordinador de caso mediante una entrevista. Asimismo, ese día se les citaba en un periodo máximo de 15 días para que el entrevistador se reuniera con el usuario para llevar a cabo la entrevista del REE. En el caso de que la persona no hubiera podido completar alguno de los instrumentos anteriormente señalados se le proponía otro día para llevarlos a cabo. Por último, esa misma semana se reunía el equipo asistencial para completar las escalas rutinarias de CGI (escala de Impresión Clínica Global), HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale) y EEAG (Escala de Evaluación de la Actividad Global). Estas tres escalas junto con el EuroQoL (completada previamente en papel por el usuario) debían ser registradas todas en el mismo momento

en el formulario específico de Osabide Global, la aplicación utilizada en los servicios para el registro de la información del paciente.

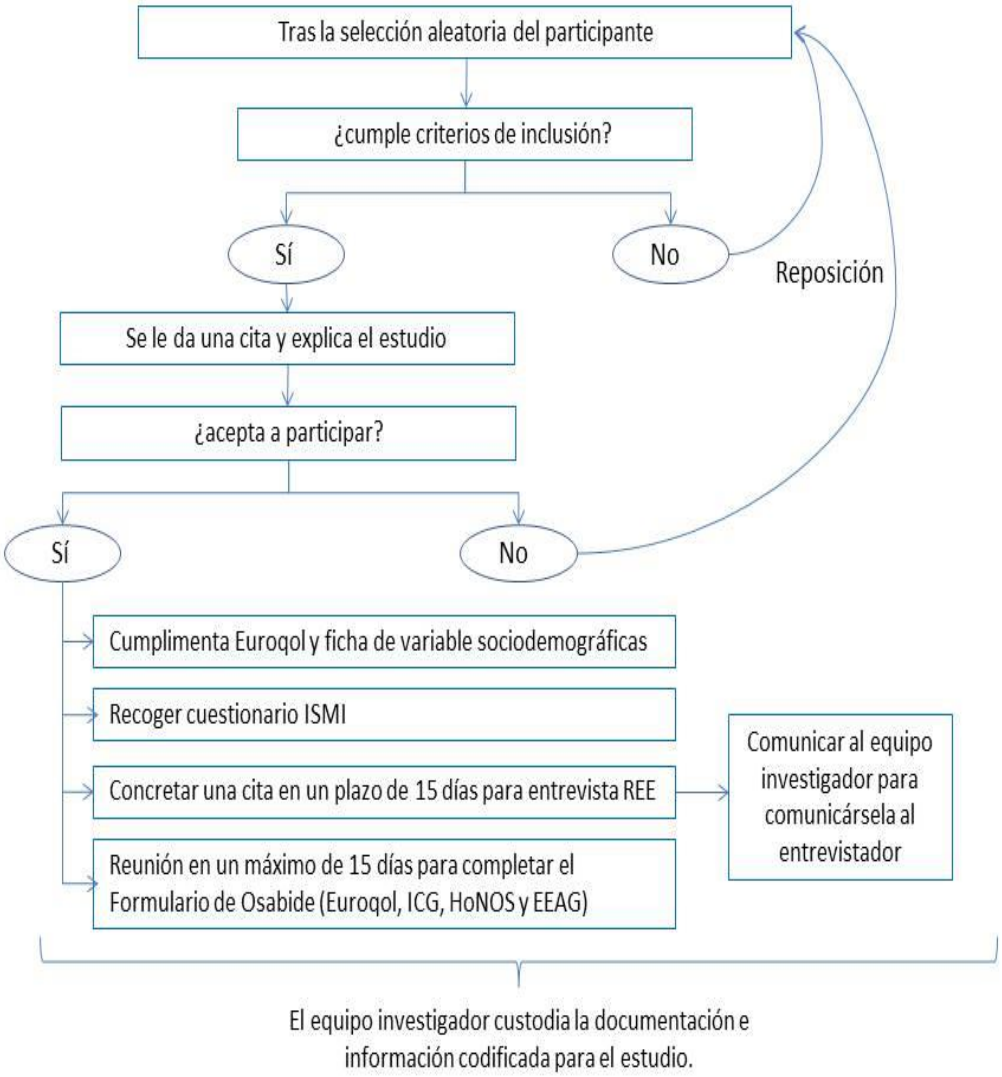


Figura 4. Procedimiento de puesta en marcha.

La finalización de la recogida de datos de un participante se daba cuando la escala ISMI y la ficha de variables sociodemográficas, las cuales habían sido asignadas con un código de identificación, eran enviadas al equipo investigador y la entrevista REE había sido llevada a cabo por uno de los entrevistadores que custodiaba dicha entrevista hasta ser recogida también por el equipo investigador.

5.2. Extracción muestral

5.2.1. Estimación del tamaño muestral

Para el cálculo de la estimación del tamaño muestral se tuvo en cuenta el número de usuarios registrados a fecha de diciembre del 2015, N= 1949, en el Programa de Trastorno Mental Grave (PTMG) de la Red de Salud Mental de Bizkaia. Se consideró adecuado llevar a cabo una captación muestral de 300 participantes, para un nivel de confianza del 95%, con un error de estimación de un 5,2%. Asimismo, con el objetivo de realizar un muestreo aleatorio estratificado simple proporcional se obtuvo la distribución por género, rango de edad y centros asistenciales de los 2046 usuarios. En la Tabla 9 se presenta la distribución por género y rangos de edad de la población de Trastorno Mental Grave en la RSMB (RSMB, 2015) y la selección proporcional teniendo en cuenta los 300 participantes a captar para el estudio.

Tabla 9. Distribución por género y rangos de edad de la población total de los usuarios en el trastorno mental grave y la selección proporcional para la composición de la muestra del estudio (n=300)

	Población de usuarios en PTMG (n=2046)			Muestra a captar (n=300)		
Edad	**Hombres**	**Mujeres**	**Total**	**Hombres**	**Mujeres**	**Total**
18-25	17	7	24	3	1	4
26-35	153	53	206	22	8	30
36-45	405	178	583	59	26	85
46-55	401	251	652	59	37	96
56-65	199	183	382	29	27	56
<66	80	119	199	12	17	29
Total	1255	791	2046	184	116	300

En relación a la proporción de muestra a recoger teniendo en cuenta los centros asistenciales existentes en la red, se consideró la proporción de usuarios atendidos en cada uno de los centros disponibles en Bizkaia. Para ello, se calculó el número de usuarios necesarios para cada tipo de centro asistencial (CSM –Centro de Salud Mental-, HD –Hospital de día-, TAC –Tratamiento Asertivo Comunitario- y UHR –Unidad Hospitalaria de Rehabilitación-) y la frecuencia de participantes teniendo en cuenta la distribución territorial a través de cuatro comarcas (Bilbao, Ezkerraldea, Interior y Uribe) con el objetivo de que la muestra no solo fuera representativa en el tipo de centro sino también

en relación a la localización geográfica. En la Tabla 10 se presenta el porcentaje por tipo de centro asistencial y localización comarcal existente en la población de TMG en RSMB y el porcentaje a reclutar teniendo en cuenta el tamaño muestral calculado (n=300).

Tabla 10. Distribución por tipo de centro asistencial y la localización comarcal de la población total de usuarios en el Programa TMG en la RSMB y la selección proporcional para la composición de la muestra del estudio (n=300).

		Población usuarios en PTMG	Muestra a captar
Centro asistencial	CSM	1297	198
	HD	358	57
	TAC	169	25
	UHR	125	20
Comarca	Bilbao	411	63
	Ezkerraldea	580	89
	Interior	505	78
	Uribe	328	50

Nota: CSM= Centro de Salud Mental, HD= Hospital de Día, TAC= Tratamiento Asertivo Comunitario, y UHR= Unidad de Hospitalaria de Rehabilitación

5.2.2. Reclutamiento de los participantes

El reclutamiento de los participantes se llevó a cabo durante los meses de febrero a octubre de 2016. Una vez que los profesionales de los centros habían sido informados del proceso y los entrevistadores formados, el equipo investigador realizó la aleatorización de la muestra teniendo en cuenta la estratificación descrita en el apartado anterior. La lista de posibles participantes para cada uno de los centros era enviada a los coordinadores de los centros para que los clínicos responsables de los distintos usuarios pudieran corroborar si cumplían los siguientes criterios de inclusión e informar del cumplimiento de los criterios de exclusión, ya que estos últimos eran los que pasaban a ser valorados por el profesional responsable del usuario.

Criterios de inclusión:

- Ser mayor de 18 años.
- Personas atendidas en los dispositivos y programas para personas con TMG de evolución prolongada en los servicios asistenciales de la RSMB, según criterios de diagnóstico de la enfermedad, de duración de la misma y de presencia de

discapacidad, tal y como son definidos en el proceso asistencial TMG de la RSMB, y de acuerdo con las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica sobre Intervenciones Psicosociales en las Personas con Enfermedad Mental Grave.

Criterios de exclusión:

- Ausencia del consentimiento informado para participar en el estudio por parte del paciente o tutor legal.
- Alteraciones del lenguaje o de la comunicación que impidan la recogida de los datos.
- Personas cuyo estado clínico impida su colaboración en el estudio, a juicio de su facultativo de referencia.

El no cumplimiento de alguno de estos criterios suponía la reposición por otro usuario con las mismas características, que era también seleccionado aleatoriamente por parte del equipo investigador, volviéndose a iniciar el procedimiento para la valoración del nuevo caso como participante del estudio. Tras el procedimiento se reclutaron un total de 312 usuarios del Programa de Trastorno Mental Grave de la RSMB. No obstante, durante el proceso hubo que llevar a cabo una reposición importante de posibles participantes debido a los siguientes motivos: inestabilidad psicopatológica constatada por los clínicos de referencia, negativa a participar del usuario y abandono durante el estudio, véase Figura 5.

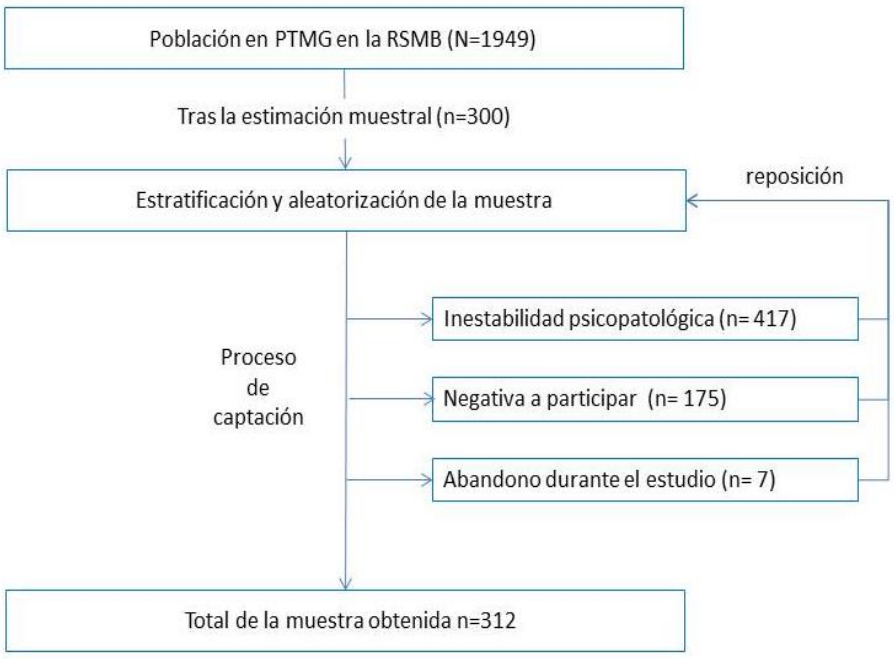


Figura 5. Diagrama de flujo sobre el proceso de captación y reposición de los participantes

5.2.3. Muestra final obtenida VS extracción inicial planteada

Tal y como se observa en el diagrama de flujo (Figura 5) fue necesaria la reposición de un número elevado de usuarios (n= 599) y la muestra final se vió aumentada por 12 sujetos (n total= 312). Esta variación en el tamaño de la muestra ha supuesto una reducción en el error de estimación al 5.1%, para un nivel de confianza del 95%. Sin embargo, la dificultad encontrada durante la captación también ha causado pequeñas variaciones en algunos de los estratos. En la Tabla 11 puede observarse cómo en el estrato de hombres entre 18-25 años resultó imposible captar a 2 participantes de los 3 estimados, por lo que con el objetivo de reemplazar dichos sujetos se intentaron captar dos personas con características similares: por un lado, fue reclutada una mujer en este mismo rango de edad y por el otro lado un hombre en el siguiente intervalo de edad próximo al rango inferior. Asimismo, existen perdidas en el estrato de mujeres con una edad superior a 66 años, ya que de las 17 estimadas solo pudieron ser captadas 10, siendo reemplazas por mujeres en el estrato anterior con edades lo más cercanas a 65 años, esto pudo ser debido a la avanzada edad de algunas de las posibles participantes que fueron excluidas de la participación, como consecuencia del deterioro y dificultades que sufrían asociadas a la edad.

Tabla 11. Frecuencias del número de sujetos estimados y frecuencias de los participantes del estudio teniendo en cuenta la distribución por género y rangos de edad

	Usuarios estimados (n=300)			Participantes alcanzados (n=312)		
	Hombres	**Mujeres**	**Total**	**Hombres**	**Mujeres**	**Total**
18-25	3	1	4	1	2	3
26-35	22	8	30	23	8	31
36-45	59	26	85	60	27	87
46-55	59	37	96	64	42	106
56-65	29	27	56	29	34	63
<66	12	17	29	12	10	22
Total	184	116	300	189	123	312

En lo que se refiere al tipo de centro asistencial y a la distribución demográfica de los participantes (Tabla 12), no se observaron grandes variaciones. La pérdida de participantes en el estrato de los Centros de Salud Mental fue de un 2%, debido al hecho de que tener que citar de forma extraordinaria a los usuarios dificultaba la captación y la aceptación a participar éstos.

En resumen, y a pesar de existir alguna pérdida dentro de alguno de los estratos, la muestra obtenida a través del procedimiento de aleatorización del presente estudio puede considerarse representativa de los usuarios que forman parte del Programa de Trastorno Mental Grave en la Red de Salud Mental de Bizkaia.

Tabla 12. Frecuencias del número de sujetos estimados y frecuencias de los participantes del estudio teniendo en cuenta el tipo de centro asistencial y la localización comarcal

		Usuarios estimados (n=300)	Participantes alcanzados (n=312)
Centro asistencial	CSM	198	194
	HD	57	75
	TAC	25	22
	UHR	20	21
Comarca	Bilbao	63	71
	Ezkerraldea	89	87
	Interior	78	80
	Uribe	50	53

Nota: CSM= Centro de Salud Mental, HD= Hospital de Día, TAC= Tratamiento Asertivo Comunitario, y UHR= Unidad de Hospitalaria de Rehabilitación

5.3. Participantes:

312 usuarios de la Red de Salud Mental de Bizkaia participaron en el estudio, 189 hombres (60.6%) y 123 mujeres (39.4%), con una edad media de 48.75 (DE= 11). Tal y como se mostró en la Tabla 12, 194 (62.2%) eran usuarios de los Centros de Salud Mental (CSM), 75 (24%) acudían al hospital de día (HD), 22 (7.1%) recibían Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) y 21 (6.7%) estaban ingresados en un hospital (Unidades Hospitalarias de Rehabilitación - UHR). En la Tabla 13 pueden observarse las frecuencias de los diagnósticos encontrados en la muestra, siendo la esquizofrenia la patología más frecuente. La media de años en tratamiento fue de 17.37 (DE= 8.70; rango 1-45), entre ellos un 75.6% de los participantes habían requerido alguna hospitalización por motivos psiquiátricos a lo largo de su evolución, con una media de 6.65 (DE= 8.34) hospitalizaciones; sin embargo, para un 24.4% no había sido necesaria ningún episodio de hospitalización. También, se recogieron los días de hospitalización en los dos últimos años, estos datos muestran que la mayoría de estos usuarios, el 80.1% no requirieron de ninguno, mientras que un 19.9% de ellos mostraron una media de 221.26 días (DE=

272.47; con un rango de 1-730 días). Por último, un 78.2% de los participantes tenían acreditado un grado de minusvalía con una media de 65.18% (DE=9,48); asimismo, el 68.3% de la muestra no tenía reconocido ningún grado de dependencia.

Tabla 13. Frecuencias y porcentajes de los diagnósticos de los participantes

Categoría Diagnóstica	**N (%)**
Esquizofrenia	123 (39.4%)
Esquizofrenia paranoide	10 (3.1%)
Esquizofrenia hebefrénica	5 (1.6%)
Esquizofrenia indiferenciada	4 (1.3%)
Depresión post esquizofrénica	2 (0.6%)
Esquizofrenia residual	16 (5.1%)
Esquizofrenia simple	10 (3.1%)
Esquizofrenia sin especificación	5 (1.6%)
Trastorno esquizotípico	7 (2.2%)
Trastorno de ideas delirantes persistentes	14 (4.4%)
Trastornos psicóticos agudos y transitorios	3 (0.9%)
Trastornos esquizoafectivos	28 (8.9%)
Psicosis no orgánica sin especificación	6 (1.9%)
Trastorno bipolar	38 (12.0%)
Episodios depresivos	2 (0.6%)
Trastorno depresivo recurrente	3 (0.9%)
Trastorno obsesivo-compulsivo	7 (2.2%)
Trastornos específicos de la personalidad	15 (4.9%)
Trastornos mentales y del comportamiento (alcohol)	2 (0.6%)
Otros diagnósticos	12 (3.6%)

En la Tabla 14 se presentan las características sociodemográficas para la muestra total y en función del centro asistencial al que acuden. Como puede observarse, la mayoría de los participantes estaban solteros (68.9%), un 12.8% casados y un 8.7% divorciados. En lo que se refiere al nivel de estudios, la gran parte de la muestra, un 42% reportó tener estudios primarios, un 18.9% habían alcanzado los estudios secundarios, un 22.1% habían cursado formación profesional y únicamente un 11.5% poseían estudios universitarios. En el momento de la recogida de datos, el 13.8% de los participantes se encontraba trabajando y el 17.9% en situación de desempleo, además un 31.1% de los participantes tenían reconocida la invalidez laboral. Asimismo, el 79.5% de los participantes tenían

trabajo antes del diagnóstico de la enfermedad, en cambio un 17.3% no estaba trabajando. El 53.8% viven con sus familias, un 35.1% de forma autónoma y un 3.8% en alojamientos supervisados.

Tabla 14. Estadísticos descriptivos y pruebas de contraste de las variables sociodemográficas en relación al centro de asistencial.

	Total (N=312)		**CSM (N=194)**		**HD (N=75)**		**TAC (N=22)**		**UHR (N=21)**			
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	**F**	**P**
Edad	49.17	10.97	50.71	10.99	46.85	8.80	50.95	12.24	41.43	12.35	5.546	.001
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**χ^2**	**p**
Sexo												
Hombre	189	60.6	114	58.8	47	62.7	14	63.6	14	66.7	.81	.845
Mujer	123	39.4	80	41.2	28	37.3	8	36.4	7	33.3		
Estado civil												
Soltero/a	215	68.9	124	63.9	59	78.7	15	68.2	17	81.0	16.24	.367
Casado/a	40	12.8	33	17.0	3	4.0	2	9.1	2	9.5		
Divorciado/a	27	8.7	18	9.3	5	6.7	3	13.6	1	4.8		
Viudo/a	13	4.2	9	4.6	3	4.0	1	4.5	0	0.0		
Separado/a	10	3.2	4	2.1	4	5.3	1	4.5	1	4.8		
Otros	7	2.2	6	3.1	1	1.3	0	0.0	0	0.0		
Estudios												
Sin estudios	16	5.1	12	6.2	2	2.7	2	9.1	0	0.0	25.83	.040
Est. Primarios	131	42.0	88	45.4	26	34.7	11	50.0	6	28.6		
Est. Secundarios	59	18.9	31	16.0	20	26.7	2	9.1	6	28.6		
Formación profesional	69	22.1	36	18.6	23	30.7	2	9.1	8	38.1		
Est. Universitarios	36	11.5	23	13.4	4	5.3	5	22.7	1	4.8		
Otros	1	0.3	1	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
Situación Laboral												
Trabajando	43	13.8	34	17.5	5	6.7	3	13.6	1	4.8	41.12	.005
Baja laboral	7	2.2	3	1.5	1	1.3	0	0	3	14.3		
Jubilado	51	16.3	35	18.0	9	12.0	5	22.7	2	9.5		
Estudiante	14	4.5	8	4.1	5	6.7	0	0	1	4.8		
Parado	56	17.9	30	15.5	12	16.0	6	27.3	8	38.1		
Ama/o de casa	26	8.3	19	9.8	4	5.3	1	4.5	2	9.5		
Invalidez	97	31.1	55	28.4	32	42.7	6	27.3	4	19.0		
Otros	18	5.8	10	5.2	7	9.3	1	4.5	0	0.0		
Trabajo antes de enfermedad												
Si	248	79.5	160	82.5	54	72.0	16	72.7	18	85.7	6.74	.081
No	54	17.3	26	13.4	19	25.3	6	27.3	3	14.3		
perdidos	10	3.2	8	4.1	2	2.7	0	0.0	0	0.0		
Estructura de convivencia												
Familia	204	65.7	132	68.0	45	60.0	14	63.6	13	61.9	8.29	.505
Autónomo	70	22.4	42	21.8	18	24.0	7	31.8	3	14.3		
Piso tutelado	23	7.4	12	6.2	8	10.7	0	0.0	3	14.3		
Otros	14	4.5	7	3.6	4	5.3	1	4.5	2	9.5		
Perdidos	1	0.3	1	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0		

Nota: CSM= Centro de Salud Mental, HD= Hospital de Día, TAC= Tratamiento Asertivo Comunitario, UHR= Unidad Hospitalaria de Rehabilitación.

5.4. Instrumentos

La Figura 6 presenta de forma esquemática el conjunto de variables e instrumentos utilizados en el estudio, que serán objeto de presentación en este apartado.

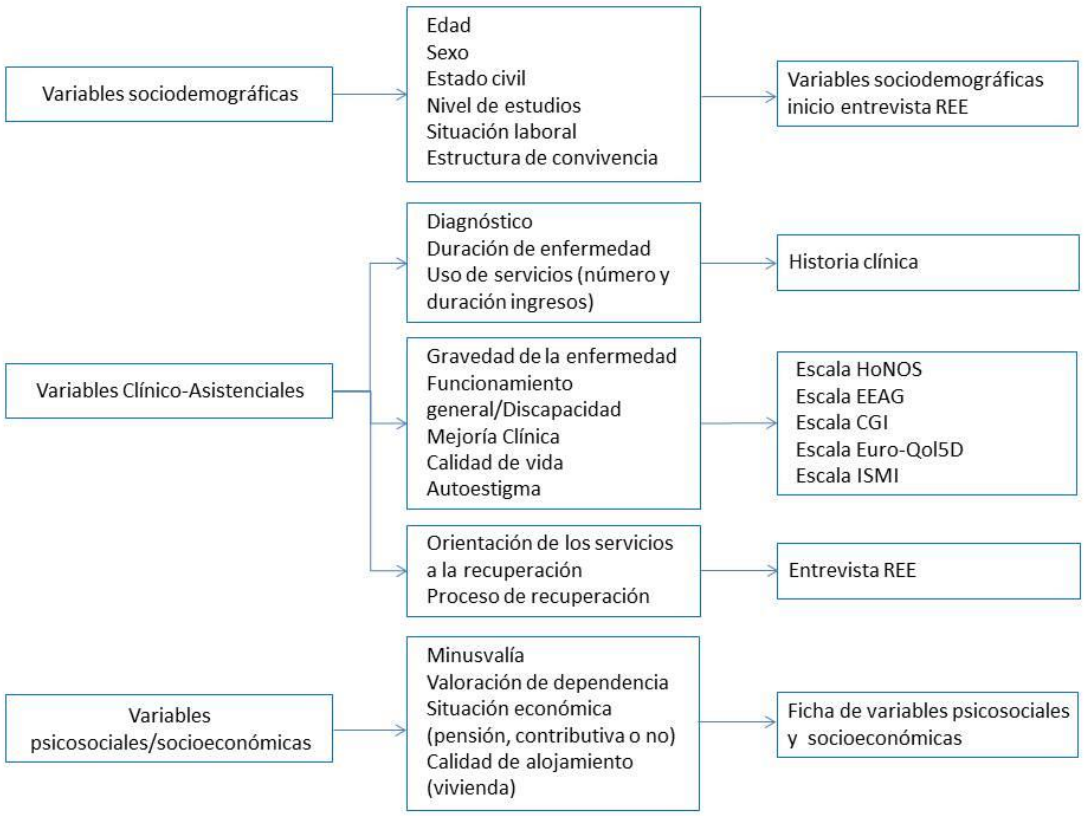


Figura 6. Variables evaluadas e instrumentos de recogida de las mismas.

5.4.1. Recovery Enhancing Environment (REE)- Cuestionario de Evaluación del desarrollo de Entornos Favorables para la Recuperación

El Cuestionario de Evaluación del desarrollo de Entornos Favorables para la Recuperación, al que nos referiremos en delante de forma más frecuente en su abreviatura en inglés - REE, (Recovery Enhancing Environment; Ridgway y Press, 2004), también conocido como DREEM en su versión de Reino Unido, es el instrumento principal de la presente tesis. Se trata de una herramienta que permite: primero, valorar por parte de los usuarios la importancia de distintos elementos para su proceso de recuperación personal y cómo éstos son llevados a cabo por los servicios a los que acuden; en segundo lugar, permite evaluar los factores del clima de la organización que facilitan la resiliencia; y por último, recoger información acerca del proceso personal de recuperación de los usuarios de los servicios de salud mental. Además, fue un instrumento diseñado con el objetivo de

ayudar a los servicios a conocer el proceso de recuperación de sus usuarios y hasta qué punto ellos consideran que los servicios, programas y profesionales que les atienden favorecen su proceso de recuperación personal. El instrumento puede ser utilizado en procesos de planificación estratégica o cambio organizativo, introduciendo en el proceso la perspectiva de los propios usuarios de los servicios.

El REE está compuesto por 165 ítems divididos en diferentes subescalas o secciones (véase resumen en la Tabla 15 y/o Anexo 6).

Tabla 15. Dimensiones o secciones evaluadas por el instrumento REE (recuperado de Ridgway & Press, 2004)

Sección	**ítems**
Datos sociodemográficos	3
Participación en el proceso de recuperación	1
Importancia de los elementos o componentes de recuperación	24
Experiencia en el desempeño de los elementos o componentes de recuperación (24 sub-escalas que valoran los componentes de recuperación de la sección anterior divididos en tres ítems, los cuales evalúan el programa y a los profesionales en relación a cada elemento)	72
Necesidades especiales (5 necesidades con 4 ítems cada una)	20
Clima organizacional (factores que favorecen la resiliencia)	14
Marcadores de recuperación	27
Preguntas abiertas para feedback	4

En las preguntas acerca de los *datos sociodemográficos,* la persona ha de señalar al grupo de edad al que pertenece, el sexo y el tiempo que lleva en tratamiento en los servicios de salud mental.

Para evaluar la *Participación de Recuperación* se utilizan las categorías señaladas por Prochaska y DiClemente (1994). Cada uno de los ítems que la persona puede seleccionar, respecto a su estado de recuperación, se sitúa dentro de uno de los siguientes estados descritos por estos autores: pre-contemplación (ítems 1, 2 y 3), contemplación (4), preparación (5), acción (6), mantenimiento (7), recaída (8) y otros.

En la siguiente Tabla 16, se enuncian los 24 elementos que se identificaron en la elaboración del cuestionario como *Componentes o Elementos Importantes para la Recuperación*, que se dividen a su vez en tres ítems que evalúan el programa y a los profesionales en relación a cada uno de los elementos (72 ítems). A estas afirmaciones el sujeto debe señalar una de las cinco opciones: `totalmente de acuerdo´, `de acuerdo´, `no

está seguro o toma una postura neutral´, `desacuerdo´ o `en total desacuerdo´. Por lo que a través de estos 92 ítems se generan dos índices: Importancia de los elementos de recuperación y Experiencia en los servicios en relación a dichos elementos, donde una mayor puntuación indicaría una mayor importancia y una mejor experiencia de los usuarios en el desempeño de los elementos valorados.

Tabla 16. Elementos de la recuperación considerados en el REE

1	Conservar un sentido positivo de mi propia identidad más allá de mi problema de salud…
2	Tener la sensación de que la vida tiene sentido…
3	Tener esperanza…
4	Disponer de conocimientos actualizados sobre los problemas de salud mental y sus tratamientos más efectivos…
5	Ser capaz de manejar y controlar mis síntomas y evitar las recaídas…
6	Mejorar mi salud y bienestar general…
7	Participar activamente en el proceso…
8	El respeto y la defensa de mis derechos son importantes para mi recuperación…
9	El apoyo de otras personas con problemas de salud mental…
10	Participar en actividades que sean importantes para mí…
11	Participar e implicarme en la sociedad…
12	Tener relaciones personales positivas…
13	Identificar y reforzar mis puntos fuertes como persona…
14	Desarrollar nuevas capacidades…
15	Tener cubiertas las necesidades básicas…
16	Tener sensación de control sobre mi propia persona y de mi capacidad para tomar decisiones…
17	Creencias religiosas…
18	Participar en la sociedad y que me vaya bien cuando lo haga…
19	Enfrentamiento al estigma y a la discriminación…
20	Atreverse a afrontar nuevos retos e intentar cosas nuevas…
21	Disponer de buenos ejemplos a seguir…
22	Tener acceso a la asistencia en caso de crisis…
23	La intimidad y la sexualidad…
24	Contar con la ayuda de profesionales que se preocupen realmente por mí y por mi recuperación…

Nota. Todas las afirmaciones terminan con… es importante para mi recuperación.

Tras el apartado en relación a los componentes de la recuperación y programas y servicios que la favorecen se encuentra la sección de *Necesidades Específicas*, afirmaciones que sólo van a ser contestadas por aquellas personas que satisfagan las siguientes condiciones: inmigrante, problemas con el alcohol y/o drogas, traumas como abusos físicos y/o sexuales en la infancia, otra condición que no sea heterosexualidad o si tiene

hijos. A través de estos ítems se pretende conocer si es necesario valorar específicamente estas necesidades a la hora de ayudar a la persona en su proceso de recuperación.

La sub-escala del *Clima Organizacional* está compuesta por 14 ítems. Los primeros 12 tratan aspectos o cualidades del entorno social que han sido identificados como importantes en la promoción de la resiliencia o la capacidad de recuperarse de la adversidad, mientras que los dos últimos tienen que ver con el *feedback* que dan los usuarios al propio centro.

A continuación, se responden 24 ítems que hacen referencia a los *Marcadores de Recuperación*, es decir, responden a preguntas acerca del proceso personal de recuperación y que permiten situar el momento del proceso de recuperación en que se encuentran los usuarios de estos servicios. Esta dimensión ha sido utilizada por algún estudio de forma independiente con el nombre de Recovery Markers Questionnaire (RMQ) (Knudsen & Wingenfeld, 2016; Prout, Cecero, & Dragatsi, 2012; Sklar, Sarkin, Gilmer, & Groessl, 2012). Además, esta subdimensión finaliza con tres preguntas en relación a la situación actual de ocupación.

Por último, se realizan 4 preguntas abiertas que permiten a los usuarios expresar sus opiniones. Se indica a los entrevistados que señalen elementos que tanto los profesionales como los servicios podrían llevar a cabo para ayudarles en su recuperación, aspectos que han aprendido hasta el momento sobre su proceso, consejos para personas que empiezan y, por último, alguna idea que pueda contribuir a la mejora del servicio.

Las propiedades psicométricas del instrumento original son escasas. Solo han sido calculados los Alfas de Cronbach de las subescalas que hacen referencia a los 24 elementos de la recuperación que oscilan entre .72 y .87 y la correlación promedio de los ítems de subescala (.61) y la de los ítems de las distintas subescalas (.44); los Alfas de Cronbach para las subescalas de necesidades especiales que fueron superiores o iguales a .88, y por último, la dimensión de clima organizacional que obtuvo un alfa de .97 (Ridgway y Press, 2004).

5.4.2. Health of the Nation Outcomes Scales – HoNOS (versión Española)

La escala HoNOS (Wing, Curtis, & Beevor, 1998) es un herramienta ampliamente utilizada por los profesionales de la salud mental para conocer la severidad de los síntomas, la discapacidad funcional y la evolución en el proceso de personas afectadas con enfermedad mental grave. Se trata de una escala compuesta por 12 ítems que los clínicos

puntúan en una escala tipo Likert que oscila de 0 a 4 (0= sin problema, 1= problema menor que no requiere intervención, 2= problema leve pero claramente presente, 3= problema de moderada gravedad, y 4= problema grave o muy grave), por lo que puntuaciones más altas indicarían una mayor gravedad.

Cada uno de los ítems hace referencia a un problema habitualmente presentado en salud mental: conductas agresivas o disruptivas, autolesiones, consumo problemático de alcohol o drogas, problemas cognitivos, problemas por enfermedad física o discapacidad, problemas asociados a ideas delirantes o alucinaciones, problemas en relación con el humor depresivo, otros problemas mentales o conductuales, problemas con las relaciones, problemas con las actividades de la vida cotidiana, problemas con las condiciones de vida y problemas en relación con la ocupación y las actividades. Los distintos ítems se dividen en cuatro subescalas: problemas conductuales (1-3), deterioro (4-5), problemas clínicos (6-8) y problemas sociales (9-12). En este sentido, el HoNOS ofrece puntuaciones que pueden obtenerse teniendo en cuenta tres criterios: la puntuación global, la puntuación calculada a partir de cada una de las dimensiones y la obtenida en cada uno de los ítems.

La traducción al castellano fue llevada a cabo por Uriarte y su equipo (1999), sin embargo esta herramienta no ha sido validada a nuestro idioma[4]. Para el presente estudio la escala ha obtenido un Alfa de Cronbach total de .70 y alfas entre .10 y .68 para las distintas subescalas.

5.4.3. Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)

La Escala de Evaluación de la actividad global (EEAG; Bobes et al., 2002) o en su versión original en inglés Global Assessment of Functioning (GAF; Endicott et al., 1976), es una escala utilizada y llevada a cabo rutinariamente por los clínicos para evaluar el nivel general de actividad o funcionalidad del paciente en el momento de la evaluación. Se trata del instrumento propuesto por la APA (American Psychological Association) para recoger la información del eje V del diagnóstico multiaxial del DSM-IV-TR.

Es una escala donde el clínico valora el funcionamiento general de la persona en una escala que oscila entre 0 y 100, considerando la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuo de salud-enfermedad, sin incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas o ambientales. En esta escala las puntuaciones más

[4] Teniendo en cuenta la muestra del presente estudio se ha llevado a cabo la validación del instrumento; Uriarte, J.J., Iglesias, N., Penas, P., Moreno, M.C., Iraurgi, I. (under review). Evidencias de Adecuación Psicométrica de la Versión Española de la escala HoNOS. Revista de Psiquiatría y Salud Mental.

altas estarían indicando un mejor funcionamiento, ya que la puntuación 100 corresponde a "actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas" y el 0 a "expectativa manifiesta de muerte".

5.4.4. Escala de Impresión Clínica Global (ICG)

La escala de Impresión Clínica Global (ICG; Guy, 2004) o en su acepción en inglés *Clinical Global Impression* (CGI; Guy, 1976) evalúa la gravedad y la mejoría del cuadro clínico del paciente a través de dos subescalas. La primera hace referencia a la gravedad del cuadro clínico, donde el profesional basándose en su experiencia valora la gravedad de la enfermedad a través de una escala Likert de ocho opciones que oscila de 0 a 7; donde la puntuación 0 es utilizada cuando el individuo no ha sido evaluado, mientras que los valores de 1 a 7 estarían indicando un gradiente en la gravedad de la enfermedad (1= normal, no enfermo hasta 7= extremadamente enfermo). La segunda dimensión evalúa la mejoría o el empeoramiento del cuadro y consta de una pregunta que es completada tanto por el clínico como por el propio paciente. Este cambio experimentado en un tiempo determinado se valora también con una escala Likert de ocho opciones donde el 0 es "no evaluado" y las puntuaciones que oscilan entre 1 "mucho mejor" a 7 "mucho peor" indican el cambio experimentado desde la perspectiva del usuario y del profesional que le atiende.

A la hora de llevar a cabo el juicio clínico el profesional debe tener en cuenta toda la información disponible sobre el paciente a valorar, incluyendo el conocimiento de la historia clínica, las circunstancias psicosociales, los síntomas, el comportamiento y el impacto que estos tienen en la capacidad de funcionamiento de la persona. Por último, destacar que el ICG es un instrumento ampliamente utilizado en la práctica clínica ya que se trata de una herramienta sencilla que puede ser aplicada con problemáticas muy diversas, y además posee propiedades psicométricas adecuadas para ello (Haro et al., 2003).

5.4.5. Cuestionario de salud Euro-QoL5D

El EuroQoL-5D (EuroQoL Group, 1990) es un instrumento utilizado para medir la calidad de vida relacionada con la salud, tanto en individuos sanos como en personas con distintas patologías. Se trata de una herramienta auto-administrada con dos secciones, donde el propio individuo valora su estado de salud. En la primera parte del cuestionario, la persona responde marcando una de las tres opciones que corresponden a distintos

niveles de gravedad ("sin problemas", "algunos problemas o problemas moderados" y "problemas graves") en relación a cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión). Mientras que, en la segunda parte, se solicita a la persona que complete una escala visual analógica (EVA) donde se lleva a cabo una evaluación más general del estado de salud. La EVA es un termómetro que oscila entre 0 (peor estado de salud imaginable) y 100 (mejor estado de salud imaginable), donde el individuo debe indicar el punto en la línea vertical que mejor refleje su estado de salud global a día de hoy, ya que esta imagen puede ayudar a describir mejor lo bueno o malo (Herdman, Badia, & Berra, 2001). La adaptación y validación española fue llevada a cabo por (Roset, Badia, & Mayo, 1999), quienes mostraron unas propiedades psicométricas adecuadas de validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio.

5.4.6. Escala del Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (ISMI)

La escala *Internalized Stigma of Mental Illness* (ISMI; Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003) fue traducida al castellano en una versión inicial por Brohan, Elgie, Sartorius, & Thornicroft (2010); sin embargo, la validación y el estudio psicométrico de la versión española de la Escala Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (EIEM) fue llevada a cabo por Bengochea-Seco y su equipo (2016). Se trata de un instrumento utilizado para evaluar la experiencia subjetiva del estigma de las personas con enfermedad mental. Esta herramienta está compuesta por 29 ítems valorados en una escala Likert de cuatro puntos (1= totalmente en desacuerdo, 2= algo en desacuerdo, 3= algo de acuerdo y 4= totalmente de acuerdo) que se agrupan en cinco sub-escalas: Alineación, Interiorización de los estereotipos o autoestigma, Discriminación percibida o experiencia de discriminación, Aislamiento social y Resistencia al estigma. Las puntuaciones pueden ser obtenidas por dimensión, donde en las cuatro primeras una mayor puntuación estaría indicando un mayor estigma percibido, mientras que en la última subescala que hace referencia a la Resistencia al estigma debe ser considerada de forma inversa. Sin embargo, también puede obtenerse una puntuación media total.

Por último, la versión española de la escala ISMI ha obtenido propiedades psicométricas adecuadas de consistencia interna (.91) y fiabilidad test-retest (.95) para el conjunto de la escala (Bengochea-seco et al., 2016). En el presente estudio el Alfa de Cronbach ha sido de .92 para el total de la escala.

5.5. Análisis estadísticos generales:

A pesar de que en cada uno de los estudios que van a ser presentados a continuación tiene su propio aparatado de método donde se exponen los análisis estadísticos utilizados, en el desarrollo de este punto se pretenden explicar de forma detallada algunas de las metodologías y análisis estadísticos llevados a cabo en el desarrollo de la presente tesis doctoral.

5.5.1. Análisis descriptivos y pruebas de contraste entre distintas variables

Para los cálculos de los análisis descriptivos en relación a variables sociodemográficas se han utilizado las medidas de tendencia central y dispersión, es decir, la media (M) y la desviación estándar (DE) para variables continuas, y en el caso de variables nominales la frecuencia (n) y el porcentaje (%). Con el objetivo de conocer la existencia de diferencias entre grupos se han llevado a cabo las pruebas de contraste oportunas, *t* de Student para la comparación de medias entre dos grupos y Análisis de Varianza (ANOVA), prueba F de Snedecor, para la comparación de más dos grupos. En el caso de que la prueba estadística ANOVA fuera significativa para un nivel de confianza del 95%, se aplicaron pruebas post-hoc para conocer las diferencias entre los distintos grupos de análisis. En el caso de incumplimiento del requisito de homocedasticidad de varianzas (Prueba de Levene) se aplicaron pruebas robustas basadas en el test de Brown-Forsythe. Por último, se realizó la prueba de Ji Cuadrado de contraste de prevalencias para la comparación de variables nominales. El nivel de significación adoptado para las distintas pruebas fue de $\alpha < 0.05$.

5.5.2. Análisis descriptivos de los ítems y de validez interna de una escala

Para la validación al castellano de la escala REE se han calculado los estadísticos descriptivos de cada uno de los ítems de las distintas sub-escalas, es decir, el porcentaje de las puntuaciones de cada ítem, la media (M), la desviación estándar (DE), la asimetría (As), la kurtosis (K), la comunalidad (h^2), la correlación del ítem respecto al total de la escala (r) y el Alfa de Cronbach (α) si se elimina elemento.

La fiabilidad del REE y de las distintas dimensiones del mismo ha sido estimada mediante la consistencia interna de los ítems y calculada a través del Coeficiente Alfa de Cronbach (α). Del mismo modo, han sido obtenidas las Alfas de Cronbach del resto de instrumentos utilizados en el presente estudio.

5.5.3. Cálculo de la validez concurrente de una escala

Con el objetivo de estudiar la validez concurrente de la versión española del instrumento REE se han llevado a cabo análisis de correlación de Pearson (r) entre el REE y sus distintas dimensiones con el resto de escalas recogidas a través del estudio (HoNOS y sus sub-escalas, CGI, EEAG y EuroQol). Asimismo, también se han calculado las correlaciones existentes entre las subescalas del propio instrumento.

5.5.4. Validez de constructo: Análisis Factoriales Exploratorios y Confirmatorios

Se aplicaron técnicas de Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y Confirmatorio (AFC) para probar la validez de constructo del instrumento REE. En un primer momento, y cuando el objetivo fue explorar las posibles variables latentes que pueden estar explicando los distintos ítems de un instrumento se llevaron a cabo los AFE a través del programa FACTOR analysis (Lorenzo-Seva& Ferrando, 2013). En este proceso, debido a que el REE es completado a través de una escala tipo Likert se consideraron las matrices de correlaciones policóricas, se verificó la idoneidad de la matriz de correlaciones teniendo en cuenta la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. Por último, para determinar el número de factores a retener se realizaron la prueba de Paralell Analysis (PA; Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011) y el test de Hull (Lorenzo-Seva, 2013).

Las técnicas de Análisis Factorial Confirmatorio se utilizaron para verificar los resultados obtenidos a través del AFE previo y confirmar la independencia de cada una de las dimensiones evaluadas por el REE, así como para verificar la adecuación del instrumento a modelos o estructuras teóricas. Para este procedimiento se usó el programa EQS (Bentler, 2006). Los análisis se realizaron en base a la matriz de correlaciones policóricas, a partir de las cuales se calcularon su asimetría y kurtosis multivariada y su desviación de la normalidad (>|1.96|) a través del coeficiente de Mardia. La estimación de parámetros se calculó mediante el método de mínimos cuadrados ponderados estimándose su bondad de ajuste a partir de la prueba de Ji Cuadrado (χ^2), que indica la probabilidad de que la variación entre la varianza de la muestra y la obtenida a través del modelo se deba al azar. Generalmente la prueba de Ji Cuadrado se ve afectada por el tamaño de la muestra y la falta de normalidad en la misma (Hu & Bentler, 1999), por lo que se aplicaron para la estimación los métodos robustos de Satorra-Bentler (Satorra & Bentler, 2001) y otros índices complementarios de bondad de ajuste: Ji Cuadrado normado (χ^2/gl) considerándose un buen indicador cuando el valor oscila entre 1 y 3; el índice de

bondad de ajuste (AGFI – *Adjusted Goodness of Fit Index*), el índice de bondad de ajuste comparado (CFI – *Comparative Fit Index*), el índice de ajuste normalizado de Bentler-Bonnet (BB-NFI – *Bentler-Bonet Normed Fit Index*) y el índice de ajuste no normalizado de Bentler-Bonnet (BB-NNFI – Bentler-Bonnet Non-normed Fit Index), para los cuales valores >.90 indicarían la adecuación del modelo; el error de aproximación cuadrático medio (RMSEA – *Root Mean Square Error Aproximation*) y su intervalo de confianza del 90%, donde los valores <.05 son considerado como adecuados y valores <.08 aceptables.

5.5.4.1. Coeficientes Omega para la valoración de la adecuación de los Modelos Bifactoriales

Se llevaron a cabo distintos análisis factoriales confirmatorios con el objetivo de conocer los modelos estructurales que mejor se ajustasen a los datos teniendo en cuenta el marco conceptual CHIME propuesto en la literatura para la valoración del modelo de recuperación personal evaluado por el REE. A este respecto y dado que el modelo bifactorial ofreció un ajuste satisfactorio y superior al obtenido por otros modelos, se utilizó el método propuesto por Rodríguez, Reise y Haviland (2016a, 2016b) para evaluar la especificación y calidad del modelo, así como la calidad de la puntuación compuesta por el total y las distintas subescalas del REE. Para ello fueron calculados mediante una hoja de cálculo Excel los siguientes índices estadísticos: los coeficientes de fiabilidad Omega y Omega jerárquicos, la fiabilidad de constructo a través del índice H, la varianza común explicada (ECV, Explained Common Variance) y el porcentaje de correlación no contaminado (PUC, Porcentage of Uncontamined Correlation).

Los coeficientes Omegas son indicadores de fiabilidad basados en las cargas factoriales obtenidas a partir del modelo estructural. Por ello, al igual que otros índices que valoran la fiabilidad sus valores, oscilan de 0 a 1, donde el 0 indicaría una fiabilidad nula y el 1 una fiabilidad perfecta (Reise, 2012). Existen cuatro coeficientes Omega que pueden calcularse a partir de los datos obtenidos en el AFC (Osborne, Michonski, Sayrs, Welch, & Anderson, 2017; Rodríguez et al., 2016a, 2016b)

Coeficiente Omega (ω).- El coeficiente Omega para el total de la escala representa la proporción de varianza de la puntuación total de la escala que es atribuible a todas las fuentes de varianza común, y se calculó a través de la fórmula que se indica a continuación:

$$\omega = \frac{(\sum\lambda_{tot})^2 + (\sum\lambda_{con})^2 + (\sum\lambda_{esp})^2 + (\sum\lambda_{Iden})^2 + (\sum\lambda_{sig})^2 + (\sum\lambda_{Emp})^2}{(\sum\lambda_{tot})^2 + (\sum\lambda_{con})^2 + (\sum\lambda_{esp})^2 + (\sum\lambda_{Iden})^2 + (\sum\lambda_{sig})^2 + (\sum\lambda_{Emp})^2 + \sum(1-h^2)}$$

Coeficiente Omega para la sub-escala (ω_s).- Teniendo en cuenta la misma lógica que en el Omega para la puntuación total puede obtenerse un coeficiente Omega para cada una de las sub-escalas, es decir, el ω_s indica la proporción de varianza de la puntuación total de cada sub-escala que es atribuible a todas las fuentes de varianza común. Como ejemplo se expresa la fórmula de cálculo que se utilizó para dimensión de esperanza:

$$\omega_{Esp} = \frac{(\sum\lambda_{tot})^2 + (\sum\lambda_{esp})^2}{(\sum\lambda_{tot})^2 + (\sum\lambda_{esp})^2 + \sum(1-h^2)}$$

Coeficiente Omega Jerárquico (ω_H).- El coeficiente jerárquico difiere en que la proporción de varianza de la puntuación total de la escala es atribuible al factor general, y no a todas las fuentes de varianza común donde estarían incluidas no solo las del factor general sino también la parte explicada por los distintos factores.

$$\omega_H = \frac{(\sum\lambda_{tot})^2}{(\sum\lambda_{tot})^2 + (\sum\lambda_{con})^2 + (\sum\lambda_{esp})^2 + (\sum\lambda_{Iden})^2 + (\sum\lambda_{sig})^2 + (\sum\lambda_{Emp})^2 + \sum(1-h^2)}$$

Coeficiente Omega Jerárquico para la sub-escala (ω_H).- Este coeficiente hace referencia a la proporción de la de varianza de la puntuación de la sub-escala que se explica por el factor compuesto por los ítems de dicha sub-escala, una vez de haber controlado la varianza del factor general. La fórmula que se expone a continuación es el cálculo considerando la sub-escala de esperanza:

$$\omega_{Hesp} = \frac{(\sum\lambda_{esp})^2}{(\sum\lambda_{tot})^2 + (\sum\lambda_{esp})^2 + \sum(1-h^2)}$$

Asimismo, se calculó el índice H de Hancock y Muller para evaluar validez de constructo a través de la siguiente fórmula (Rodríguez et al., 2016b):

$$H = 1/\left[1 + \frac{1}{\sum_{i=l}^{k} \frac{\lambda_i^2}{1-\lambda_i^2}}\right]$$

El índice H estaría proporcionando el valor de la correlación entre un factor y el compuesto de elementos ponderados óptimamente. Valores superiores a .70 estarían indicando que la variable latente está siendo bien definida por los indicadores que la construyen (Hancock & Mueller, 2001).

También fue calculada la varianza común explicada (ECV), aplicando la siguiente fórmula,

$$ECV = \frac{(\sum\lambda_{tot}^2)}{(\sum\lambda_{tot}^2) + (\sum\lambda_{con}^2) + (\sum\lambda_{esp}^2) + (\sum\lambda_{ide}^2) + (\sum\lambda_{sig}^2) + (\sum\lambda_{emp}^2)}$$

con el objetivo de conocer la unidimensionalidad de la varianza común al conjunto de los ítems, donde los valores más altos muestran la relevancia del factor general proponiendo el uso del modelo unidimensionalidad a pesar de la multidimensionalidad de los datos (Reise, 2012).

Por último, se calculó el porcentaje de correlación no contaminada (PUC), ya que en conjunto con la varianza común explicada, se trata de un indicador sobre el posible efecto de sesgos de utilizar datos multidimensionales en una estructura unidimensional (Bonifay, Reise, Scheines, & Meijer, 2015; Reise, Bonifay, & Haviland, 2013). Para su cálculo es necesario tener en cuenta, las correlaciones únicas que informan directamente al factor general y las existentes dentro de cada factor, siendo estas las correlaciones contaminadas por la unidimensionalidad. En este sentido, cuando la mayoría de correlaciones son del factor general el instrumento debería considerar la dimensión objetivo para la cual fue diseñado (Rodríguez et al., 2016b).

5.5.5. Cálculo del Acuerdo Interjueces

Para la construcción de un modelo estructural se solicitó que cinco personas expertas en el área de recuperación relacionaran los distintos elementos de la recuperación valorados por el REE con las dimensiones y subdimensiones incluidas en el marco conceptual del modelo de recuperación (CHIME, Leamy et al., 2011). El porcentaje de acuerdo de los interjueces en relación a cada una de los ítems del REE se indicó teniendo en cuenta el porcentaje en que los expertos coinciden en la categoría a la hora de seleccionar sus respuestas, en este sentido un acuerdo superior al 80% se consideró adecuado (Mokkink et al., 2010). Asimismo, con la intención de controlar los posibles acuerdos debidos al azar se introdujeron en el programa SPSS el número de acuerdos y desacuerdos por casillas y se calculó la fiabilidad de los ítems a través del coeficiente Kappa (κ), donde valores superiores a .75 representan un gran acuerdo, entre .75 y .40 un acuerdo de bueno a moderado y, por último, coeficientes inferiores a .40 indicaría un nivel de acuerdo pobre (Jelles, Van Bennekom, Lankhorst, Sibbel, & Bouter, 1995).

5.5.6. Cálculo de los baremos

Los baremos han sido calculados con el objetivo de ofrecer a los clínicos una herramienta que permita la interpretación de las puntuaciones obtenidas por los individuos. Las puntuaciones directas de los instrumentos de medida no ofrecen información para poder ser interpretadas en sí mismas, es decir, no poseen un valor absoluto. Sin embargo, estas puntuaciones pueden ser transformadas a partir de la comparación con las puntuaciones obtenidas en su grupo de referencia, calculando así las puntuaciones percentiles y puntuaciones Z tipificadas.

En este estudio se han calculado las puntuaciones percentiles, valores que dividen la distribución en 100 partes y, por tanto, proporcionan a través de porcentajes la situación relativa de un individuo en relación a su grupo de referencia. Esta transformación ha sido calculada a través del programa SPSS, donde han sido solicitados los percentiles 95, 90, 85, 80, 75, 50, 25, 20, 15, 10 y 5. Los baremos son ofrecidos en su tabulación bruta, así como atendiendo a su segmentación por sexo, edad y tipo de centro asistencial al que acuden.

5.5.7. Cálculo del Índice de Cambio Fiable (ICF)

Se llevó a cabo el procedimiento propuesto por Jacobson y Truax (1991) para el cálculo del índice de Cambio Fiable (ICF – RCI: Reliable Change Index) para dos de las dimensiones del REE (marcadores de recuperación y clima organizacional) a través de los siguientes pasos:

1.- En primer lugar, para conocer la significación estadística del cambio alcanzado por el usuario, se calculó a partir de la fórmula del ICF-RCI la Diferencia Mínima de Cambio:

$$DifMinCam = Z_{0.05} \times EED$$

donde se utiliza la puntuación estandarizada de $Z_{0.05}$ para un nivel de confianza del 95%. Dado que trabajamos con una muestra clínica y que las puntuaciones se expresan a través de hipótesis unidiredicionales en el sentido de la funcionalidad, el valor de $Z_{0.05}$ es el equivalente a 1.65, y donde EED hace referencia al Error Estándar de la Diferencia (EED – SED: Standard Error Desviation), que es obtenido mediante la siguiente fórmula:

$$\text{EED} = \text{DE} \cdot \sqrt{1 - r_{xx}}$$

donde DE es la desviación estándar de la muestra y r_{xx} es la fiabilidad encontrada para la dimensión del instrumento REE.

2.- Tras conocer la diferencia mínima de cambio es necesario calcular el Punto de Corte (PC) que expresa el criterio que ha de adquirir la persona para que su cambio sea considerado un cambio clínicamente relevante. Utilizando el mismo criterio, $Z_{0.05}$, que el mencionado para el valor crítico del ICF el punto de corte se establecería a través del siguiente algoritmo:

$$PC_{Z0.05} = \bar{x} + DE \cdot 1.65$$

No obstante, debido a que el procedimiento propuesto por Jacobson y Truax (1991) tiende a ser muy restrictivo se calcularon otras dos alternativas para el cálculo del PC: la primera consistió en sumar una DE al valor de la media (PC = $\bar{x}$ + DE); y la segunda se llevó a cabo sumando únicamente media desviación estándar (PC = $\bar{x}$ + ½DE). Se han expresado numéricamente ambas opciones para ofrecer al clínico distintas opciones a la hora de poder valorar el cambio.

La diferencia mínima de cambio y el punto de corte han sido obtenidos teniendo en cuenta, por un lado, la combinación del sexo y centro asistencial y, por el otro, los grupos de edad. Por último destacar que la combinación de ambos criterios (Jacobson & Truax, 1991) permiten clasificar a los individuos en: recuperados (cuando superan ambos criterios), mejorados (superan la diferencia mínima de cambio, pero no llegan a alcanzar el punto de corte), no cambio (no superan ninguno de los criterios) o deteriorados (el cambio realizado es significativo, pero lo realizan en sentido contrario a la recuperación) (Iraurgi, 2010).

5.5.8. Correlaciones entre variables

Se han llevado a cabo correlaciones bivariadas de Pearson con el objetivo de conocer la posible asociación y relación entre las distintas variables examinadas en el estudio, así como la direccionalidad de las mismas. El valor de probabilidad utilizado para considerar la existencia de una asociación estadísticamente significativa ha sido de $p<.05$. Asimismo, para la interpretación de los efectos han sido contempladas las correlaciones con un valor igual o superior a .25.

5.5.9. Modelos de regresión lineal por pasos

Para conocer las variables o constructos predictores de la recuperación personal y del índice de mejora a nivel sintomatológico y funcional se han realizado dos regresiones

múltiples por pasos mediante el programa estadístico SPSS. En la primera de las regresiones se tomó como variable dependiente la 'puntuación total de marcadores de recuperación' y en la segunda el 'índice global de sintomatología'. Como variables predictoras se fueron incluyendo, en ambos modelos, las siguientes variables paso por paso: 1) diferencias entre experiencia e importancia en relación a factores asociados a la recuperación, 2) índice global de sintomatología o los marcadores de recuperación dependiendo de la variable dependiente que se hubiese incluido, 3) variables sociodemográficas (edad, sexo y tiempo en tratamiento), 4) servicio asistencial al que acuden, y por último, 5) la variable de autoestigma. A través de este procedimiento se observó no solo la significación de cada modelo establecido a un nivel de confianza del 95%, sino que también permitió conocer el cambio del poder explicativo entre las variables predictoras según estas fueron introducidas mediante el método de estimación por pasos.

5.5.10.Path analysis para un modelo estructural

A fin de conocer el modelo de predicción y los efectos entre los distintos constructos y variables se ha llevado a cabo un Path-análisis utilizando la metodología de modelado de ecuaciones estructurales (SEM – Structural Equation Model). Para el cálculo de la adecuación de los datos al modelo teórico planteado teniendo en cuenta los resultados obtenidos mediante el modelo de regresión y las correlaciones, se han utilizado índices de ajuste señalados en el punto donde se ha explicado los AFC (5.4.).

6. Evidence of Psychometric Adequacy of the Spanish Adaptation of REE: Recovery Enhancing Environment[5]

[55] It is a research been 2020: Uriarte, J.J., Penas, P., Moreno, M.C., Ridgway, P., &. Iraurgi, I. (2020). Evidence of Psychometric Adequacy of REE: recovery enhancing Environment. *Actas Españolas de Psiquiatría, 48*(2), 75-88.

[5] Se dispone también de la versión en castellano que puede encontrarse en el Anexo 7: Uriarte, J.J., Penas, P., Moreno, M.C., Ridgway, P., &. Iraurgi, I. (2020). Evidencias de adecuación psicométrica de la adaptación española del REE: Cuestionario de Evaluación del Desarrollo de Entornos Favorables para la Recuperación. *Actas Españolas de Psiquiatría, 48*(2), 75-88.

7. Psychometric Adequacy of Recovery Enhancing Environment (REE) measure: CHIME framework as a theory base for a recovery measure[6]

[6] This manuscript has been sent to a peer-review journal. Penas. P., Uriarte, J.J. Gorbeña, S., Moreno, M.C., Ridgway, P., & Iraurgi, I. (under-review). Psychometric Adequacy of Recovery Enhancing Environment (REE) measure: CHIME framework as a theory base for a recovery measure. *Frontiers in Psychiatry.*

8. Assessment of Recovery in Severe Mental Disorder: REE Normative Data, Cut-off Points and Assessment Criteria for Individual Cases[7]

[7]Se dispone también de la versión en castellano que puede encontrarse en el Anexo 8

9. Discrepancy between Experience and Importance of Recovery Components in the Symptomatic and Recovery Outcomes of Persons with a Severe Mental Disorder [8]

[8]Se dispone también de la versión en castellano que puede encontrarse en el Anexo 9

10. Discusión General

Las discusiones específicas de cada uno de los estudios han sido desarrolladas en los mismos. Sin embargo, el objetivo del presente capítulo es llevar a cabo una discusión general que permita conocer el hilo conductor y de forma general las conclusiones e ideas que han ido surgiendo en el presente trabajo.

10.1. Discusión general

La relevancia adquirida por el modelo de recuperación personal en la atención a personas con trastorno mental grave explicada a través de la presente tesis, ha provocado profundos cambios en el enfoque y en la orientación de los sistemas de salud mental a nivel internacional (Slade et al., 2008). Este proceso de recuperación personal fue descrito por Anthony (1993) como un proceso de crecimiento personal a través del cual las personas con enfermedad mental pueden alcanzar una vida satisfactoria, con metas y propósitos propios, a pesar de las posibles limitaciones o síntomas de la enfermedad. Sin embargo, este cambio de perspectiva desde un modelo clínico, centrado en la remisión de los síntomas, hacia un modelo de recuperación personal o subjetivo, ha supuesto un reto y una trasformación para los servicios, profesionales, usuarios y familiares de personas con una enfermedad mental (Jacobson & Curtis, 2000). Desde esta nueva perspectiva se asume que las propias personas son agentes activos de su propio proceso de recuperación, y los profesionales y servicios que les atienden funcionan como facilitadores y promotores de apoyo en el proceso. A este respecto, y al igual que otros sistemas de salud mental tanto españoles (Osasunbidea, 2019; Salud Madrid, 2018) como internacionales (Slade et al., 2012; Slade et al., 2008), la línea estratégica de la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB) busca estar orientada hacia el modelo de recuperación personal. Para ello, y como se ha ido presentando en el trascurso de este estudio, ha sido necesario conocer los distintos aspectos y etapas que forman parte del proceso y llevar a cabo una evaluación que permita saber el nivel de recuperación de los usuarios de los servicios teniendo en cuenta esta perspectiva de la recuperación, además de conocer si estos servicios están orientados a dicho modelo.

En la revisión sistemática realizada con el objetivo de conocer los distintos instrumentos utilizados en la literatura para valorar el modelo de recuperación, tanto a nivel personal como la orientación de los servicios, se ha observado como la alta complejidad, subjetividad y dinamismo del concepto (Mancini et al., 2010) ha dificultado la falta de consenso en las dimensiones que engloban el modelo, provocando la existencia de un gran número de instrumentos que evalúan el mismo concepto a través de la utilización de distintas dimensiones, lo que a su vez dificulta la elección de las herramientas más

adecuadas para su valoración. Ello sugiere que sería necesaria una mayor clarificación y unificación del concepto, que permita llevar a cabo una evaluación consensuada del modelo de recuperación, idea que también ha sido respaldada por otros autores (Burgess et al., 2011). En este sentido, el marco conceptual CHIME (Leamy et al., 2011) ha sido desarrollado con la intención de dar respuesta a esta falta de claridad en el concepto y responde a la gran mayoría de las dimensiones más utilizadas por los instrumentos de medida encontrados en esta revisión. Además, esta tesis también ha permitido evidenciar la escasez de instrumentos de medida específicos para la valoración de la recuperación adaptados y validados psicométricamente a nuestro entorno (España), donde solo dos instrumentos -STORI (Lemos-Giráldez et al., 2015) y RAS (Zalazar et al., 2017)-, han pasado los distintos criterios para la valoración de la recuperación personal y ninguno para conocer la orientación de los servicios.

Por ello, y tras la elección del instrumento Recovery Enhancing Environment (REE; Ridgway & Press, 2004) como una herramienta apropiada para la valoración de la recuperación personal y la orientación de los servicios, se procedió a su validación, donde los resultados de las evidencias psicométricas de la herramienta muestran que se trata de un instrumento adecuado para este propósito. Como se ha mencionado en el apartado de resultados los análisis factoriales del REE han mostrado que las cuatro dimensiones del instrumento pueden ser utilizadas de forma independiente: 'importancia percibida de los 24 elementos de recuperación', 'experiencia de estos 24 elementos en los programas y servicios que favorecen la recuperación', 'clima organizacional' y 'marcadores de recuperación'. La mayor parte de los ítems del instrumento hacen referencia mayoritariamente a las dimensiones relacionadas con los componentes conceptuales del modelo o el desempeño de los servicios en relación al modelo y el clima generado en el mismo. No obstante, la cuarta escala referenciada como 'marcadores de recuperación' ha mostrado evidencias de asociación significativa con indicadores de severidad de la enfermedad, funcionalidad y calidad de vida y ha sido utilizada con el nombre de "Recovery Markers Questionnaire" (RMQ) como una escala de medida independiente para evaluar el nivel de recuperación de personas con enfermedad mental (Knudsen & Wingenfeld, 2016; Prout et al., 2012; Sklar et al., 2012). Todo ello hace que el REE sea una herramienta realmente útil e interesante, que evalúa tanto la parte personal como a los servicios que atienden a estas personas. Por ello, la autora del instrumento (Ridgway & Press, 2004) propuso la utilización del mismo en momentos de planificación estratégica y cambio organizativo, dado que ofrece información sobre el proceso personal, la orientación de los servicios y la capacidad de éstos para promover la recuperación,

introduciendo en todo momento la perspectiva del usuario. En este sentido, y como fue señalado por Happell (2008), para realizar una evaluación efectiva de los servicios de salud mental deben incluirse las opiniones y perspectivas de los usuarios, para así poder llevar a cabo un desarrollo de los servicios acorde a las necesidades de las personas que los utilizan.

Por otro lado, señalar que el hecho de que la recogida de la muestra haya sido llevada a cabo por personas implicadas en el propio proceso de recuperación y la utilización de los servicios, hace que la propia herramienta sea congruente con el modelo de recuperación a través del cual se promueve la participación activa de los usuarios. Asimismo, esta evaluación realizada utilizando entrevistadores que forman parte de los propios usuarios de los servicios aporta una mayor calidad al estudio al promover un clima favorable y de mayor comprensión para que las personas se sientan cómodas compartiendo experiencias sobre su propio proceso.

Dada la multidimensionalidad cubierta por los instrumentos encontrados en la literatura y la subjetividad del proceso de recuperación se probó si la herramienta de medida REE cubría las dimensiones y elementos propuestos por el marco conceptual CHIME (Leamy et al., 2011), creado a partir de una revisión sistemática y considerado como el marco conceptual de referencia del modelo de recuperación personal. Para ello en primer lugar, se llevó a cabo un acuerdo interjueces que clasificaron los 24 elementos de recuperación considerados por el instrumento REE en base a las dimensiones y subdimensiones que componen el CHIME. Estos resultados presentados en el capítulo 7 han mostrado la existencia de un gran acuerdo en relación a las cinco dimensiones del marco conceptual CHIME (Conexión, Esperanza y optimismo hacia el futuro, Identidad, Vida significativa y Empoderamiento). Sin embargo, el acuerdo de los expertos ha sido un poco inferior, aunque moderado, a la hora de elegir las subdimensiones, ya que los distintos jueces han situado un mismo ítem o componente de recuperación evaluado por el REE en distintas subcategorías del marco conceptual. Esto sugiere la existencia de una alta correlación y flexibilidad entre las distintas subdimensiones de los cinco componentes del CHIME. En este sentido, Stuart y su equipo (2017) también encontraron una interacción dinámica entre las distintas subcategorías del marco conceptual que dificultaba la delimitación clara de los mismos.

Una vez fijada la estructura del procedimiento del acuerdo entre los cinco expertos, se probó cuantitativamente por medio de análisis factoriales confirmatorios el modelo con las respuestas recogidas por los usuarios del programa TMG de los servicios de salud

mental. Se obtuvieron índices adecuados para el modelo unidimensional, lo que supondría considerar que el REE evalúa un único indicador de recuperación personal y no tiene en cuenta las distintas dimensiones que componen el modelo. Sin embargo, la clasificación llevada a cabo por el grupo de expertos sugiere que el instrumento pueda ser considerado dimensionalmente y tenga la capacidad para distinguir entre distintos elementos o matices dentro del proceso de recuperación. En este sentido, los resultados del cálculo de las estructuras factoriales más complejas han arrojado resultados que apoyarían la aceptación del REE como una herramienta multidimensional. Por un lado, teniendo en cuenta el modelo bifactorial, los ítems cargan factorialmente tanto en el factor general de recuperación personal como en las cinco dimensiones del CHIME. Por otro lado, en el modelo estructural de segundo orden, los cinco factores latentes del CHIME -que vienen explicados por lo ítems correspondientes- a su vez se subsumen en un único factor general de recuperación personal. Por tanto, si bien la decisión teniendo en cuenta los criterios matemáticos, sugiere la selección del modelo más parsimonioso, es decir, la unidimensionalidad del instrumento, el criterio de decisión en base a criterios más teóricos propondría la consideración de la multidimensionalidad del REE. Dada que la conceptualización del modelo de recuperación personal no es única y sigue en desarrollo (Leonhardt et al., 2017), se ha considerado que, habiendo obtenido unos índices adecuados en estos modelos más complejos, sería interesante apoyar y sumar evidencias a los modelos conceptuales actuales, como es el CHIME. Como consecuencia, a través de este estudio se concluye que la versión española del instrumento REE es capaz de diferenciar entre las cinco dimensiones propuestas por el CHIME, y además permite la evaluación del modelo de recuperación teniendo en cuenta un indicador global del mismo.

Todos los resultados presentados en los distintos capítulos de la presente tesis muestran como la adaptación española del REE (Cuestionario de Evaluación del Desarrollo de Entornos Favorables de la Recuperación), es un instrumento adecuado psicométricamente para ser utilizado en la evaluación del modelo de recuperación personal tanto a nivel individual como respecto a la orientación de los servicios. Además, y a pesar de que en la literatura existen instrumentos que evalúan distintas dimensiones de la recuperación, el REE es una herramienta que muestra especifidad al marco conceptual más utilizado para la recuperación personal (CHIME; Leamy et al., 2011).

Es importante contar con instrumentos de medida adecuados y validados para llevar a cabo una evaluación efectiva que permita tomar decisiones en base a los resultados obtenidos, pero al mismo tiempo también es necesario que los clínicos cuenten con herramientas sencillas y prácticas que les ayuden a interpretar dichos resultados. Por

tanto, en el capítulo 8 de la presente tesis se han desarrollado dos metodologías útiles para interpretar los resultados de dos de las cuatro subescalas que componen el instrumento REE. En este sentido, se han considerado las dimensiones de 'clima organizacional' y 'marcadores de recuperación', debido a que son estas las subescalas más relacionadas con la evaluación clínico-asistencial. A este respecto, la dimensión del 'clima organizacional' proporciona información interesante respeto a la orientación de los servicios hacia el modelo de recuperación, y sirve como apoyo en procesos de cambio organizativo introduciendo la opinión o perspectiva de los usuarios. Por otra parte, la subescala de `marcadores de recuperación´ es considerada como un índice de evolución en el proceso de recuperación individual de cada usuario.

La primera metodología propuesta permite comparar la respuesta clínica de un usuario tras una intervención, en función de unos estándares de referencia que han sido calculados a partir de muestras representativas, es decir, creando baremos. Estos datos aportan información sobre la posición relativa de un usuario respecto a su grupo de referencia teniendo en cuenta el sexo y el centro asistencial en el que es atendido. La segunda herramienta presentada, se trata del cálculo del Índice de Cambio Fiable (ICF) propuesto por Jacobson y Truax (1991) que permite conocer la mejora necesaria que debe alcanzar un usuario para poder considerar que el cambio realizado es clínicamente relevante, -si supera el punto de corte-, y estadísticamente significativo,- considerando la diferencia mínima de cambio (Iraurgi, 2010)-, y ello teniendo en cuenta el sexo y el centro asistencial o el grupo de edad al que pertenecen. Además, esta metodología permite clasificar los cambios en una taxonomía que hace referencia al logro alcanzado permitiendo una diferenciación del progreso del evaluado como "recuperado", "mejorado", "no cambio" o "deteriorado" (Evans et al., 1998). Para una mejor comprensión de ambas técnicas revisar los ejemplos prácticos del capítulo "Evaluación de la recuperación en salud mental grave: Baremos, puntos de corte y criterios de valoración del REE" (véase capitulo 8 apartado de discusión).

Asimismo, destacar que la utilización de estas metodologías o técnicas con instrumentos de medida estandarizadas ofrece a los profesionales la posibilidad de tomar decisiones en base a los datos proporcionados por los propios usuarios que reciben el tratamiento y acuden a los servicios. Existen estudios que muestran que los clínicos tienden a tener una visión optimista del proceso que llevan a cabo sus propios pacientes (Walfish et al., 2012), por lo que el uso de este tipo de herramientas ayuda al profesional en la toma de decisiones y en la detección de aquellos posibles usuarios que estuvieran teniendo una evolución negativa en su proceso de recuperación (Lambert, 2012). Ello

permite tomar medidas anticipadas o considerar un cambio en las estrategias aceptadas hasta dicho momento como las más adecuadas para apoyar a la persona en su proceso personal. Además, este mismo criterio o idea podría explicarse también en la implementación y valoración de los cambios organizativos dentro de los servicios hacia el modelo de recuperación.

Igualmente, una vez considerado el REE como un instrumento adecuado, y proporcionado herramientas que permiten su utilidad práctica, en el capítulo 9 de la presente tesis se ha procedido a llevar a cabo la valoración de la recuperación de las personas usuarias del Programa Trastorno Mental Grave de la Red de Salud Mental de Bizkaia, y la orientación de los servicios que les atienden. Las personas usuarias de estos servicios han valorado como aspectos importantes de la recuperación algunos elementos que ya han sido previamente contemplados por otros estudios (Andresen et al., 2003; Leamy et al., 2011; Resnick, Fontana, Lehman, & Rosenheck, 2005; Schrank & Slade, 2007): la mejora de la salud y bienestar, contar con profesionales que se preocupen, tener esperanza y sensación de que la vida tiene sentido, y ser capaz de controlar y manejar los síntomas de la enfermedad.

Sin embargo, si se tiene en cuenta las diferencias entre experiencia percibida y la importancia otorgada en relación a los 24 elementos de recuperación que componen el REE, las discrepancias negativas más relevantes han sido las siguientes: “participar en la sociedad y que les vaya bien al hacerlo”; “tener cubiertas las necesidades básicas teniendo en cuenta la obtención de unos ingresos económicos básicos, un alojamiento y la atención sanitaria necesaria”; “tener esperanza”; y “poseer unos buenos ejemplos a seguir”. Esta puntuación diferencial puede tomarse como un indicador interesante para conocer posibles aspectos a mejorar dentro de los servicios de salud mental. Además, en este mismo estudio se ha mostrado cómo una discrepancia positiva entre experiencia e importancia atribuida podría asociarse con una mayor recuperación personal. Es decir, aquellos usuarios que valoran que su experiencia está por encima de la importancia que le dan a los elementos de la recuperación, tienden a tener puntuaciones más altas en relación a su recuperación personal.

Asimismo, existe una correlación entre la recuperación personal, la cual recoge aspectos relacionados con el modelo de recuperación personal, y la recuperación clínica, que hace referencia a la dimensión sintomatológica. Esta correlación es además mediada por la variable estigma internalizado. Es decir, a mayor recuperación personal las personas experimentan una mayor reducción de los síntomas de la enfermedad mental. Al

mismo tiempo el estigma que perciben estas personas media esta relación, donde éste se relaciona de forma negativa y en mayor medida con los "marcadores de recuperación" y en sentido positivo, aunque con un efecto menor con el "índice sintomatológico". Todo ello convergería con los resultados observados por Rossi y su equipo (2018) quienes encontraron en su estudio asociación entre aspectos de la recuperación personal y clínica, además de una correlación positiva entre el auto-estigma y el índice global de sintomatología positiva y negativa, proponiendo que la inclusión y consideración de factores de recuperación subjetivos y objetivos mejorarían la evaluación y elección de los tratamientos más adecuados. Del mismo modo, el grupo de Vass (2015) llevó a cabo un estudio longitudinal donde demostró que el estigma predice la recuperación clínica como personal. Sin embargo, otros estudios han indicado que no existe correlación entre ambos tipos de recuperación, pero sugieren que podrían considerarse como procesos complementarios (Roe et al., 2011).

10.2. Posibles implicaciones prácticas posteriores

Tras el análisis anterior de los resultados obtenidos en relación al modelo de recuperación personal y con el objetivo de llevar a cabo prácticas orientadas hacia esta perspectiva, se van a proponer dos implicaciones prácticas que podrían ayudar a los servicios y a los usuarios de los mismos a trabajar siguiendo las directrices de este modelo extendido en el ámbito de la salud mental.

Cuatro elementos del constructo de recuperación han resultado destacables por la discrepancia entre el valor que se les otorga en la recuperación y la experiencia vivida por los participantes valorada en los ítems "participar en la sociedad y que les vaya bien al hacerlo", "tener cubiertas las necesidades básicas", "tener esperanza" y "buenos ejemplos a seguir" (presentadas en más detalle en el Capítulo 9). A este respecto, se considera que podría ser interesante la incorporación de agentes de apoyo mutuo o *peer support,* usuarios con experiencia personal en el proceso de recuperación y en la utilización de los servicios, que son incorporados como personal de los mismos para ayudar y apoyar a otras personas que se encuentran en el proceso hacia la recuperación (Davidson, Chinman, et al., 2006; Solomon, 2004). Debido a que estos trabajadores podrían mejorar algunos de estos aspectos de forma directa (promoción de la esperanza y los ejemplos a seguir), y otros de forma indirecta (la participación en la sociedad y la adquisición de las necesidades básicas sobre todo esto para estas personas que obtienen un trabajo remunerado).

Además, este tipo de programas ha sido implementando a nivel internacional (Puschner et al., 2019) con la intención de promover la participación activa de las personas con TMG en su proceso de recuperación, obteniendo resultados favorables en diferentes áreas como la auto-eficacia (Mahlke et al., 2017), el empoderamiento, el funcionamiento social, la esperanza o la reducción del estigma (Repper & Carter, 2011). Estos beneficios no solo han sido reportados por los usuarios de los servicios, sino que también han tenido un efecto positivo en estos trabajadores y expertos en recuperación, ya que mejoran aspectos como la sensación de control y pertenencia a la sociedad, la esperanza o su propia habilidad para poder realizar cambios en sus vidas (Davidson et al., 2012; Moran et al., 2012).

Asimismo, el propio estudio llevado a cabo en la presente tesis ha podido dar muestra de los beneficios que supone la inclusión de estas personas en las diferentes iniciativas llevadas a cabo por los servicios. En la implementación del trabajo de campo se ha contado con usuarios de la Red de Salud Mental de Bizkaia para realizar la función de entrevistadores, ya que se consideró que entre ellos existe una mayor comprensión de sus experiencias, a la vez que conocer otras personas que se encuentran en el proceso de recuperación puede reportar beneficios a ambos. Además, estos cuatro entrevistadores reportaron que fue una experiencia muy positiva a la vez que enriquecedora.

Por otro lado, favorecer la toma de decisiones compartida entre profesionales y usuarios, es una perspectiva afin con el modelo de recuperación personal (Alguera-Lara et al., 2017), ya que promueve una comunicación horizontal entre ambos, donde el clínico proporciona información sobre la situación de la enfermedad y explica las distintas posibilidades del tratamiento, una vez que se asegura de que la información es comprendida por el usuario, éste puede hacer explicitas sus preferencias para llevar a cabo una decisión en consenso entre ambos (Elwyn et al., 2012). Es decir, se deja de lado el estilo de comunicación más paternalista, donde el clínico toma las decisiones en relación al tratamiento de sus pacientes. Esta práctica ha sido asociada con distintos aspectos que promueven el proceso de recuperación (Loos et al., 2017), como son una mayor satisfacción en la relación con los profesionales que les atienden (Matthias, Salyers, Rollins, & Frankel, 2012) o un aumento en la adherencia del tratamiento, debido a que la congruencia entre la involucración en las decisiones que esperan y experimentan provoca una mayor adherencia y responsabilidad hacia el mismo (Huang, Plummer, Lam, & Cross, 2019). Además, se trata de un tipo de comunicación que puede integrarse en los programas actuales de recuperación (Paudel et al., 2018), y puede que por ello sea cada vez más utilizada en los servicios de salud mental. Esta idea fue contrastada a nivel

Europeo en un estudio reciente llevado a cabo por el grupo de Luciano (2019), donde también observaron que a la hora de utilizar esta estrategia, los profesionales tienen en cuenta el nivel de funcionamiento global que tienen los usuarios más que la gravedad de los síntomas, debido a que el buen funcionamiento y autonomía que pueda tener la persona aumenta la posibilidad de participación.

En este apartado se han querido destacar estas dos posibles estrategias que los servicios de salud mental pueden adquirir con el objetivo de aumentar el rol activo de los usuarios, y orientarse hacia el modelo de recuperación. Es verdad que existen otras estrategias relacionadas con la implementación de este modelo, algunas de ellas mencionadas en el capítulo 2 en el apartado sobre modelos o intervenciones que favorecen el modelo de recuperación. Sin embargo, se han considerado estas dos como las más interesantes debido a que los agentes de apoyo mutuo se adecúan a las discrepancias más destacadas entre la experiencia y la importancia de los elementos de recuperación personal. Mientras que la toma de decisiones compartida se ha considerado un aspecto que no requiere de una gran cantidad de recursos, pero si es una estrategia afín con el modelo de recuperación y puede reportar grandes beneficios a los usuarios de los servicios. Ello se debe a que les permite adquirir ciertas responsabilidades y empoderamiento en su propio proceso, pasando así de ser sujetos pasivos a activos.

10.3. Limitaciones

El estudio presenta ciertas limitaciones que han de ser tenidas en cuenta a la hora de considerar los resultados y llevar a cabo otras posibles investigaciones. En primer lugar, señalar que se trata de un estudio transversal, por lo no puede establecerse causalidad en los resultados obtenidos.

El diseño de captación muestral ha permitido llevar a cabo un muestreo aleatorio estratificado simple proporcional, considerando la distribución por género, rango de edad y centro asistencial de referencia de los usuarios en el Programa de Trastorno Mental Grave de la Red de Salud Mental de Bizkaia. La muestra obtenida en la presente tesis representa un error de muestro del 5,1%, teniendo en cuenta un intervalo de confianza del 95%, lo que garantizaría la representatividad de la misma. Sin embargo, la reposición de usuarios debido al incumplimiento de los criterios de inclusión o debido a la negativa a participar en el estudio ha sido muy elevada, ya que 417 usuarios no participaron como consecuencia de que sus profesionales de referencia consideraron que se encontraban en una situación de inestabilidad psicopatológica y 175 no acccedieron a participar tras

haber recibido la información acerca del mismo. Este hecho puede estar generando un posible sesgo de selección característico de este tipo de estudios, ya que los participantes del mismo son los usuarios más proclives a colaborar y en general serán también los menos graves.

Por otro lado, en relación al instrumento REE cabría señalar la falta de estudios existentes en relación a sus propiedades psicométricas. Debido a que solo se encuentra disponible información sobre la validez de contenido, la consistencia interna y el tiempo estimado para el cumplimiento del mismos (Ridgway & Press, 2004), no ha sido posible llevar a cabo la comparación de muchas de las evidencias de adecuación psicométrica obtenidas en el presente estudio con datos de otras muestra o adaptaciones del instrumento.

A pesar de que se ha obtenido una muestra representativa de la población de usuarios en el programa de trastorno mental grave de la Red de Salud Mental de Bizkaia, en el capítulo 8 a la hora de calcular los baremos algunos de los estratos han quedado sin cubrir debido al número limitado de usuarios en los mismos. Esta carencia de efectivos haría difícil la referencia de una norma en el caso de que en la práctica pudiera aparecer algún caso con dichas características.

Por último, es importante tener en cuenta que los datos recogidos son representativos de los usuarios que acuden a los centros de salud mental de Bizkaia. Por lo que los resultados en relación a algunos aspectos como el clima organizacional o la experiencia de los usuarios sobre cómo se llevan a cabo los distintos componentes son específicos de estos servicios. Y no disponemos de datos que nos permitan comparar estos resultados con otros aplicados en otros entornos o contextos culturales.

10.4. Lineas futuras

Los resultados obtenidos en el proceso de adaptación al castellano y valoración de las evidencias de validez psicométrica del REE realizadas en esta tesis permiten proponer ese instrumento como una herramienta viable y adecuada para la valoración del proceso de recuperación de personas y servicios adscritos a los programas de asistencia en salud mental grave.

A este respecto, y dado que el propósito de los servicios de salud mental es promover el modelo de recuperación a través de distintos aspectos, como la participación activa de los usuarios en su proceso o la toma de decisiones compartida entre profesionales y usuarios,

sería interesante llevar a cabo otra pasación del instrumento que permita valorar el progreso de los servicios hacia esta perspectiva de la recuperación. Este es un instrumento pensado para su utilización en cambios organizativos, ya que la comparación de los resultados obtenidos permitiría la posibilidad de detectar si ha habido una mejora en la implementación de los distintos elementos considerados por los usuarios como importantes para su proceso de recuperación, y si estos han sido promovidos de forma eficaz en los programas de los servicios de salud mental. Por lo que los resultados en un tiempo 2 proporcionarían información útil, que ayudaría a decidir si las líneas de trabajo actuales son adecuadas en relación al modelo de recuperación, o si por el contrario, hubiera que replantear nuevas directrices para la mejora de otros aspectos. En definitiva, la adaptación del REE permite disponer de una herramienta que pudiera ser implementada en los protocolos de valoración de la recuperación de personas en tratamiento en los servicios de atención socio-sanitaria. A este respecto, se sugiere la aplicación completa del REE en sus cuatro subescalas al inicio de todo proceso de acogida al sistema de atención y de forma periódica, cada año o dos años para valorar la evolución global. No obstante, el instrumento ofrece en dos de sus subescalas dos indicadores de rápida administración que constituyen un criterio válido para la valoración individual –los 'marcadores de recuperación'– y de los servicios –'clima organizacional'–. Estas dos subescalas podrían ser utilizadas de forma independiente y a conveniencia del clínico para la valoración de determinados hitos o como indicadores de resultado ante una intervención específica, por ejemplo.

Por otro lado, y como se ha mencionado en el apartado de limitaciones, la reposición de la muestra ha sido un aspecto importante a tener en cuenta. La administración protocolizada y global del REE en un sistema de atención socio-sanitaria permitiría la valoración del total de la población diana y, por tanto, la creación de un baremo formal y normativo del colectivo al cual se adscribirían todas las casuísticas posibles, conformado un marco de referencia para la valoración de cualquier caso que pudiera ser atendido. A este respecto, la comparación de los aspectos clínicos recogidos de forma rutinaria en los servicios salud mental, como son el HoNOS, ICG, GAF o el EuroQol, con las puntuaciones obtenidas en estas escalas por los usuarios que han participado en el presente estudio proporcionaría información interesante. De esta forma, se podría conocer si los participantes del estudio tienen unas puntuaciones distintas en alguna de las variables al resto de usuarios atendidos en los servicios, y si son personas con una menor sintomatología y consecuentemente quizás en etapas más avanzadas del proceso de recuperación.

En el último trabajo (capitulo 9) se ha presentado la correlación entre las distintas variables y el rol mediador que adquiere el autoestigma en la relación entre el proceso de recuperación personal y la recuperación clínica. Esta relación podría sugerir nuevas claves en este campo de estudio, ya que la inclusión de otras variables relacionadas a la percepción del estigma internalizado podría arrojar resultados interesantes en el área de estudio.

Por último, la longitud del instrumento REE hace que sean necesarios unos 40-45 minutos aproximadamente para su cumplimentación, por lo que se trata de una herramienta extensa para su utilización de forma habitual. En este sentido, sería interesante crear una versión reducida del mismo, eliminando algunos de sus ítems. La alta consistencia interna de las distintas subscalas y los valores de alfa Cronbach obtenidos si se elimina elemento de los ítems, sugirieren la posibilidad de poder reducir el número de los mismos. Además, podría ser viable suprimir algunos de los ítems que hacen referencia a la experiencia percibida en relación a los distintos componentes de la recuperación, es decir, en vez de que la subescala posea 3 ítems por cada uno de los componentes sería interesante quedarse con aquel que sea más representativo. En este sentido, la versión reducida del REE podría ser cumplimentada de forma sencilla y en periodos de tiempo más cercanos, permitiendo así la evaluación de las posibles actuaciones de mejora implantadas en los servicios de salud mental.

11. Conclusions
Conclusiones

11.1. Spicific objective 1: Evidence of psychometric adequacy of REE´s Spanish adaptation.

- Evidence of the psychometric suitability of the Spanish adaptation of the REE instrument is presented. This instrument is the first one that has been validated in Spanish and that comprehensively evaluates the personal recovery model at an individual level, as well as evaluating the orientation of mental health services. Thus, since we have reached the goal of adapting the REE into Spanish, we now have the opportunity to offer the clinical and scientific community this instrument, as a tool to assess both the recovery process of the users of mental health services and the functioning of services, and therefore, potential organizational change processes can be guided.
- The dimensions of the REE have reached values of internal consistency that are greater than .90, and the correlation between the evaluated variables has shown that people that get the highest scores in personal recovery are those who present less severity and those who perceive greater functionality and quality of life.
- The factor analyses of the REE point out the unidimensionality of each section of the scale (importance of the recovery elements, experience of the recovery elements and recovery programmes, organizational climate and recovery markers). Allowing the use of four independent indexes for the assessment of the recovery process in the case of people with severe mental illness.

11.2. Specific Objective 2: Adequacy of the factor structure of the REE instrument, considering the CHIME conceptual framework as a theoretical basis.

- The CHIME conceptual framework (Leamy et al., 2011), which refers to the dimensions of social connection, hope and optimism for future, identity, meaning of life and empowerment, is the most widely accepted framework for understanding personal recovery. In this sense, the REE instrument has proved to be a valid instrument for the assessment of personal recovery, since it has been verified taking into account the model proposed by CHIME.

  Through the codification carried out by five experts, who have considered that the 24 elements evaluated by the REE are associated with the different dimensions of the CHIME conceptual framework, the existence of a high level o interjudge agreement has been observed. These results can be considered as evidence of the apparent and

content validity of the REE, although it would be convenient to replicate this procedure in future studies using other Spanish samples, in order to verify its consistency.

- The model obtained by the interjudge agreement has been tested by various confirmatory and exploratory analyses, where complex structural models such as the second-order model and bi-factorial model have shown a better fit. The results allow us to accept that REE is an instrument that offers the possibility of creating a single index of personal recovery taking the 24 elements into account, while these components can be differentiated in the five dimensions proposed by the CHIME framework.

11.3. Specific Objective 3: Normative data, cut-off points and assessment criteria of the REE scale for individual cases.

- Once the suitability of the REE instrument to assess the theoretical model of recovery and to serve as an indicator of this construct has been corroborated. The research data -based on a representative sample of people recovering from a serious mental illness at the mental health services in Biscay- is processed, in order to provide the clinical community with a useful tool for assessment and decision making.
- In this regard, two methodologies are provided for clinical application, taking normative data and the Reliable Change Index into account. They are provided as instruments to carry out the assessment of the individual recovery process of the users that they attend (recovery markers), as well as to collect information regarding the orientation of the services they are working at (organizational climate). Both techniques can assist the clinician when making therapeutic and organizational decisions, not only taking into account the clinician's personal judgment as the person responsible for the case, but also considering the opinion of the users themselves, collected through the REE instrument.
- The normative data -constructed according to the classification by gender, age and assistance resource-, allow knowing and comparing the relative position of a user with respect to their reference group.
- The Reliable Change Index (RCI) allows knowing if a user is above or below the cut-off point indicating functionality. And also, it allows knowing if the change that is being made is statistically significant or not. The combination of these two criteria makes it El Índice Fiable de Cambio (ICF) permite conocer si un usuario se encuentra por encima o por debajo del punto del corte que indica funcionalidad, además de poder

conocer si el cambio que está llevando a cabo es estadísticamente significativo o no. La possible to classify the individual's evolution as recovered, improved, unchanged or deteriorated.

11.4. Specific Objective 4: To evaluate the recovery process and the association of variables that influence this process.

- The components that are valued by users of RSMB services as the most important for the personal recovery process are consistent with the aspects of recovery considered in previous investigations. These components make reference to improving health and well-being, being assisted by professionals that are concerned with users' recovery, having hope and a sense of meaning in life, being able to manage and control the symptoms of the disease, and having their basic needs met.
- The major discrepancies found between the importance and the experience of the recovery elements suggest different areas of improvement within mental health services, such as improving the participation of these people in society and making sure they are doing well when participating, covering basic needs, promoting hope and having good examples to follow.
- In addition, the factorial structure tested through this study has shown that a positive discrepancy between the experience and the importance of different elements of recovery tends to predict a personal recovery, which in turn is negatively associated with clinical recovery. It is a relationship that is mediated by internalized stigma, which is positively associated with the symptomatological index and negatively associated with the markers of personal recovery.
- Finally, the socio-demographic variables of gender, age and time in treatment have not proved to be predictive of either clinical recovery or symptomatological index nor personal recovery or recovery markers.

11.1. Objetivo específico 1: Evidencias de adecuación psicométrica de la adaptación española de REE

- Se aportan evidencias de la idoneidad psicométrica de la adaptación española del instrumento REE, traducido como *'Cuestionario de Evaluación del Desarrollo de Entornos Favorables para la Recuperación'*, siendo este el primer instrumento validado al castellano que evalúa de forma integral el modelo de recuperación personal, tanto a nivel individual como la orientación de los servicios de salud mental. De este modo, y alcanzado el propósito de adecuación al castellano del REE, nos hallamos ante la oportunidad de ofrecer a la comunidad clínica y científica este instrumento como herramienta para la evaluación del proceso de recuperación de los usuarios, así como para evaluar el funcionamiento de los servicios y guiar posibles procesos de cambio organizativo.
- Las distintas dimensiones alcanzan valores de consistencia interna superiores a .90, así como la correlación entre las variables evaluadas ha mostrado como las personas que puntúan más alto en recuperación personal son las que menos gravedad presentan y las que mayor funcionalidad y calidad de vida perciben.
- Los análisis factoriales del REE apuntan a la existencia unidimensional de cada una de las secciones del instrumento (importancia de los elementos de recuperación, experiencia de los componentes de la recuperación y programas y servicios que la favorecen, clima organizacional y marcadores de recuperación), permitiendo la utilización de cuatro índices independientes en la valoración del proceso de recuperación en personas con enfermedad mental grave.

11.2. Objetivo específico 2: Adecuación de la estructura factorial del instrumento REE considerando el marco conceptual CHIME como base teórica

- El marco conceptual CHIME (Leamy et al., 2011), que hace referencia a las dimensiones de conexión social, esperanza y optimismo hacia el futuro, identidad, significado de vida y empoderamiento, es el más aceptado para entender la recuperación personal. En este sentido, el instrumento REE se ha mostrado como una herramienta válida para la evaluación de la recuperación personal, debido a que ha sido verificado teniendo en cuenta el modelo propuesto por CHIME.

  A través de la codificación llevada a cabo por cinco expertos que han considerado cómo los 24 elementos evaluados por el REE se asocian a las distintas dimensiones y

subdimensiones del marco conceptual CHIME, se ha observado la existencia de un alto acuerdo interjueces. Estos resultados pueden ser considerados como una evidencia de la validez aparente y de contenido del REE, si bien sería conveniente replicar este procedimiento en futuros estudios con muestras españolas para ratificar su consistencia.

- El modelo obtenido por el acuerdo interjueces ha sido sometido a distintos análisis factoriales confirmatorios donde los modelos estructurales complejos, el modelo de segundo orden y el bi-factorial, han demostrado un mejor ajuste. Los resultados observados permiten aceptar que el REE es un instrumento que ofrece la posibilidad de crear un único indicador de recuperación personal teniendo en cuenta los 24 elementos, al mismo tiempo que éstos pueden diferenciarse en las cinco dimensiones propuestas por el marco conceptual CHIME.

11.3. Objetivo específico 3: Baremos, puntos de corte y criterios de valoración del REE para casos individuales

- Una vez corroborada la adecuación e idoneidad del instrumento REE para valorar el modelo teórico de la recuperación y servir como indicador de valoración de dicho constructo, los datos del estudio –basados en una muestra representativa de personas con enfermedad mental grave en proceso de recuperación de la provincia de Bizkaia– se procesan con objeto de ofrecer a la comunidad clínica una herramienta operativa para la evaluación y toma de decisiones.
- A este respecto, se proporcionan para su aplicación clínica dos metodologías, basadas en la baremación y uso del Índice de Cambio Fiable, como herramientas para llevar a cabo la evaluación del proceso individual de recuperación de los usuarios que atienden (marcadores de recuperación), así como recoger información respecto a la orientación de los servicios en los que trabajan (clima organizacional). Ambas técnicas pueden ayudar al clínico a la hora de tomar las decisiones terapéuticas y a nivel organizativo, teniendo en cuenta no solo su juicio como responsable del caso, sino también la opinión de los propios usuarios recogida a través del instrumento REE.
- Los baremos –construidos atendiendo a la clasificación por sexo, edad y recurso asistencial–, permiten conocer y comparar la posición relativa de un usuario respecto a su grupo de referencia. combinación de estos dos criterios posibilita clasificar la evolución del individuo como: recuperado, mejorado, no cambio o deteriorado.

11.4. Objetivo específico 4: Evaluar el proceso de recuperación y la asociación de variables que influyen en dicho proceso

- Los componentes valorados como más importantes para el proceso personal de recuperación por los usuarios de los servicios de la RSMB son congruentes con los aspectos de la recuperación considerados en investigaciones previas. Estos hacen referencia a la mejora de la salud y el bienestar, contar con la ayuda de profesionales preocupados por su recuperación, tener esperanza y sensación de que la vida tiene sentido, ser capaz de manejar y controlar los síntomas de la enfermedad, y tener las necesidades básicas cubiertas.
- Las mayores discrepancias encontradas entre la importancia y experiencia de los elementos de recuperación, sugieren diferentes áreas de mejora dentro de los servicios de salud mental, como son la mejora de la participación de estas personas en la sociedad y que les vaya bien cuando lo hagan, la cobertura de las necesidades básicas, promover la esperanza y buenos ejemplos a seguir.
- Además, la estructura factorial probada a través de este estudio ha mostrado como una discrepancia positiva entre la experiencia y la importancia de los distintos elementos de la recuperación tiene una tendencia a predecir la recuperación personal, la que a su vez se asocia de forma negativa con la recuperación clínica, relación que es mediada por el estigma internalizado, que se asocia de forma positiva con el índice sintomatológico y de forma negativa con los marcadores de recuperación personal.
- Por último, las variables sociodemográficas de sexo, edad y tiempo en tratamiento no han resultado ser predictoras de la recuperación clínica o índice sintomatológico ni de la recuperación personal o los marcadores de recuperación.

12. Referencias

A

Acquadro, C., Conway, K., Giroudet, C., & Mear, I. (2004). *Linguistic Validation Manual for Patient-Reported Outcomes (PRO) Instruments*. Lyon: Mapi resea.

Ajuriaguerra, J. (1983). *Plan de Asistencia Psiquiatrica y Salud Mental*. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco Servicio Central de Publicaciones.

Alguera-Lara, V., Dowsey, M. M., Ride, J., Kinder, S., & Castle, D. (2017). Shared decision making in mental health: the importance for current clinical practice. *Australasian Psychiatry*, *25*(6), 578–582. https://doi.org/10.1177/1039856217734711

Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *37*, 586–594.

Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2006). Stages of recovery instrument: Development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*, 972–980.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*(4), 11–23. https://doi.org/10.1037/h0095655

American Psychiatric Association. (2002). *DSM IV TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Texto revisado*. Barcelona: Masson.

Armstrong, N. P., & Steffen, J. J. (2009). The recovery promotion fidelity scale: Assessing the organizational promotion of recovery. *Community Mental Health Journal*, *45*(3), 163–170. https://doi.org/10.1007/s10597-008-9176-1

Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2012). *Hacia una reformulación de la rehabilitación psicosocial.* Madrid: Cuadernos Técnicos.

Ayres, J., Fegan, T., & Noak, J. (2015). Measuring Recovery Orientation in a Forensic high-secure Hospital. *British Journal of Mental Health Nursing, 4*(1), 26–30. https://doi.org/10.12968/bjmh.2015.4.1.26

B

Barber, M. E. (2012). Recovery as the new medical model for psychiatry. *Psychiatric Services*, *63*(3), 277–279. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100248

Bass, H., Tickle, A., & Lewis, N. (2014). The recovery-orientation of three mental health units. *Mental Health Review Journal*, *19*(3), 163–175. https://doi.org/10.1108/MHRJ-11-2013-0036

Bauer, A., Evans-Lacko, S., & Knapp, M. (2019). Valuing recovery-oriented practice at the interface between mental health services and communities: The role of organisational characteristics and environments. *International Journal of Social Psychiatry*, *65*(2), 136–143. https://doi.org/10.1177/0020764019831319

Baxter, E. A., & Diehl, S. (1998). Emotional Stages: Consumers and family members recovering from the trauma of mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *21*(4), 349–355.

Bedregal, L. E., O'Connell, M., & Davidson, L. (2006). The Recovery Knowledge Inventory: Assessment of Mental Health Staff Knowledge and Attitudes about Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *30*(2), 96–103. https://doi.org/10.2975/30.2006.96.103

Beeble, M. L., & Salem, D. A. (2009). Understanding the phases of recovery from serious mental illness: The roles of referent and expert power in a mutual-help setting. *Journal of Community Psychology*, *37*(2), 249–267. https://doi.org/10.1002/jcop20291

Bellack, A. S. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*, *32*(3), 432–442. https://doi.org/10.1093/schbul/sbj044

Belloso, J. J. (2012). Intervención Psicoterapéutica en el Trastorno Mental Grave. *Clínica Contemporánea*, *3*(1), 3–23. https://doi.org/10.5093/cc2012a1

Bengochea-seco, R., Arrieta-rodríguez, M., Fernández-modamio, M., Santacoloma-Cabero, I., Gomez de Tojeiro-Roce, J., García-Polavieja, B., … Gil-Sanz, D. (2016). Adaptación al español de la escala Mental Illness para valorar el estigma personal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 1–11. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.007

Bentler, P.M. (2006). *EQS 6 Structural Equations Manual*. Encino, CA: Multivariate Software, Inc.

Bhanbhro, S., Gee, M., Cook, S., Marston, L., Lean, M., & Killaspy, H. (2016). Recovery-based staff training intervention within mental health rehabilitation units: A two-stage

analysis using realistic evaluation principles and framework approach. *BMC Psychiatry*, *16*(1), 1-14. https://doi.org/10.1186/s12888-016-0999-y

Bird, V., Leamy, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2014). *REFOCUS (2th Edition): Prmoting recovery in mental health services*. London: Rethink Mental Illness.

Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*(7), 644–653. https://doi.org/10.1177/0004867413520046

Bloom, B. L., & Miller, A. (2004). *The Consumer Recovery Outcomes System (CROS 3.0): Assessing Clinical Status and Progress in Persons with Severe and Persistent Mental Illness*. Colorado Springs, Co: Colorado Health Networks.

Bobes, J., Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., & Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos psiquiatría clínica*. Barcelona: Psiquiatría Editores.

Bonifay, W. E., Reise, S. P., Scheines, R., & Meijer, R. R. (2015). When Are Multidimensional Data Unidimensional Enough for Structural Equation Modeling? An Evaluation of the DETECT Multidimensionality Index. *Structural Equation Modeling*, *22*(4), 504–516. https://doi.org/10.1080/10705511.2014.938596

Borkin, J. R., Steffen, J. J., Ensfield, L. B., Krzton, K., Wishnick, H., Wilder, K., & Yangarber, N. (2000). Recovery attitudes questionnaire: Development and evaluation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *24*(2), 95–102. https://doi.org/10.1037/h0095112

Boso, M., Brron, E., Secker, J., Pesenti, S., Morandotti, N., Orsi, P., … Politi, P. (2009). Using the DREEM-Italian version to evaluate the recovery-orientation of Pavia rehabilitative services. *European Psychiatry, 24 (suplemento 1)*, S569. Doi: 10.1016/S0924-9338(09)71102.

Bradshaw, W., Armour, M. P., & Roseborough, D. (2007). Finding a place in the world: The experience of recovery from severe mental illness. *Qualitative Social Work*, *6*(1), 27–47. https://doi.org/10.1177/1473325007074164

Brijnath, B. (2015). Applying the CHIME recovery framework in two culturally diverse Australian communities: Qualitative results. *International Journal of Social Psychiatry*, *61*(7), 660–667. https://doi.org/10.1177/0020764015573084

Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and

perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, *122*(1–3), 232–238. https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065

Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T., & Rosen, A. (2011). Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*(4), 267–280. https://doi.org/10.3109/00048674.2010.549996

C

Campbell-Orde, T., Chamberlin, J., Carpenter, J., & Leff, H. . (2005a). *Addendum to Measuring the Promise: A Compedium of Recovery Measures.* Cambridge, MA: Human Services Research Institute.

Campbell-Orde, T., Chamberlin, J., Carpenter, J., & Leff, H. . (2005b). *Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures Volume II* Cambridge, MA: Human Services Research Institute.

Campbell, J., Einspahr, K., Evenson, R., & Adkins, R. (2004). *Peer Outcomes Protocol (POP): Psychometric Properties of the POP*. University of Illinois Chicago.

Carpenter, W. T., & Kirkpatrick, B. (1988). The Heterogeneity of the Long-Term Course of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *14*(4), 645-652. https://doi.org/10.1093/schbul/14.4.645

Cavelti, M., Kvrgic, S., Beck, E. M., Kossowsky, J., & Vauth, R. (2012). Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-report instruments. *European Psychiatry*, *27*(1), 19–32. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.01.007

Chan, R. C. H., Mak, W. W. S., Chio, F. H. N., & Tong, A. C. Y. (2018). Flourishing with Psychosis: A Prospective Examination on the Interactions between Clinical, Functional, and Personal Recovery Processes on Well-being among Individuals with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin, 44*(4), 778-786. https://doi.org/10.1093/schbul/sbx120.

Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes, at least two to tango). *Social Science and Medicine*, *44*(5), 681–692. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3

Chen, E. Y. H., Tam, D. K. P., Wong, J. W. S., Law, C. W., & Chiu, C. P. Y. (2005). Self-

administered instrument to measure the patient's experience of recovery after first-episode psychosis: Development and validation of the Psychosis Recovery Inventory. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *39*(6), 493–499. https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2005.01609.x

Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer Support Services for Individuals With Serious Mental Illnesses: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, *65*(4), 429–441. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300244

Colton. T (1995). *Estadística en Medicina* (10º Edición). Barcelona: Piramide.

Copic, V., Deane, F. P., Crowe, T. P., & Oades, L. G. (2011). Hope, Meaning and Responsibility across Stages of Recovery fo Individuals Linving with an Enduring Mental Illness. *Australian Journal of Rehabilitation Counselling, 17*(2), 61-73. http://dx.doi.org/10.1375/jrc.17.2.61

Corlett, H., & Miles, H. (2010). An evaluation of the implementation of the recovery philosophy in a secure forensic service. *British Journal of Forensic Practice*, *12*(4), 14–25. https://doi.org/10.5042/bjfp.2010.0611

Corrigan, P. W., Gifford, D., Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a Psychological Construct. *Community Mental Health Journal*, *35*(3), 231–239. doi:10.1023/A:1018741302682.

Corrigan, P. W., & Miller, F. E. (2004). Shame , blame , and contamination : A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health, 13*(6), 537-548. https://doi.org/10.1080/09638230400017004

Corriveau, D. P., & Sousa, S. (2013). Levels of recovery scale (LORS): Psychometric properties of a new instrument to assess psychotic symptoms and patient awareness. *Psychological Reports*, *113*(2), 435–440. https://doi.org/10.2466/03.07.02.PR0.113x20z0

Crowe, T. P., Deane, F. P., Oades, L. G., Caputi, P., & Morland, K. G. (2006). Effectiveness of a Collaborative Recovery Training Program in Australia in Promoting Positive Views About Recovery. *Psychiatric Services*, *57*(10), 1497–1500. https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.10.1497

D

Dalum, H. S., Waldemar, A. K., Korsbek, L., Hjorthøj, C., Mikkelsen, J. H., Thomsen, K., … Eplov, L. F. (2018). Participants' and staffs' evaluation of the Illness Management and Recovery program: a randomized clinical trial. *Journal of Mental Health*, *27*(1), 30–37. https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1244716

Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry*, *11*(2), 123–128. https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009

Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, *32*(3), 443–450. https://doi.org/10.1093/schbul/sbj043

Davidson, L., & McGlashan, T. H. (1997). The varied outcomes of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry, 42,* 34-43. https://doi.org/10.1177/070674379704200105

Davidson, L., O'Connel, M., Tondora, J., Styron, T., & Kangas, K. (2006). The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services*, *57*(5), 640–645. https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.5.640

Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, *36*(5), 480–487. https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480

Davidson, L., Ridgway, P., Schmutte, T., & O´Connell, M. (2009). Purposes and Goals of Service User Involvement in Mental Health Research. In J. Wallcraft, B. Schrank, & M. Amering (Eds.), *Handbook of Service User Involvement in Mental Heaklth Research* (pp. 87–98). Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Davidson, L., & Roe, D. (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, L., Roe, D., Andres-Hyman, R., & Ridgway, P. (2010). Applying stages of change models to recovery from serious mental illness: Contributions and limitations. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *47*(3), 213–221.

Davidson, L., & Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology, 65*(2), 131-140. https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1992.tb01693.x

Deegan, P. (1996). Recovery as a Journey of the Heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *19*(3), 91–97. https://doi.org/10.1037/h0101301.

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *11*(4), 11–19. https://doi.org/10.1037/h0099565

Deering, K., & Williams, J. (2018). What activities might facilitate personal recovery for adults who continue to self-harm? A meta-synthesis employing the connectedness/hope and optimism/identity/meaning/empowerment framework. *International Journal of Mental Health Nursing*, *27*(2), 483–497. https://doi.org/10.1111/inm.12387

Del Olmo, F. (2010). La recuperación de personas con trastorno mental grave. *Informaciones Psiquiátricas*, *201*(3), 237–257.

Delman, J., Clark, J. A., Eisen, S. V., & Parker, V. A. (2015). Facilitators and Barriers to the Active Participation of Clients with Severe Mental Illness in Medication Decision Making: The Perception of Young Adult Clients. Journal of Behavioural Health Services & Research, 42(2), 238-253. Doi: 10.1007/s11414-014-9431-x

Departamento de Salud Dirección General de Salud de Planificación y Evaluación. (2016). *Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña*. Catalunya: Departament de Salut.

Department of Health and Human Services. (1999). *A report of Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institute of Health, National Institute of Mental Health.

Dinnis, S., Roberts, G., Hubbard, C., Hounsell, J., & Webb, R. (2007). User-led assessment of a recovery service using DREEM. *Psychiatric Bulletin*, *31*, 408–410. https://doi.org/10.1192/pb.bp.10

Doyle, M., Logan, C., & Ludlow, A. (2012). Milestones to recovery: Preliminary validation of a framework to promote recovery and map progress through the medium secure inpatient pathway. *Criminal Behaviour and Mental Health, 22*, 53–64. https://doi.org/10.1002/cbm.818

Drapalski, A. L., Medoff, D., Unick, G. J., Velligan, D. I., Dixon, L. B., & Bellack, A. S. (2012). Assessing recovery of people with serious mental illness: Development of a new

scale. *Psychiatric Services*, *63*(1), 48–53. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100109

Drayton, M., Birchwood, M., & Trower, P. (1998). Early attachment experience and recovery from psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, *37*(3), 269–284. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1998.tb01385.x

Dumont, J., Ridgway, P., Onken, S., Doman, D., & Ralph, R. (2006). *Mental Health Recovery: What helps and what hinders? A National Research Project for the Development of Recovery Facilitating system performance indicators. Phase II technical report: Development of Recovery Oriented System Indicators (ROSI) measures to advance mental health system transformation*. Alexandria: National Technical Assistance Center for State Mental Health Planing.

Dunn, E. C., Wewiorski, N. J., & Rogers, E. S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: Results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *32*(1), 59–62. https://doi.org/10.2975/32.1.2008.59.62

E

Ellis, G., & King, R. (2003). Recovery focused interventions: Perceptions of mental health consumers and their case managers. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, *2*(2), 67–76. https://doi.org/10.5172/jamh.2.2.67

Ellison, M. L., Belanger, L. K., Niles, B. L., Evans, L. C., & Bauer, M. S. (2018). Explication and Definition of Mental Health Recovery: A Systematic Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *45*(1), 91-102. https://doi.org/10.1007/s10488-01

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., … Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, *27*(10), 1361–1367. https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-66-0767-9.

Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. Archives of General Psychiatry, 33*(6), 766-771*. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770060086012

Ensfield, L. B. (1998). *The Personal Vision of Recovery Questionnaire (PVQR): The*

development of a consumer-derived scale. Doctoral Thesis in the Cincinnati University.

EuroQol Group. (1990). EuroQol a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy, 16*(3), 199-208. doi: 10.1016/0168-8510(90)90421-9.

Evans, C., Margison, F., & Barkham, M. (1998). The contribution of reliable and clinically significant change methods to evidence-based mental health. *Evidence-Based Mental Health*, *1*(3), 70–72. https://doi.org/10.1136/ebmh.1.3.70

F

Färdig, R., Lewander, T., Melin, L., Folke, F., & Fredriksson, A. (2011). A Randomized Controlled Trial of the Illness Management and Recovery Program for Persons With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, *62*(6), 606-612. https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.6.606

Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, *41*(2), 141–158. https://doi.org/10.1007/s10597-005-2649-6

Firmin, R. L., Luther, L., Lysaker, P. H., Minor, K. S., & Salyers, M. P. (2016). Stigma resistance is positively associated with psychiatric and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Schizophrenia Research,* 175(1-3), 118-128. https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.03.008

Frese, F. J., Knight, E. L., & Saks, E. (2009). Recovery from schizophrenia: With views of psychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder. *Schizophrenia Bulletin*, *35*(2), 370–380. https://doi.org/10.1093/schbul/sbn175

Frost, B. G., Tirupati, S., Johnston, S., Turrell, M., Lewin, T. J., Sly, K. A., & Conrad, A. M. (2017). An Integrated Recovery-oriented Model (IRM) for mental health services: Evolution and challenges. *BMC Psychiatry*, *17*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-016-1164-3

G

Gee, M., Bhanbhro, S., Cook, S., & Killaspy, H. (2017). Rapid realist review of the evidence: achieving lasting change when mental health rehabilitation staff undertake recovery-oriented training. *Journal of Advanced Nursing, 73*(8), 1775-1791. https://doi.org/10.1111/jan.13232

Gifford, D., Schook, A., Woody, C., Vollendorf, C., Gervain, M. (1995). *Construction of a scale to measure consumer recovery.* Springfield, IL: Illinois Office of Mental Health.

Glajz, B. A., Deane, F. P., & Williams, V. (2017). Mental health workers' values and their congruency with recovery principles. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, *12*(1), 1-12. https://doi.org/10.1108/JMHTEP-08-2015-0036.

Gordon, S. E., Ellis, P. M., Siegert, R. J., & Walkey, F. H. (2013). Development of a self-assessed consumer recovery outcome measure: My voice, my life. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *40*(3), 199–210. https://doi.org/10.1007/s10488-012-0417-9

Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville: Rockville National Institute of Mental Health.

Guy, W. (2004). Escala de Impresión Clínica Global. In: J. Bobes, M.P. García-Portilla, M.T. Bascarán, P.A. Sáiz, & M. Bousoño (Eds.), *Banco de Instrumentos Básicos para la práctica de la Psiquiatría Clínica* (pp.137). Barcelona: Psiquiatría Editores.

H

Hambleton, R. K. (1996). Guidelines for adapting educational and psychological tests: A progress report. *European Journal of Psychological Assessment*, *10*(3), 229–244. https://doi.org/10.1027/1015-5759.11.3.147

Hancock, G. R. & Mueller, R. O. (2001). Rethinking construct reliability within latent variable systems. En R. Cudeck, S. du Toit & D. Soerbom (Eds.), *Structural equation modeling: Present and future. A festschrift in honor of Karl Jöreskog* (pp. 195-216). Lincolnwood, IL: Scientific Software International.

Happell, B. (2008). Determining the effectiveness of mental health services from a consumer perspective: Part 2: Barriers to recovery and principles for evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*, *17*(2), 123–130. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00520.x

Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987). The Vermont Longitudinal Study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, *144*(6), 718–726. https://doi.org/10.1176/ajp.144.6.718

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., … Alonso, J. (2006).

Prevalence of mental disorders and associated factors: Results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina Clinica*, *126*(12), 445–451. https://doi.org/10.1157/13086324

Haro, J. M., Kamath, S. A., Ochoa, S., Novick, D., Rele, K., Fargas, A., … Jones, P. B. (2003). The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: A simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplement*, *107*(416), 16–23. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.107.s416.5.x

Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., … Wiersma, D. (2001). Recovery from psychotic illness: A 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry, 178*(6), 506-517. https://doi.org/10.1192/bjp.178.6.506

Harrow, M., Jobe, T. H., & Faull, R. N. (2012). Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, *42*(10), 2145–2155. https://doi.org/10.1017/S0033291712000220

Herdman, M., Badia, X., & Berra, S. (2001). EuroQol-5D: a simple alternative for measuring health-related quality of life in primary care. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, *28*(6), 425–430. https://doi.org/10.1016/s0212-6567(01)70406-4

Higgins, A. (2008). *A Recovery Approach Within Irish Mental Health Services: A framework for Development*. Mental Health Commission.

Hopper, K., Blanch, A., Carpinello, S., Johnson, S., Knight, E., Kovasznay, B., & Krauss, A. (1996). *Rochester Recovery Inquiry*. Orangeburg, NY: Center for the Study of Public Issues in Mental Health.

Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, *6*(1), 1–55. https://doi.org/10.1080/10705519909540118

Huang, C., Plummer, V., Lam, L., & Cross, W. (2019). Perceptions of shared decision making in severe mental illness: An integrative review. In *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. https://doi.org/10.1111/jpm.12558

Hutton, B., Catalá-López, F., & Moher, D. (2016). La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. *Medicina Clinica*, *147*(6), 262–266. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.02.025

I

Iraurgi, I. (2008). Procedimientos metodológicos para la elaboración, adaptación y validación de instrumentos en psicología. In: Equipo EIF (Universidad de Deusto)(Eds.), Manual de Instrumentos de Evaluación familiar (pp.18-58). Madrid: Editorial CCS.

Iraurgi, I. (2010). Evaluación de resultados clínicos (y III): Índices de Cambio Fiable (ICF) como estimadores del cambio clínicamente significativo. *Norte de Salud Mental*, *8*(36), 105–122.

J

Jacobson, N. (2001). Experiencing Recovery: A Dimensional Analysis of Recovery Narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *40*(4), 248–256. doi: 10.1037/h0095087.

Jacobson, N., & Curtis, L. (2000). Recovery as Policy in Mental Health Services: Strategies Emerging from the States. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *23*(4), 333–341. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). *What is recovery? A conceptual model and explication*. *52*(4), 482-485. https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.482

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and. *Clinical Psychology*, *59*(1), 12–19. https://doi.org/00224006X/9

Jelles, F., Van Bennekom, C. A. M., Lankhorst, G. J., Sibbel, C. J. P., & Bouter, L. M. (1995). Inter- and intra-rater agreement of the rehabilitation activities profile. *Journal of Clinical Epidemiology*, *48*(3), 407–416. https://doi.org/10.1016/0895-4356(94)00152-G

Jerrell, J. M., Cousins, V. C., & Roberts, K. M. (2006). Psychometrics of the recovery process inventory. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, *33*(4), 464–473. https://doi.org/10.1007/s11414-006-9031-5

K

Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Kubinek, R., Vrdova, K., Mainerova, B., … Tichackova, A. (2016). Connection between self-stigma , adherence to treatment , and

discontinuation of medication. *Patient Preference and Adherence, 10*, 1289–1298. doi:10.2147/PPA.S99136.

Kochen, L. (2010). *Houselink Community Homes Recovery Survey*. Retrieved from: http://www.houselink.on.ca/wp-content/uploads/2011/03/2010-DREEM-Survey.pdf

Knudsen, K. J., Wingenfeld, S. (2016). A specialized Treatment Court for Veterans with Trauma Expousure: Implications for the field. *Community Mental Health Journal, 52*, 127-135. doi: 10.1007/s10597-0.15-9845-9

L

Laboube, J., Pruitt, K., George, P. R., Mainda, D., Gregory, W., Allen, B., … Klocek, J. (2012). Partners in change: Bringing people in recovery into the process of evaluating recovery oriented services. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *15*(3), 255–273. https://doi.org/10.1080/15487768.2012.703546

Lahera, G., Pérez-Fuster, V., Gálvez, J. L., Martínez, M., Sánchez, P., & Roca, M. (2016). ¿Es posible la recuperación funcional en la esquizofrenia?: Un análisis cuali-cuantitativo de la opinión de los psiquiatras. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, *44*(3), 97–106.

Lambert, M. J. (2012). Helping clinicians to use and learn from research-based systems: The OQ-analyst. *Psychotherapy*, *49*(2), 109–114. https://doi.org/10.1037/a0027110

Lascorz, D., López, V., Pinedo, C., Trujols, J., Vagué, J., & Pérez, V. (2016). Estudio psicométrico de la Escala de valoración de los Niveles de Atención Requerida para personas con Trastorno Mental Grave (ENAR-TMG). *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 1–12. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.008 1888-9891/

Lavin, D., & Ryan, P. (2012). Using quantitative research to measure recovery outcomes and correlates. *Irish Journal of Psychological Medicine*, *29*(3), 157–162. https://doi.org/10.1017/S0790966700017183

Law, H., Morrison, A., Byrne, R., & Hodson, E. (2012). Recovery from psychosis: A user informed review of self-report instruments for measuring recovery. *Journal of Mental Health*, *21*(2), 193–208. https://doi.org/10.3109/09638237.2012.670885

Law, H., & Morrison, A. P. (2014). Recovery in psychosis: A delphi study with experts by experience. *Schizophrenia Bulletin*, *40*(6), 1347–1355. https://doi.org/10.1093/schbul/sbu047

Le Boutillier, C., Chevalier, A., Lawrence, V., Leamy, M., Bird, V. J., Macpherson, R., … Slade, M. (2015). Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: A systematic review and narrative synthesis. *Implementation Science*, *10*(1). https://doi.org/10.1186/s13012-015-0275-4

Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance. *Psychiatric Services*, *62*(12), 1470–1476. https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011

Leamy, M., Clarke, E., Le Boutillier, C., Bird, V., Choudhury, R., MacPherson, R., … Slade, M. (2016). Recovery practice in community mental health teams: National survey. *British Journal of Psychiatry,209*(4), 340-346. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.160739

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

Leamy, M., Clarke, E., Le Boutillier, C., Bird, V., Janosik, M., Sabas, K., … Slade, M. (2014). Implementing a complex intervention to support personal recovery: A qualitative study nested within a cluster randomised controlled trial. *PLoS ONE*, *9*(5), 1-10. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097091

Leavy, R. L., McGuire, A. B., Rhoades, C., & McCool, R. (2002). Predictor of subjective quality of life in mental health consumers: Baseline results. In D. Roth (Eds.), *New Research in Mental Health* (Vol.15, pp. 331-335). Colombus, OH: Ohio Department in Mental Health.

Lemos-Giráldez, S., García-Alvarez, L., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., Vallina-Fernández, O., Vallejo-Seco, G., … Andresen, R. (2015). Measuring stages of recovery from psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, *56*, 51–58. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.09.021

Leonhardt, B. L., Huling, K., Hamm, J. A., Roe, D., Hasson-Ohayon, I., McLeod, H. J., & Lysaker, P. H. (2017). Recovery and serious mental illness: a review of current clinical and research paradigms and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *17*(11), 1117–1130.

https://doi.org/10.1080/14737175.2017.1378099

Levitt, A. J., Mueser, K. T., DeGenova, J., Lorenzo, J., Bradford-Watt, D., Barbosa, A., … Chernick, M. (2009). Randomized controlled trial of illness management and recovery in multiple-unit supportive housing. *Psychiatric Services*, *60*(12), 1629–1636. https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.12.1629

Linhorst, D. M., & Eckert, A. (2002). Involving people with severe mental illness in evaluation and performance improvement. *Evaluation and the Health Professions*, *25*(3), 284–301. https://doi.org/10.1177/0163278702025003003

Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). The Consequences of Stigma for the self-esteem of People with Mental Illnesses. *Psychiatric Services*, *52*(12), 1621–1626. https://doi.org/10.4269/ajtmh.1996.54.582

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, *71*(12), 2150–2161. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030

Loos, S., Clarke, E., Jordan, H., Puschner, B., Fiorillo, A., Luciano, M., … Slade, M. (2017). Recovery and decision-making involvement in people with severe mental illness from six countries: A prospective observational study. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 1–8. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1207-4

Lorenzo-Seva, U. (2013). How to determine the number of common factors using the Hull method. Technical report. *Department of Psychology, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.*, 1–3. Retrieved from http://psico.fcep.urv.cat/utilitats/factor/

Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2013) Factor Program for windows. Available in: http://psico.fcep.urv.es/utilitats/factor/index.html

Luciano, M., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Loos, S., Slade, M., Clarke, E., … Fiorillo, A. (2019). When does shared decision making is adopted in psychiatric clinical practice? Results from a European multicentric study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. https://doi.org/10.1007/s00406-019-01031-y

Lucksted, A., & Drapalski, A. L. (2015). Self-stigma regarding mental illness: Definition, impact, and relationship to societal stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *38*(2), 99–102. https://doi.org/10.1037/prj0000152

Lusczakoski, K. D. R., Olmos-Gallo, P. A., McKinney, C. J., Starks, R., & Huff, S. (2014). Measuring Recovery Related Outcomes: A Psychometric Investigation of the Recovery Markers Inventory. *Community Mental Health Journal*, *50*(8), 896–902. https://doi.org/10.1007/s10597-014-9728-5

Lusczakoski, K. K., Olmos-Gallo, P. A., Milnor, W., & McKinney, C. J. (2016). Measuring Mental Health Recovery: An Application of Rasch Modeling to the Consumer Recovery Measure. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, *43*(1), 104–115. https://doi.org/10.1007/s11414-014-9411-1

Lysaker, P. H., Taylor, A., Miller, A., Beattie, N., Strasburger, A., & Davis, L. W. (2006). The Scale to Assess Narrative Development: Association with other measures of Self and Readiness of Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(3), 223-225. doi:10.1097/01.nmd.0000202512.54587.34

M

MacKeith, J., & Burns, S. (2008). *Mental Health Recovery Star*. London: Mental Health Providers Forum and Triangle Consulting.

Macpherson, R., Pesola, F., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2016). The relationship between clinical and recovery dimensions of outcome in mental health. *Schizophrenia Research*, *175*(1–3), 142–147. https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.10.031

Mahlke, C. I., Priebe, S., Heumann, K., Daubmann, A., Wegscheider, K., & Bock, T. (2017). Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness – a randomised controlled trial. *European Psychiatry*, *42,* 103-110. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.12.007

Mancini, A. D., & Finnerty, M. T. (2005). *Recovery-oriented Practice Index*. New York, NY: New York State of Mental Health.

Mancini, M. A., Hardiman, E. R., & Lawson, H. A. (2010). Making sense of it all: Consumer providers´theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *33*(3), 236–238. https://doi.org/10.2975/33.3.2010.236.238

Marshall, S. L., Crowe, T. P., Oades, L. G., Deane, F. F., Kavanagh, D. J. (2007). A review of consumer involvement in evaluation of case management: Consistency with a

recovery paradigm. *Psychiatric Services, 58*(3), 396-401. doi: 10.1176/ps.2007.58.3.413

Marshall, S. L., Oades, L. G., & Crowe, T. P. (2009). Mental health consumers' perceptions of receiving recovery-focused services. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *15*(4), 654–659. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.01070.x

Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*(5), 337–349. https://doi.org/10.1007/s00127-004-0762-4

Matthias, M. S., Salyers, M. P., Rollins, A. L., & Frankel, R. M. (2012). Decision Making in Recovery-Oriented Mental Health Care. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *35*(4), 305–314. https://doi.org/10.2975/35.4.2012.305.314.

McCay, E. A., & Seeman, M. V. (1998). A scale to measure the impact of a schizophrenic illness on an individual's self-concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, *12*(1), 41–49. https://doi.org/10.1016/S0883-9417(98)80007-1

McLean, J., & Whitehead, I. (2008). *Evaluation of the Scottish Recovery Indicator pilot in the five health board areas in Scotland.* Edinburg: Scottish Government Social Research.

Mental Health America of Los Angeles. (2009). *A Recovery Culture Progress Report. Exploring Recovery : The Collected Vilage Writtings of Mark Ragins*. Los Angeles: Mental Health America.

Merryman, B., & Riegel, S. K. (2007). The Recovery Process and People with Serious Mental Illness Living in the Community. *Occupational Therapy in Mental Health*, *23*(2), 51-73. https://doi.org/10.1300/J004v23n02

Miller, G. A. (1956). The magical number seven, plus or minus two: some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review, 101*(2), 343-352. https://doi.org/10.1037/h0043158

Ministerio De Sanidad Y Consumo. (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Madrid: Guias de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Politicas Social.

Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Elizabeth, G., Stratford, P. W., Alonso, J., Patrick, D. L., … Vet Hernica C. W., D. (2010). Inter-rater agreement and reliability of the COSMIN Checklist. *BMC Medical Research Methodology*, *10*(82), 1–11. doi: 10.1186/1471-2288-10-82.

Monger, B., Hardie, S. M., Ion, R., Cumming, J., & Henderson, N. (2013). The Individual Recovery Outcomes Counter: Preliminary validation of a personal recovery measure. *Psychiatrist*, *37*(7), 221–227. https://doi.org/10.1192/pb.bp.112.041889

Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., & Gagne, C. (2013). Challenges experienced by paid peer providers in mental health recovery: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, *49*(3), 281–291. https://doi.org/10.1007/s10597-012-9541-y

Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., Yim, J. Y., & Sprague, C. (2012). Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qualitative Health Research*, *22*(3), 304–319. https://doi.org/10.1177/1049732311420578

Mueser, K. T., Gingerich, S., Salyers, M. P., McGuire, A. B., Reyes, R. U., & Cunningham, H. (2004). The illness Management and Recovery (IMR) Scales (Client and Clinicians version). Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.

Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The illness management and recovery program: Rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin*, *32*(supl.1), S32-S43. https://doi.org/10.1093/schbul/sbl022

Murnen, S. K., Smolak, L. (1996). *Agreement with recovery Attittudes Scale*. Gambier, OH: Kenyon College.

N

National Institute for Mental Health in England. (2004). *Emerging Best Practices in Recovery*. Retrieved from: http://www.2gether.nhs.uk/files/EmergingBestPracticeIn-Recovery.pdf

Neil, S. T., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W., & Morrison, A. P. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR): A measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis*, *1*(2), 145–155. https://doi.org/10.1080/17522430902913450

Nelson, G., Lord, J., & Ochocka, J. (2001). Empowerment and mental health in community:

Narratives of psychiatric consumer/survivors. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, *11*(2), 125–142. https://doi.org/10.1002/casp.619

New York Crisis Hostel Project. (1998). *Crisis Hostel Healing Scale*. New York: New York Crisis Hostel Project.

Noiseux, S., & Ricard, N. (2008). Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: A grounded theory. *International Journal of Nursing Studies*, *45*(8), 1148–1162. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.07.008

Norman, G. R., Sloan, J. A., & Wyrwich, K. W. (2003). Interpretation of Changes in Health-related Quality of Life. *Medical Care*, *41*(5), 582–592. https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000062554.74615.4C

Nott, J., Mcintosh, A., Taube, C., & Taylor, M. (2018). Shared decision-making in psychiatry: a study of patient attitudes. *Australasian Psychiatry*, *26*(5), 478–481. https://doi.org/10.1177/1039856218758562

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. J. (1995). *Teoría Psicométrica* (3ra Edición). México: McGraw Hill.

O

O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). From Rhetoric to Routine: Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices in a State Mental Health and Addiction System. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *28*(4), 378–386. https://doi.org/10.2975/28.2005.378.386

Oades, L., Deane, F., Crowe, T., Lambert, W. G., Kavanagh, D., & Lloyd, C. (2005). Collaborative recovery: An integrative model for working with individuals who experience chronic and recurring mental illness. *Australasian Psychiatry*, *13*(3), 279–284. https://doi.org/10.1111/j.1440-1665.2005.02202.x

Onifade, Y. (2011). The mental health recovery star. *Mental Health and Social Inclusion*, *15*(2), 78–87. https://doi.org/10.1108/20428301111140921

Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *31*(1), 9–22. https://doi.org/10.2975/31.1.2007.9.22

Organización Mundial de la Salud. (2003). Clasificación Estadística Internacional de las

Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (Décima Revisión). Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Osasunbidea. (2019). *Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2019-2023*. Navarra: Servicio de Salud de Navarra.

Osborne, T. L., Michonski, J., Sayrs, J., Welch, S. S., & Anderson, L. K. (2017). Factor Structure of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) in Adult Outpatients Receiving Dialectical Behavior Therapy (DBT). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. https://doi.org/10.1007/s10862-017-9586-x

P

Pachoud, B., Plagnol, A., & Leplege, A. (2010). Outcome , recovery and return to work in severe mental illnesses. *Disability and Rehabilitation, 32*(12), 1043–1050. https://doi.org/10.3109/09638281003775618

Parabiaghi, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasalvia, A., & Leese, M. (2006). Severe and persistent mental illness: A useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*(6), 457–463. https://doi.org/10.1007/s00127-006-0048-0

Paudel, S., Sharma, N., Joshi, A., & Randall, M. (2018). Development of a Shared Decision Making Model in a Community Mental Health Center. *Community Mental Health Journal*, *54*(1), 1–6. https://doi.org/10.1007/s10597-017-0134-7

Penas, P., Iraurgi, I., Moreno, M. C., Uriarte, J. J. (2019). How to measure mental health recovery?: A systematic Review. *Actas Españolas de Psiquiatría, 47*(1), 23-32.

Perkins, R., Repper, J., Rinaldi, M., & Brown, H. (2012). *Implementing Recovery through Organizational Change. Briefing, 1. Recovery Colleges*. Mental Health Networks, National Health Institute Confederation.

Pettie, D., & Triolo, A. M. (1999). Illness as evolution: The search for identity and meaning in the recovery process. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *22*(3), 255–262. https://doi.org/10.1037/h0095236

Piat, M., Seida, K., & Sabetti, J. (2017). Understanding everyday life and mental health recovery through CHIME. *Mental Health and Social Inclusion*, *21*(5), 271–279. https://doi.org/10.1108/MHSI-08-2017-0034

Prochaska, J. O., & Di Clemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 19*(3)276-288. https://doi.org/10.1037/h0088437

Prout, T. A., Cecero, J., & Dragatsi, D. (2012). Parental object representations, attachment to God, and recovery among individuals with psychosis. *Mental Health, Religion and Culture, 15* (5), 449-466. doi: 10.1080/13674676.2011.581273

Puschner, B. (2018). Peer support and global mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *27*(5), 413–414. https://doi.org/10.1017/s204579601800015x

Puschner, B, Repper, J., Mahlke, C., Nixdorf, R., Basangwa, D., Nakku, J., … Slade, M. (2019). Using peer support in developing empowering mental health services (UPSIDES): Background, rationale and methodology. *Annals of Global Health*, *85*(1), 1–10. https://doi.org/10.5334/aogh.2435

R

Ragins, M. (2004). *Recovery Based Program Inventory*. Long Beach, CA: Mental Health American of Los Angeles.

Ralph, R. O., Kidder, K., & Phillips, D. (2005). *Can we measure recovery? A compendium of Recovery and Recovery-related instruments.* Cambridge, MA: Human Services Research Institute.

Ramon, S., Healy, B., & Renouf, N. (2007). Recovery from mental illness as an emergent concept and practice in Australia and the UK. *International Journal of Social Psychiatry*, *53*(2), 108–122. https://doi.org/10.1177/0020764006075018

Ramon, S., Shera, W., Healy, B., Lachman, M., & Renouf, N. (2009). The Rediscovered Concept of Recovery in Mental Illness. *International Journal of Mental Health*, *38*(2), 106–126. https://doi.org/10.2753/IMH0020-7411380205

Red de Salud Mental de Bizkaia. (2015). *Memoria de Actividad de la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB).* Bilbao: Red de Salud Mental de Bizkaia, Osakidetza.

Reise, S. P. (2012). The Rediscovery of Bifactor Measurement Models. *Multivariate Behavioral Research*, *47*(5), 667–696. https://doi.org/10.1080/00273171.2012.715555

Reise, S. P., Bonifay, W. E., & Haviland, M. G. (2013). Scoring and modeling psychological

measures in the presence of multidimensionality. *Journal of Personality Assessment*, *95*(2), 129–140. https://doi.org/10.1080/00223891.2012.725437

Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, *20*(4), 392–411. https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947

Resnick, S. G., Fontana, A., Lehman, A. F., & Rosenheck, R. A. (2005). An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research*, *75*(1), 119–128. https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.05.009

Resnick, S. G., Rosenheck, R. A., & Lehman, A. F. (2004). An Exploratory Analysis of Correlates of Recovery. *Psychiatric Services*, *55*(5), 540–547. https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.5.540

Ridgway, P. (2001). ReStorying Psychiatric Disability: Learning from First Person Recovery Narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *40*(4), 335–343. Doi: 10.1037/h0095071.

Ridgway, P., & Press, A. (2004). *Assessing the Recovery-Orientation of your Mental Health Program: A User´s Guide for the Recovery Ebhancing Environmental Scale (REE).* Kansas: University of Kansas.

Ridgway, P., & Press, A. (2004). *Assessing the Recovery-Orientation of your Mental Health Program: A user´s Guide for the Recovery Enhancing Environmental Scale (REE).* Kansas: Kansas University.

Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, *121*(1), 31–49. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008

Roberts, G., & Boardman, J. (2013). Understanding "recovery." *Advances in Psychiatric Treatment*, *19*(6), 400–409. https://doi.org/10.1192/apt.bp.112.010355

Roberts, G., & Boardman, J. (2014). Becoming a recovery-oriented practitioner. *Advances in Psychiatric Treatment*, *20*(1), 37-47. https://doi.org/10.1192/apt.bp.112.010652

Rodríguez, A., & Bravo, M. F. (2003). Marco General y Conceptualización. In C. Gisbert (Eds.), *Rehabilitación Psicosocial y Atención Integral del Trastorno Mental Severo* (pp. 17-56). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Rodriguez, A., Reise, S. P., & Haviland, M. G. (2016a). Applying Bifactor Statistical Indices in the Evaluation of Psychological Measures. *Journal of Personality Assessment*, *98*(3), 223–237. https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1089249

Rodriguez, A., Reise, S. P., & Haviland, M. G. (2016b). Evaluating bifactor models: Calculating and interpreting statistical indices. *Psychological Methods*, *21*(2), 137–150. https://doi.org/10.1037/met0000045

Roe, D., & Ben-Yishai, A. (1999). Exploring the relationship between the person and the disorder among individuals hospitalized for psychosis. *Psychiatry, 32*(4), 370-380. https://doi.org/10.1080/00332747.1999.11024884

Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., & Lysaker, P. H. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research*, *131*(1–3), 133–138. https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.05.023

Roset, M., Badia, X., & Mayo, N. E. (1999). Sample size calculations in studies using the EuroQol 5D. *Quality of Life Research*, *8*(6), 539–549. https://doi.org/10.1023/A:1008973731515

Rossi, A., Amore, M., Galderisi, S., Rocca, P., Bertolino, A., Aguglia, E., … Bracale, N. (2018). The complex relationship between self-reported 'personal recovery' and clinical recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.04.040

Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*. https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.149

Russinova, Z., Rogers, E. S., & Ellison, M. L. (2006). *Recovery Promoting Relationships Scale Manual*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.

S

Salud Madrid, S. (2018). Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020. *Servicio Madrileño de Salud*. Retrieved from http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2018/05/plan_salud_mental_Madrid_18_20.pdf

Salyers, M. P., Brennan, M., & Kean, J. (2013). Provider Expectations for Recovery Scale: Refining a measure of provider attitudes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *36*(3),

153–159. https://doi.org/10.1037/prj0000010

Salyers, M. P., Godfrey, J. L., McGuire, A. B., Gearhart, T., Rollins, A. L., & Boyle, C. (2015). Implementing the Illness Management and Recovery Program for Consumers With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, *60*(4), 483–490. https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.4.483

Satorra, A., & Bentler, P. M. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika, 66,* 507-514. https://doi.org/10.1007/BF02296192

Schinnar, A. P., Rothbard, A. B., Kanter, R., & Jung, J. (1990). An empirical literature review definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, *147*(12), 1602–1608. https://doi.org/10.1176/ajp.147.12.1602

Schomerus, G., Stolzenburg, S., Freitag, S., Speerforck, S., Janowitz, D., Evans-Lacko, S., … Schimdt, S. (2018). Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help : a prospective study among untreated persons with mental illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *269,* 469-479. https://doi.org/10.1007/s00406-018-0896-0

Schrank, B., & Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, *31*(9), 321-325. https://doi.org/10.1192/pb.bp.106.0.13425.

Servicio Navarro de Salud Mental. (2012). *Plan Salud Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016*. Navarra: Servicio Navarro de Salud Mental.

Servicio Vasco de Salud. (2010).. *Estrategia En Salud Mental de La CAPV*. Retrieved from www.osakidetza.euskadi.net

Shanks, V., Williams, J., Leamy, M., Bird, V. J., Le Boutillier, C., & Slade, M. (2013). Measures of Personal Recovery: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, *64*(10), 974–980. https://doi.org/10.1176/appi.ps.005012012

Shepherd, G., Boardman, J., & Burns, M. (2009). *Implementing Recovery: A new framework for organisational change. Edición en castellano: Implementando la recuperación. Una metodología para el cambio organizativo.* London: Centre of Mental Health.

Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*. London: Sainsbury Centre of Mental Health.

Silver, T., Bricker, D., & Pesta, Z. (2002). Impact of teaching mental health best practices and recovery process on constituent populations of the mental health system. In Ohio Department in Mental Health (Ed.), *New Research in Mental Health* (Vol. 15, pp. 331–338). Colombus, OH: Ohio Department in Mental Health.

Silverstein, S. M., & Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, *28*(7), 1108–1124. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.004

Sklar, M., Groessl, E. J., O'Connell, M., Davidson, L., & Aarons, G. A. (2013). Instruments for measuring mental health recovery: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *33*(8), 1082–1095. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.002

Sklar, M., Sarkin, A., Gilmer, T., & Groessl, E. (2012). The psychometric properties of the Illness Management and Recovery scale in a large American public mental health system. *Psychiatry Research*, *199*(3), 220–227. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.03.013

Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: Systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *21*(4), 353–364. https://doi.org/10.1017/S2045796012000133

Slade, M., Powell, R., & Strathdee, G. (1997). Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *32*(4), 177–184. https://doi.org/10.1007/BF00788236

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., … Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, *13*(1), 12-20. https://doi.org/10.1002/wps.20084

Slade, M., Amering, M., & Oades, L. G. (2008). Recovery : an international perspective. *Epidemiologia e Psichiatrtia Sociale, 17*(2), 128–137. https://doi.org/10.1017/S1121189X00002827

Slade, M., & Hayward, M. (2007). Recovery, psychosis and psychiatry: Research is better than rhetoric. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *116*(2), 81–83. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01047.x

Solomon, P. (2004). Peer Support/Peer Provided Sevices Underlying Processes, benefits, and Critical Ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *27*(4), 392-401. https://doi.org/10.2975/27.2004.392.401

Song, L. Y., & Hsu, S. T. (2011). The development of the stages of recovery scale for persons with persistent mental illness. *Research on Social Work Practice*, *21*(5), 572–581. https://doi.org/10.1177/1049731511402218

Song, L. Y., & Shih, C. Y. (2009). Factors, process and outcomes of recovery from psychiatric disability: The unity model. *International Journal of Social Psychiatry*, *55*(4), 348–360. https://doi.org/10.1177/0020764008093805

Spaniol, L., Wewiorski, N. J., Gagne, C., & Anthony, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, *14*(4), 327–336. https://doi.org/10.1080/0954026021000016978

Stickley, T., Wright, N., & Slade, M. (2018). The art of recovery: outcomes from participatory arts activities for people using mental health services. *Journal of Mental Health*, *27*(4), 367–373. https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1437609

Stuart, S. R., Tansey, L., & Quayle, E. (2017). What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health*, *26*(3), 291–304. https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1222056

Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA. (2006). National Consensus Statement on Mental Health Recovery Definition. Available in: http://mentalhealth.samsha.gov/publications/allpubs/sma05-4129

T

Tansella, M., & Thornicroft, G. (2009). Implementation science: Understanding the translation of evidence into practice. *British Journal of Psychiatry*, *195*(4), 283–285. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.065565

The Ohio Department of Mental Health. (2009). *The Ohio Mental Health Consumer Outcomes System Procedural Manual*. Colombus, Ohio: The Ohio Department of Mental Health.

Thomas, E. C., Despeaux, K. E., Drapalski, A. L., & Bennett, M. (2017). Person-Oriented Recovery of Individuals With Serious Mental Illnesses: A Review and Meta-Analysis

of Longitudinal Findings. *Psychiatric Services, 69*(3), 259-267. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700058

Thomas, K. A., & Rickwood, D. J. (2016). Recovery environment of a sub-acute mental health service. *Mental Health Review Journal*, *21*(2), 95–106. https://doi.org/10.1108/MHRJ-08-2015-0023

Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, *16*(2), 209–220. https://doi.org/10.1037/a0023353

Toney, R., Elton, D., Munday, E., Hamill, K., Crowther, A., Meddings, S., … Slade, M. (2018). Mechanisms of Action and Outcomes for Students in Recovery Colleges. *Psychiatric Services*, *69*(12), 1222–1229. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800283

U

Uriarte, J. J., Beramendi, V., Medrano, J., Wing, J., Beevor, A., & Curtis, R. (1999). Presentación de la Traducción al Castellano de la Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). *Psiquiatría Pública*, *11*, 93–101.

Uriarte, J. J., Penas, P., Moreno, M.C., Ridgway, P., & Iraurgi, I. (2020). Evidence of Psychometric Adequacy of the Spanish Adaptation of REE: Recovery Enhancing Environment. *Actas Españolas de Psiquiatria, 48*(2), 75-88.

V

Van Eck, R. M., Burger, T. J., Vellinga, A., Schirmbeck, F., & De Haan, L. (2018). The Relationship Between Clinical and Personal Recovery in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, *44*(3), 631–642. https://doi.org/10.1093/schbul/sbx088

Vass, V., Morrison, A. P., Law, H., Dudley, J., Taylor, P., Bennett, K. M., & Bentall, R. P. (2015). How stigma impacts on people with psychosis: The mediating effect of self-esteem and hopelessness on subjective recovery and psychotic experiences. *Psychiatry Research*, *230*(2), 487–495. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.042

W

Wahl, O. F. (2012). Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends in Cognitive Sciences*, *16*(Special Issue: Cognition in Neuropsychiatric Disorders), 9–10.

https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.11.002

Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An Investigation of Self-Assessment Bias in Mental Health Providers. *Psychological Reports*, *110*(2), 639–644. https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644

Whitley, R., & Campbell, D. R. (2014). Stigma, agency and recovery amongst people with severe mental illness. *Social Science and Medicine, 107*. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.010

Wilkinson, L., & The Task Force on Statistical Inference APA Board of Scientific. (1999). Statistical methods in psychology journals: Guidelines and explanations. *American Psychologist*, *54*(8), 594–604. https://doi.org/10.1037//0003-066x.54.8.594

Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Harding, C., Larsen, J., Le Boutillier, C., … Slade, M. (2012). Measures of the recovery orientation of mental health services: Systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(11), 1827–1835. https://doi.org/10.1007/s00127-012-0484-y

Williams, Julie, Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Norton, S., Pesola, F., & Slade, M. (2015). Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(5), 777–786. https://doi.org/10.1007/s00127-014-0983-0

Wing, J. K., Curtis, R. H., & Beevor, A. S. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and Development. *British Journal of Psychiatry*, *172*(05), 11–18. https://doi.org/10.1192/bjp.174.5.432

Wolstencroft, K., Oades, L., Caputi, P., & Andresen, R. (2010). Development of a structured interview schedule to assess stage of psychological recovery from enduring mental illness. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *14*(3), 182–189. https://doi.org/10.3109/13651501003668552

Y

Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Services, 59* (12), 1437-1442. doi: 10.1176/ps.2008.59.12.1437

Young, S., & Bullock, W. (2003). *Mental health recovery Measure*. Toledo, OH: University of Toledo, Psychology Department.

Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *22*(3), 219-231. https://doi.org/10.1037/h0095240

Z

Zalazar, V., Castro Valdez, J., Mascayano, F., Vera, N., Scorza, P., & Agrest, M. (2017). Feasibility and Psychometric Properties of the Recovery Assessment Scale (RAS) in People with Mental Illness for Its Use in Argentina. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, *4*(2), 179–188. https://doi.org/10.1007/s40737-017-0098-5

Zhang, T., Wong, I. Y., Yu, Y., Ni, S., He, X., Bacon-Shone, J. … CMHP Study Group. (2019). An Integrative Model of Internalized Stigma and Recovery related outcomes among people diagnosed with schizophrenia in rural China. *Social Psychiatry and Social Epidemiology, 54*, 911-918. http://doi.org/10.1007/s00127-0.18-1646-3

Zuñiga, A., Navarro, J. B., Lago, P., Olivas, F., Muray, E., & Crespo, M. (2013). Evaluación de necesidades en pacientes psiquiátricos graves . Un estudio comunitario. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *41*(2), 115–121.

13. Anexos

Anexo 2: Hoja informativa del Proyecto

: HOJA DE INFORMACIÓN AL USUARIO PROYECTO REE BIZKAIA

Estimado Sr/Sra.

En los últimos años la participación de los usuarios como agentes activos en su proceso de atención se ha convertido en un elemento fundamental para afrontar y mejorar la atención de las personas que padecen enfermedades crónicas.

Para la Red de Salud Mental de Bizkaia es un objetivo importante conocer qué aspectos son importantes para las personas afectadas en su proceso de recuperación y qué barreras se encuentran, incluyendo el estigma. Por ello desde la Red de Salud Mental de Bizkaia queremos llevar a cabo un estudio que nos permita conseguir información sobre estos aspectos.

Usted, como persona afectada y que recibe atención en nuestros servicios, reúne los requisitos necesarios para participar en el estudio, por lo que solicitamos su colaboración para poder recoger la información necesaria para llevarlo a cabo. La información necesaria se obtendrá de su historia clínica de forma absolutamente confidencial, de manera que sus datos no podrán ser relacionados de ninguna manera con usted. Además se le solicitará una entrevista personal en la que un entrevistador le pasará un cuestionario para evaluar su percepción sobre la recuperación (cuestionario REE), así como un cuestionario sobre el estigma (cuestionario ISMI) y un cuestionario sobre percepción de la salud (cuestionario Euro-Qol5d).

NO se realizaría ninguna exploración de tipo invasivo, **ni este estudio modifica de ninguna manera el tratamiento que está usted recibiendo en la actualidad.**

El estudio no supone ningún riesgo, y en cambio el conocimiento que se puede obtener en este estudio de aquellos aspectos que son importantes para usted y en qué medida nuestros servicios pueden ayudarle mejor en su proceso de recuperación puede ser muy importante para poder dar una atención de mayor calidad y adaptada a sus necesidades.

Se garantiza la confidencialidad de los datos personales de los usuarios de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

De acuerdo a la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual se deberá dirigir al investigador de estudio.

La participación en el estudio es voluntaria, pudiendo retirase del mismo en cualquier momento. En cualquier caso, tanto si se decide participar en el estudio como si no, la atención que reciba posteriormente no se verá afectada en absoluto.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo el investigador podrá relacionar dichos datos con el usuario, por lo tanto, la identidad no será revelada.

Si tiene cualquier duda sobre el estudio el equipo que le atiende, y el propio equipo investigador está a su disposición para cualquier aclaración

Puede dirigir sus preguntas, dudas o sugerencias a: booms.investigacion@osakidetza.net

Anexo 3: Consentimiento informado para el usuario participante

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL USUARIO

Yo (Nombre y apellidos)…….....con DNI……..,

He leído la información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con (profesional de referencia)

Comprendo que la participación es voluntaria.

Comprendo que me puedo retirar del estudio:

1. **Cuando quiera**
2. **Sin tener que dar explicaciones**
3. **Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos**

También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes extremos que afectan a los datos personales que se contienen este consentimiento.

Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.

Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección de contacto que figura en este documento.

Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento. Y por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE RECUPERACIÓN. EVALUACIÓN ORIENTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LA RSMB A LA RECUPERACIÓN. Proyecto DREEM-Bizkaia, hasta que decida lo contrario. Al firmar este documento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Fecha:

Fdo.:

Anexo 4: Hoja informativa del Proyecto para tutor legal

HOJA DE INFORMACIÓN AL TUTOR LEGAL DEL USUARIO PROYECTO REE BIZKAIA

Estimado Sr/Sra.

En los últimos años la participación de los usuarios como agentes activos en su proceso de atención se ha convertido en un elemento fundamental para afrontar y mejorar la atención de las personas que padecen enfermedades crónicas.

Para la Red de Salud Mental de Bizkaia es un objetivo importante conocer qué aspectos son importantes para las personas afectadas en su proceso de recuperación y qué barreras se encuentran, incluyendo el estigma. Por ello desde la Red de Salud Mental de Bizkaia queremos llevar a cabo un estudio que nos permita conseguir información sobre estos aspectos.

Su familiar/persona tutelada, como persona afectada y que recibe atención en nuestros servicios, reúne los requisitos necesarios para participar en el estudio, por lo que solicitamos su colaboración para poder recoger la información necesaria para llevarlo a cabo. La información necesaria se obtendrá de su historia clínica de forma absolutamente confidencial, de manera que sus datos no podrán ser relacionados de ninguna manera con la persona. Además se le solicitará una entrevista personal en la que un entrevistador le pasará un cuestionario para evaluar su percepción sobre la recuperación (cuestionario DREEM), así como un cuestionario sobre el estigma (cuestionario ISMI) y un cuestionario sobre percepción de la salud (cuestionario Euro-Qol5d).

NO se realizaría ninguna exploración de tipo invasivo, **ni este estudio modifica de ninguna manera el tratamiento que está usted recibiendo en la actualidad.**

El estudio no supone ningún riesgo, y en cambio el conocimiento que se puede obtener en este estudio de aquellos aspectos que son importantes para las personas afectadas y en qué medida nuestros servicios pueden ayudarles mejor en su proceso de recuperación puede ser muy importante para poder dar una atención de mayor calidad y adaptada a sus necesidades.

Se garantiza la confidencialidad de los datos personales de los usuarios de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

De acuerdo a la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual se deberá dirigir al investigador de estudio.

La participación en el estudio es voluntaria, pudiendo retirase del mismo en cualquier momento. En cualquier caso, tanto si se decide participar en el estudio como si no, la atención que reciba posteriormente no se verá afectada en absoluto.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo el investigador podrá relacionar dichos datos con el usuario, por lo tanto la identidad no será revelada.

Si tiene cualquier duda sobre el estudio el equipo que le atiende, y el propio equipo investigador está a su disposición para cualquier aclaración

Puede dirigir sus preguntas, dudas o sugerencias a: booms.investigacion@osakidetza.net

Anexo 5: Consentimiento informado en caso du tutor legal

CONSENTIMIENTO INFORMADO AL TUTOR LEGAL DEL USUARIO

Yo (Nombre y apellidos)**…….....con DNI…….....,**

He leído la información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con (Profesional de referencia)

Comprendo que la participación es voluntaria.

Comprendo que me puedo retirar del estudio:

1. **Cuando quiera**
2. **Sin tener que dar explicaciones**
3. **Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos**

También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes extremos que afectan a los datos personales que se contienen este consentimiento.

Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos. Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección de contacto que figura en este documento. Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento. Y por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para MANIFESTAR MI DESEO DE QUE……..PARTICIPE EN ESTE ESTUDIO LA EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE RECUPERACIÓN. EVALUACIÓN ORIENTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LA RSMB A LA RECUPERACIÓN. Proyecto REE-Bizkaia, hasta que decida lo contrario. Al firmar este documento no renuncio a ninguno de mis derechos ni los de mi familiar. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Fecha:

Fdo.:

UD

2020

Adaptation and Validity Evidence of REE (Recovery Enhancing Environment): A system for Assessing Recovery in the Assistance of People Suffering from a Severe Mental Disorder.

Adaptación y Evidencias de Validez del REE (Recovery Enhancing Environment): Un sistema de Evaluación de la Recuperación en la Atención a Personas en Tratamiento con Trastorno Mental Grave.