



---

# TESIS DOCTORAL

*Análisis de la calidad de vida, el bienestar psicológico y el funcionamiento como variables relevantes en el proceso de recuperación de las personas con un trastorno mental severo.*

AUTORA

LETICIA OCAÑA EXPÓSITO

DIRECTORES

CRISTINA CABALLO ESCRIBANO

MANUEL ÁNGEL FRANCO MARTÍN





# VNiVERSiDAD D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**Cristina Caballo Escribano**, profesora titular del departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico de la Universidad de Salamanca y miembro del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO),

**Manuel A. Franco Martín**, profesor asociado del departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico de la Universidad de Salamanca

INFORMAN,

Que la tesis doctoral realizada por Leticia Ocaña Expósito, graduada en Terapia Ocupacional, con el título “Análisis de la calidad de vida, el bienestar psicológico y el funcionamiento como variables relevantes en el proceso de recuperación de las personas con un trastorno mental severo” reúne los requisitos de calidad, originalidad y presentación exigibles a una investigación científica, y está en condiciones de ser sometida a la valoración del Tribunal encargado de juzgarla.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmamos la presente en Salamanca, a 1 de junio de 2017.

Fdo. Cristina Caballo Escribano

Fdo. Manuel A. Franco Martín



## DEDICATORIA

A mi abuela, *mi pastora*.

A mi madre, *mi quiqui*.

A mi padre y hermano.



## AGRADECIMIENTOS

*A todas las personas que me han acompañado y apoyado durante estos años.  
Aparecen en mi pensamiento los nombres y los recuerdos de algunos momentos  
compartidos...me doy cuenta de la importancia que han tenido y de lo mucho que han  
contribuido a que esta aventura haya sido posible.*

A **Cristina Caballo Escribano**, por hacerme creer en la posibilidad de participar en un proyecto de tal envergadura. Gracias por confiar en mí, por darme el tiempo que necesitaba, por acompañarme y apoyarme durante estos años. Siento que he aprendido muchísimo con esta experiencia.

A **Manuel Franco Martín**, por acercarme a Intras y a la recuperación. Gracias por ofrecerme la oportunidad de conocer y trabajar con el equipo de apoyo comunitario. Esta experiencia me ha servido para confirmar cuál es el camino que quiero recorrer como profesional. Gracias a todos los compañeros que colaboraron en este proyecto y, en especial, a Felipe.

También quiero agradecer a todas las personas que me han abierto las puertas y no solo las de su casa para poder hacer realidad este trabajo. Gracias por dejarme acercar a vuestro día a día, a lo cotidiano y a lo realmente importante. Aprendí muchísimo durante esta etapa y ha sido la experiencia más enriquecedora y nutritiva de esta tesis doctoral.

A mi familia, por su confianza sincera, cariño y apoyo. Gracias por estar siempre ahí.

A mi gente, a los jienenses, siempre con ganas de vosotros. A Bea, la compañera andaluza con la que tuve la fortuna de encontrarme al comienzo de esta aventura. Y a las nuevas incorporaciones...a todos, gracias!!



# CONTENIDO

.....	1
PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO.....	3
CAPÍTULO 1. DEFINICIÓN DE TRASTORNOS MENTALES SEVEROS Y NECESIDADES DE LAS PERSONAS .....	11
INTRODUCCIÓN .....	11
1.1. IMPACTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES.....	11
1.2. APROXIMACIÓN A LA DEFINICIÓN DE TRASTORNO MENTAL SEVERO	16
1.3. NECESIDADES PRESENTES EN LAS PERSONAS CON UN TRASTORNO MENTAL SEVERO .....	24
1.4. CONCLUSIONES .....	27
CAPÍTULO 2. CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO .....	31
INTRODUCCIÓN .....	31
2.1. CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN GENERAL .....	31
2.2. CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD .....	34
2.3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD .....	37
2.4. CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS DIAGNOSTICAS DE UN TRASTORNO MENTAL SEVERO .....	42
2.5. FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA CALIDAD DE VIDA .....	46
2.6. BIENESTAR PSICOLÓGICO.....	49
2.7. CONCLUSIONES .....	55
CAPÍTULO 3. FUNCIONAMIENTO DIARIO DE PERSONAS CON UN TRASTORNO MENTAL SEVERO .....	59
INTRODUCCIÓN .....	59
3.1. FUNCIONAMIENTO Y TERAPIA OCUPACIONAL.....	60
3.2. IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO INDEPENDIENTE EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE UN TRASTORNO MENTAL SEVERO .....	66
3.3. CARACTERÍSTICAS DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	69
3.4. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL FUNCIONAMIENTO DIARIO DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE UN TRASTORNO MENTAL SEVERO. ....	81
3.5. CONCLUSIONES.....	84

CAPÍTULO 4. PRINCIPIOS BASADOS EN LA RECUPERACIÓN .....	89
INTRODUCCIÓN .....	89
4.1. DESARROLLO Y EVOLUCIÓN DEL CONSTRUCTO DE RECUPERACIÓN ..	89
4.2 MODELOS BASADOS EN LA RECUPERACIÓN DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE UN TRASTORNO MENTAL SEVERO .....	97
4.3. ASPECTOS IMPLICADOS EN LA RECUPERACIÓN DE LAS PERSONAS ...	101
4.4. MEDIDAS DE EVALUACIÓN DE LA RECUPERACIÓN .....	106
4.5. PRINCIPIOS CLAVE DE LOS SERVICIOS ORIENTADOS A LA RECUPERACIÓN.....	109
4.6. CONCLUSIONES .....	113
INTRODUCCIÓN AL DESARROLLO EMPÍRICO .....	119
CAPÍTULO 5. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y EL FUNCIONAMIENTO DE PERSONAS CON UN TRASTORNO MENTAL SEVERO .....	123
INTRODUCCIÓN .....	123
5.1. OBJETIVOS .....	124
5.2. MÉTODO .....	125
5.3. RESULTADOS .....	137
5.4. CONCLUSIONES .....	174
CAPÍTULO 6. ADAPTACION DE LA RECOVERY ASSESSMENT SCALE .....	183
INTRODUCCIÓN .....	183
6.1.OBJETIVOS .....	187
6.2.MÉTODO .....	188
6.3.RESULTADOS .....	196
6.4.CONCLUSIONES .....	213
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES GENERALES, ASPECTOS DE MEJORA Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN .....	219
INTRODUCCIÓN .....	219
7.1. CONCLUSIONES GENERALES DERIVADAS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, BIENESTAR PSICOLÓGICO Y FUNCIONAMIENTO.....	220
7.2. CONCLUSIONES GENERALES DERIVADAS DEL PROCESO DE ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA RECOVERY ASSESSMENT SCALE.....	222
7.3. ASPECTOS DE MEJORA.....	223
7.4. DISCUSIÓN GENERAL Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN .....	226

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	233
ANEXOS.....	281

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Dimensiones incluidas en el modelo de calidad de vida elaborado por Cummins. .	32
Figura 2. Dimensiones incluidas en el modelo de calidad de vida elaborado por Schalock & Verdugo.....	35
Figura 3. Áreas de desempeño ocupacional propuestas por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional. ....	63
Figura 4. Esquema parte empírica .....	120
Figura 5. Gráfico de sectores para la variable género y la variable diagnóstico. ....	127
Figura 6. Gráfico de sectores para la variable recurso al que acude y para el tipo de vivienda en el que reside.....	128
Figura 7. Scree plot de la varianza de los residuos estandarizados .....	203
Figura 8. Mapa de escalamiento conjunto personas-ítems dimensión 1.....	208
Figura 9. Mapa de escalamiento conjunto personas-ítems dimensión 2.....	212

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Consistencia interna de la escala de 39 y 29 ítems de bienestar psicológico. ....	53
Tabla 2. Revisión de los criterios asociados a la recuperación de personas con un trastorno mental.....	91
Tabla 3. Modelo de recuperación de Jacobson. ....	98
Tabla 4. Revisión bibliográfica y análisis de las coincidencias sobre los factores asociados a la recuperación de personas con trastorno mental severo. ....	105
Tabla 5. Características sociodemográficas de los participantes (N= 202). ....	127
Tabla 6. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del cuestionario de calidad de vida. .	139
Tabla 7. Tabla comparativa sobre los resultados de calidad de vida relacionada con la salud en población general y personas con un trastorno mental severo. ....	140
Tabla 8. Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la escala de bienestar psicológico de Ryff. ....	141
Tabla 9. Tabla comparativa sobre los resultados de bienestar psicológico en población general y en personas con trastorno mental severo. ....	142
Tabla 10. Estadísticos descriptivos de las actividades incluidas en el área de autocuidado de la escala BELS. ....	144
Tabla 11. Estadísticos descriptivos de las actividades incluidas en el área de habilidades domésticas de la escala BELS. ....	145
Tabla 12. Estadísticos descriptivos de las actividades incluidas en el área de habilidades comunitarias de la escala BELS. ....	146
Tabla 13. Estadísticos descriptivos de las actividades incluidas en el área de actividad y relaciones sociales de la escala BELS. ....	147
Tabla 14. Estadísticos descriptivos de las áreas del cuestionario de habilidades de la vida diaria BELS. ....	148
Tabla 15. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal - Wallis en función del lugar de residencia. ....	150
Tabla 16. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del recurso al que acude. ....	151
Tabla 17. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del tipo de vivienda en el que reside. ....	152
Tabla 18. Diferencias a través de la prueba de Mann - Whitney en función del género en las puntuaciones de bienestar psicológico. ....	154

Tabla 19. Diferencias a través de la prueba de Mann - Whitney en función del tipo de vivienda en las puntuaciones de bienestar psicológico.....	155
Tabla 20. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del lugar de residencia. ....	157
Tabla 21. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del estado civil. ....	158
Tabla 22. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del recurso al que acude. ....	159
Tabla 23. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del tipo de vivienda en el que reside. ....	160
Tabla 24. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del diagnóstico. ....	161
Tabla 25. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del lugar de residencia. ....	163
Tabla 26. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del estado civil.....	164
Tabla 27. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del recurso al que acuden. ....	165
Tabla 28. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del tipo de vivienda. ....	166
Tabla 29. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del diagnóstico. ....	167
Tabla 30. Diferencias a través de la prueba de Mann - Whitney en función del género en las puntuaciones en desempeño para las habilidades de la vida diaria. ....	168
Tabla 31. Matriz de correlaciones entre las áreas evaluadas por el instrumento de habilidades de la vida diaria BELS. ....	169
Tabla 32. Matriz de correlaciones entre las dimensiones evaluadas por el instrumento de calidad de vida relacionado con la salud SF-36 y habilidades de la vida diaria BELS. ....	171
Tabla 33. Matriz de correlaciones entre las dimensiones evaluadas por el instrumento de calidad de vida relacionado con la salud SF-36 y bienestar psicológico de Ryff.....	172
Tabla 34. Matriz de correlaciones entre las dimensiones evaluadas por el instrumento de calidad de vida relacionado con la salud SF- 36 y bienestar psicológico de Ryff.....	173
Tabla 35. Características sociodemográficas de los participantes (N=147). ....	190
Tabla 36. Factores e indicadores implicados en la escala de evaluación de la recuperación	191
Tabla 37. Estadísticos de las categorías de la RAS (24 ítems, 5 categorías).....	200
Tabla 38. Estadísticos de las categorías de la RAS (24 ítems, 4 categorías).....	200

Tabla 39. Ajuste de los ítems al modelo .....	202
Tabla 40. Análisis de la dimensionalidad de la RAS (24 ítems, modelo dicotómico) .....	203
Tabla 41. Componentes principales .....	204
Tabla 42. Análisis de los componentes principales de los residuos .....	205
Tabla 43. Ajuste de los ítems al modelo .....	206
Tabla 44. Análisis de los componentes principales de los residuos de la dimensión 2 .....	209
Tabla 45. Ajuste de los ítems al modelo .....	210





# PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO





## **PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO**

El trabajo que se presenta en esta Tesis Doctoral se inserta en los planteamientos actuales en relación con la comprensión de la discapacidad en general y en particular de las personas con enfermedad mental severa. De este modo, consideramos que, para entender la realidad de estas personas y desarrollar programas de intervención, apoyos y servicios eficaces, es necesario utilizar perspectivas amplias e integradoras, que vayan más allá del estudio e intervención sobre los síntomas clínicos y consideren a la persona en su totalidad, así como los ambientes en que esta se encuentra.

En este sentido, un primer aspecto de interés de este trabajo es comprender la percepción que las personas con enfermedad mental severa tienen sobre el impacto de los síntomas y otros problemas de salud en áreas de calidad de vida como el funcionamiento físico o social, o el desempeño de los roles elegidos. Ello es así puesto que entendemos que entre los objetivos de los servicios para estas personas deben encontrarse aquellos dirigidos a proporcionar los apoyos y ayudas necesarios para aliviar dicho impacto y mejorar de ese modo la calidad de vida del colectivo.

Un segundo aspecto de interés es el relacionado con el funcionamiento y participación en actividades cotidianas. Creemos que ello es de gran importancia para la inclusión con éxito de las personas con enfermedad mental severa en la comunidad. Asumimos que el funcionamiento y participación en estas actividades no dependen sólo de la persona y sus síntomas clínicos, sino que son resultado de la interacción de la persona, con sus limitaciones y potencialidades, con el contexto en que esta se encuentra. Para entender entonces en qué medida la persona puede participar en situaciones vitales importantes y apoyar dicha participación, es necesario tener en cuenta no sólo los síntomas, tampoco sólo sus habilidades

o ejecución o desempeño, sino también las oportunidades que el contexto ofrece para participar. Todos son aspectos que contribuyen a que la persona esté incluida y participe en actividades y situaciones sociales que apoyan sus roles que nos parece importante conocer y que contribuyen a la comprensión de la personas en su totalidad.

En tercer lugar, asumimos que comprender a la persona más allá de sus síntomas, o incluso de su desempeño en actividades cotidianas, implica además disponer de información sobre funcionamiento y potencialidades psicológicos positivos que pueden también contribuir a su inclusión comunitaria y a su salud mental. Así, nos interesa en este trabajo conocer aspectos como el autoconocimiento, la autoaceptación y valoración personal, la percepción y satisfacción de la persona en relación con sus posibilidades de establecer relaciones interpersonales significativas, sus posibilidades de crecimiento, desarrollo personal y auto-actualización, sus posibilidades de elegir y tomar decisiones respecto a las cosas que les incumben o, como aspecto de gran importancia, conocer en qué medida la persona percibe tener planes o proyectos vitales significativos hacia los que dirigir su conducta cuando los síntomas, emociones y/o pensamientos negativos irrumpen en su horizonte emocional. Todo ello es de gran interés si queremos comprender y mejorar las condiciones psicológicas y en general de vida de las personas con enfermedad mental severa e identificar necesidades de intervención dirigida a potenciar estos aspectos de funcionamiento psicológico positivo.

Todo lo dicho previamente apoya nuestro posicionamiento en la línea de las perspectivas más actuales en relación con la conceptualización de la recuperación de personas con enfermedad mental severa. Desde estas perspectivas se entiende que la recuperación no supone un estado final en que la persona se ve libre de síntomas, sino que se considera más bien como un proceso continuo que implica que la persona avance en la consecución de resultados personales positivos en todos los aspectos que previamente hemos destacado como importantes, mientras se dirige a metas significativas y valoradas, aceptando como parte del

proceso la posible aparición de síntomas y mejorando su capacidad para manejar los mismos a su favor.

Pretendemos entonces dar cuenta de estos temas de interés a lo largo del trabajo que aquí se presenta. Para ello, en una primera parte de justificación teórica se expone la conceptualización de todos los aspectos mencionados, la evolución y el estado actual de la investigación en relación con los mismos, así como cuestiones relacionadas con su evaluación. La revisión realizada nos ha permitido planificar y posteriormente desarrollar el estudio empírico que se presenta en la segunda parte de este trabajo.

La primera parte orientada a la justificación teórica, se ha organizado en cuatro capítulos:

- ✓ El *primer capítulo*, está dirigido a describir las características que definen a la población objeto de estudio, es decir, las personas con un trastorno mental severo.
  
- ✓ En el *segundo capítulo* se aborda la conceptualización de la calidad de vida, la calidad de vida relacionada con la salud y el bienestar psicológico. En él se presenta además una descripción de instrumentos utilizados para evaluar dichos constructos. Finalmente se ofrece un resumen de los resultados de estudios previos dirigidos a evaluar estos aspectos en personas con enfermedad mental severa.
  
- ✓ El *tercer capítulo* se centra en el funcionamiento y participación en actividades de vida diaria, exponiendo aspectos relacionados con la evaluación de estas variables y analizando, a través de la revisión de estudios recientes, cómo es el desempeño de las personas con trastorno mental severo en estas

actividades, así como las oportunidades que el contexto proporciona para que puedan participar en las mismas.

- ✓ El *cuarto capítulo* incluye una aproximación al paradigma de la recuperación, a través del análisis de los principales conceptos, modelos y herramientas de evaluación existentes en otros contextos y se pone de manifiesto la necesidad de disponer de instrumentos válidos y fiables para evaluar la recuperación en nuestro país.

De acuerdo a la información analizada, y con objeto de avanzar en el estudio de estos aspectos en personas con enfermedad mental en nuestro país, se expone en la segunda parte el trabajo empírico desarrollado. Esta parte se divide en tres capítulos, organizados de la siguiente manera:

- ✓ En el *quinto capítulo* se presenta un estudio de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, el bienestar psicológico y el funcionamiento y participación en actividades de la vida diaria de personas con trastorno mental severo.
- ✓ El *sexto capítulo* describe el estudio de adaptación y validación española de la Recovery Assessment Scale (RAS), un instrumento de evaluación de la recuperación desde la perspectiva actual de comprensión del constructo, en personas con trastorno mental severo.

- ✓ Por último, en el *séptimo capítulo*, se pretende recoger las principales conclusiones derivadas de los resultados obtenidos, los aspectos de mejora y las posibles líneas de investigación futuras.





# CAPÍTULO 1

DEFINICIÓN DE LOS  
TRASTORNOS MENTALES  
SEVEROS Y NECESIDADES  
DE LAS PERSONAS.





## **CAPÍTULO 1. DEFINICIÓN DE TRASTORNOS MENTALES SEVEROS Y NECESIDADES DE LAS PERSONAS**

### **INTRODUCCIÓN**

En este capítulo se va a realizar una aproximación inicial a la población que nos ocupa: las personas diagnosticadas de un trastorno mental severo. Para ello, se analizará en primer lugar el significado y el impacto que tienen los trastornos mentales en la sociedad. Posteriormente, se analizarán las dimensiones que se encuentran implicadas a la hora de hablar de personas con un trastorno mental severo y se repasarán las principales definiciones propuestas, así como los criterios implicados en cada una de ellas. En tercer lugar, se analizarán las necesidades de apoyo que identifican las personas con trastorno mental, los familiares y los profesionales. Para el análisis de todas estas cuestiones se analizará la investigación producida en los últimos años.

Para terminar, se propone un último apartado donde se recogen las principales conclusiones obtenidas tras este primer análisis.

### **1.1. IMPACTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES**

La salud mental no es solo la ausencia de trastorno, sino que es considerada como un estado de bienestar en el cual el individuo realiza sus propias actividades, hace frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a la sociedad (WHO, 2013). En la sociedad actual existen evidencias que destacan la falta de

servicios dirigidos a la salud mental, concretamente, de servicios dirigidos a la promoción y prevención de los trastornos mentales (OMS, 2009). Por ese motivo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) viene planteando, desde hace tiempo la necesidad de trasladar desde una posición marginal a una posición más relevante, el tema de la salud mental en las políticas y prácticas sanitarias (OMS, 2005). Para ello propone fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastorno mental. Para alcanzar todos estos principios es necesario integrar y coordinar una labor holística de prevención, promoción, rehabilitación, atención y apoyo dirigida a satisfacer las necesidades en este campo (WHO, 2012).

Abordar y proponer soluciones en este campo resulta clave, ya que existen evidencias que muestran, a nivel mundial, el incremento de personas con un trastorno mental (OMS, 2001a). En el continente europeo, algunas investigaciones informan que un 25% de la población padece un trastorno mental a lo largo de su vida (WHO, 2005a). En España, en un estudio en el que participan 1356 unidades de atención primaria (distribuidas proporcionalmente por todo el país), 7936 personas que acuden al centro de salud y 1925 médicos, se muestra que el 53,6% de las personas que acuden a atención primaria presenta uno o más trastornos psiquiátricos (Roca et al., 2009).

La importancia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales no viene determinada únicamente por sus altas tasas de incidencia, sino que también viene determinada por el impacto que provocan tanto a nivel personal como social.

A nivel personal, las consecuencias se traducen en dificultades en el funcionamiento personal, ocupacional, familiar y social, lo que origina presencia de discapacidad, así como bajos niveles de calidad de vida. En cuanto al funcionamiento personal, estas dificultades se relacionan con limitaciones en el desempeño de las actividades de la vida diaria. Dentro de

este grupo se incluyen todas las actividades necesarias para que una persona se desenvuelva con competencia personal y social en la comunidad; concretamente, a esta población se les ha relacionado una serie de dificultades en su funcionamiento diario. Para detallar las características que se asocian a este tipo de población, se ha recurrido a un estudio de investigación realizado con personas diagnosticadas de un trastorno mental severo en el contexto español; en dicho estudio (Zuñiga et al. 2013) participan 518 personas, y los resultados muestran que el 65% de los participantes presentan sintomatología relacionada con la angustia o con malestar psicológico; un 49% presenta síntomas psicóticos y problemas relacionados con el cuidado y mantenimiento del hogar; entre un 42 - 46% considera que tiene pocos contactos sociales, que presenta otros problemas médicos independientes de su trastorno mental y que no lleva una alimentación adecuada. Algo más de un tercio de los participantes presenta dificultades en el desempeño de las actividades de la vida diaria, como puede ser el manejo de los medios de transporte y la gestión y administración del dinero. Y por último, este estudio muestra que un 20% de las personas consideran que tienen dificultades a la hora de encontrar pareja y de mantener relaciones sexuales (Zuñiga et al. 2013).

Estas necesidades sin cubrir, presentes en la mayoría de las personas con un trastorno mental, se ven agravadas cuando la persona se encuentra en un contexto que impone barreras y/o no proporciona los apoyos apropiados, por lo que origina importantes restricciones para la participación en situaciones vitales, lo que se traduce en la presencia de discapacidad. Esta delicada situación conlleva a que se realicen estimaciones como la ofrecida por el ministerio de sanidad, el cual prevee que para el año 2020, entre las diez principales enfermedades que generan discapacidad, cinco de ellas serán originadas por los trastornos mentales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). En la misma línea, la OMS considera que la esquizofrenia es la octava causa más frecuente de años de vida ajustados por discapacidad

entre personas jóvenes de 15 a 34 años (WHO, 2012), considerando los trastornos mentales como la principal causa de discapacidad en el mundo (OMS, 2013) y en España; son considerados como una de las principales causas de discapacidad a lo largo de la vida de una persona (Oliva, López, Montejo, Osuna, & Duque., 2009).

Entre las consecuencias personales que se derivan de este tipo de trastornos, es importante destacar el impacto que genera todo lo descrito anteriormente en la calidad de vida de una persona. El sufrimiento que genera este tipo de trastornos es mucho mayor que el que originan otro tipo de enfermedades de carácter crónico (WHO, 2005b). Según la Organización Mundial de la Salud, el 90% de los casos de suicidio están asociados a personas con trastornos mentales (WHO, 2006); concretamente las personas con esquizofrenia son las que presentan las mayores tasas (Carlborg, Winnerbäck, Jönsson, Jokinen, & Nordström, 2010). Por ello, la nueva Estrategia Nacional de Salud Mental aborda la lucha contra el suicidio como una de las principales líneas estratégicas, puesto que la esperanza de vida en las personas con un trastorno mental severo, como la esquizofrenia, es de veinte años menor que la de la población general, existiendo en España, en el año 2011, una tasa de suicidio del 6,89% (Arango, 2011).

Con respecto al impacto que tienen este tipo de trastornos en el ámbito familiar, es importante destacar que la familia es considerada como uno de los principales proveedores de apoyos para las personas con trastorno mental severo (Ribé, 2014). De hecho, son las familias las que asumen, en la mayoría de los casos, el cuidado de la persona (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Estos datos son respaldados a través de otras investigaciones, como la realizada en España por la federación de asociaciones de familiares y personas con trastorno mental, donde se estima que el 80% de las personas con trastorno mental severo convive con sus familiares (Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Trastorno Mental [FEAFES], 2008).

En este punto, cabe destacar que las consecuencias que se derivan de un trastorno mental no se limitan únicamente al impacto que origina en la vida de una persona y en su entorno más cercano, sino que trasciende y produce un efecto en la sociedad en general. Un ejemplo del impacto que genera a nivel social es el económico; según los datos ofrecidos por investigaciones, como la realizada por Bloom et al. (2012), los resultados muestran que tanto los costes directos como indirectos derivados de los trastornos mentales han originado a nivel mundial un coste de 2493 billones de dólares estadounidenses, frente a los 6046 que se esperan en 2030. A nivel europeo, como media, la salud mental asume el 5.6% del presupuesto sanitario total, porcentaje que varía, dependiendo de cada país, desde menos del 1% hasta el 12% (WHO, 2001). De manera general, en España se destina un porcentaje menor si se le compara con otros países de la Unión Europea, como Holanda, Reino Unido, Suecia, Alemania y Suiza (Salize et al., 2009). En este mismo contexto, otras investigaciones muestran datos concretos sobre los costes sanitarios asociados a la esquizofrenia; en concreto, sitúan un 2,7% del gasto público en sanidad, un coste total de 1.970 millones de euros, de los cuales el 53% corresponde a costes directos sanitarios, y el 47% restante, a costes indirectos (Oliva et al. 2009). Dentro de los costes directos, se incluyen los relacionados con la atención hospitalaria y ambulatoria; dentro de los costes indirectos estarían los relacionados con la pérdida de productividad (Oliva et al. 2009). Este tipo de información coincide con otras investigaciones que resaltan los elevados costes, tanto directos como indirectos, que generan los trastornos mentales en una sociedad (European Union Commission [EUC], 2004).

Bajo este panorama la Organización Mundial de la Salud ha reconocido la necesidad de tomar medidas para reducir la carga y mejorar la capacidad de los Estados para poder responder al reto creciente de estos problemas (OMS, 2002); establece, entre otras medidas, la necesidad de ofrecer una adecuada atención integrada y adaptable en la que se procure llevar a cabo una atención holística en prevención, promoción, atención y apoyo con el

objetivo de facilitar la recuperación de personas con un trastorno mental, a través de la coordinación de los servicios de atención sanitaria y social (WHO, 2012).

## **1.2. APROXIMACIÓN A LA DEFINICIÓN DE TRASTORNO MENTAL SEVERO**

Dentro de los trastornos mentales, se encuentra un grupo denominado trastornos mentales graves o severos. Como indican López y Laviana (2007), la utilización de estos nuevos conceptos sustituye al ya histórico término “*crónico*”, impreciso, desajustado y demasiado dependiente, al igual que su opuesto “*agudo*”. Y es que, en efecto, el término “*crónico*” ha desaparecido de la literatura, ya que está asociado a una incapacidad continuada y que, por lo tanto, supone escasas posibilidades de recuperación (Lezcano, 2004). Así, en la actualidad se han establecido en nuestro vocabulario de forma natural los términos trastornos mentales “*graves*” o “*severos*”, que engloban diversos diagnósticos psiquiátricos con características bien definidas, con cierta persistencia en el tiempo y con dificultades en el funcionamiento personal y social, lo que conllevan como resultado final una disminución de la calidad de vida de la persona (Delgado, Actis, Domínguez, & Camarero, 2011). Para definir los criterios que se incluyen dentro de los trastornos mentales severos, se han utilizado diferentes parámetros, como la evolución que presentan, la duración del trastorno y los síntomas con los que cursa el trastorno (Asociación Española de Neuropsiquiatría [AEN], 2002). Entre las definiciones sobre trastorno mental severo se encuentra la de autores como Goldman, Gattozzi, & Taube, (1981), en la que se incluye a toda persona cuyo diagnóstico sea esquizofrenia, trastorno bipolar y depresivos graves, síndromes orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad que



presenten dificultades o limitaciones en el funcionamiento diario, en relación a aspectos de la vida diaria, como la higiene personal, el autocuidado, el autocontrol, las relaciones interpersonales, las actividades de ocio, el trabajo y la independencia económica.

La definición clásica de los trastornos mentales severos es la ofrecida por el Instituto Nacional de Salud Mental en 1987, e incluye a un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que llevan asociados un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos socio-sanitarios de la red de atención psiquiátrica y social (Schinnar, Rothbard, Kanter, & Jung, 1990). Dentro de este grupo se incluyen:

- 1) Personas diagnosticadas de psicosis no orgánica o trastornos de personalidad.
- 2) Personas cuya evolución curse con un largo historial de hospitalizaciones previas o tratamientos ambulatorios.
- 3) Personas cuyo trastorno les haya originado discapacidad, manifestada por incapacidad laboral o limitaciones importantes en el desempeño de actividades básicas.

Partiendo de esta definición y en un intento de completarla, la Consejería de Salud estableció los siguientes parámetros como indicadores de trastorno mental severo. El principal, la presencia de sintomatología psicótica o prepsicótica, lo que conlleva a: 1) problemas de captación y comprensión de la realidad; 2) distorsión de la relación con los otros; 3) supone o puede suponer riesgo para su vida; y 4) tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (discapacidad). Estas características se traducen en la necesidad de la persona de una atención holística, que incluya una atención sanitaria con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación, una atención intersectorial, que

incluya las áreas social, laboral, educativa, judicial e intervenciones sobre el medio social y familiar; por último, también se destaca la necesidad de apoyos de manera continua y prolongada. Dentro de esta definición de trastornos mentales severos se incluye los diagnósticos de esquizofrenia y otras psicosis delirantes, psicosis afectiva y trastorno límite de personalidad (Consejería de Salud, 2006).

La existencia de diferentes definiciones sobre un mismo concepto demuestra la complejidad del mismo, originando opiniones como la de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, que considera que se incluye a una extensa y heterogénea gama de personas con características y necesidades muy diferentes, todas incluidos bajo el mismo epígrafe: trastorno mental severo (AEN, 2002). Esta heterogeneidad en el concepto ya se hizo patente en la investigación realizada por Schinnar et al., (1990), citado en (AEN, 2002), en la que hallaron hasta 17 definiciones diferentes de trastorno mental severo utilizadas en los EEUU entre 1972 y 1987. En la actualidad, se considera que existe cierto consenso sobre las dimensiones y características implicadas a la hora de hablar de esta población (López & Laviana, 2007). Este consenso se ve reflejado, tras la revisión de la literatura que define los criterios implicados en la definición de los trastornos mentales severos: 1) diagnóstico; 2) tiempo de evolución; 3) presencia de discapacidad.

En cuanto a los diagnósticos que se incluyen dentro del primer criterio, se encuentra la esquizofrenia y otras psicosis. Dentro de esta categoría, si se sigue la definición realizada por el Instituto Nacional de Salud Mental se incluirían los trastornos psicóticos y algunos trastornos de la personalidad (Schinnar et al., 1990). Los denominados *trastornos psicóticos* se caracterizan por la presencia de sintomatología, como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos, como por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia (American Psychiatric Association [APA], 2000). Los denominados *trastornos de personalidad* son considerados

como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento, que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto (APA, 2000). Incluir esta categoría dentro del grupo de trastornos mentales severos ha sido en varias ocasiones objeto de debate, dada la dificultad a la hora de establecer su diagnóstico, pero la gravedad de su clínica y el consecuente uso generalizado y continuo de los servicios de salud mental (AEN, 2002), ha motivado su inclusión. Por último, se destacan los trastornos del estado de ánimo; en este caso, si nos ceñimos estrictamente a la definición establecida por el Instituto Nacional de Salud Mental, los trastornos del estado de ánimo no estarían incluidos dentro de la definición de trastorno mental severo. En cambio, hay autores como Goldman, Gattozzi, & Taube, (1981), que defienden la inclusión de los *trastornos bipolares y depresivos graves*; los primeros se caracterizan por la presencia de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia de episodios depresivos mayores; los episodios maníacos se caracterizan por un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable (APA, 2000); los *trastornos depresivos* se caracterizan por la presencia de estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (APA, 2000).

Por lo tanto parece existir unanimidad en la inclusión de trastornos como la esquizofrenia, la depresión mayor, el trastorno bipolar y algunos de los trastornos de la personalidad (Hansson, 2006), o dicho de mejor forma, dentro de la definición de trastornos mentales severos se incluye a todas las categorías diagnósticas que lleven asociadas grandes necesidades de apoyo (Waghorn & Hielscher, 2015).

En cuanto al segundo criterio implicado en la conceptualización de los trastornos mentales severos, el tiempo de evolución se ha fijado en la mayoría de los casos en más de

dos años; durante este tiempo, la persona ha necesitado tanto apoyos sanitarios como sociales. El tiempo se suele definir en un periodo de dos años de duración de tratamiento y no del trastorno, ya que es frecuente que exista un periodo premórbido que puede incluir sintomatología activa, pero que es difícil de delimitar en el tiempo (AEN,2002).

Y el tercer criterio, relacionado con la presencia de discapacidad, se establece en función de las necesidades de apoyo que precisa la persona para su funcionamiento diario. Dichas necesidades son analizadas a través de la aplicación de ciertos instrumentos, como la Global Assessment of Functioning (GAF) (Jones, Thornicroft, Coffey, & Dunn, 1995), que evalúa el funcionamiento global a través de la existencia de disfunción moderada o severa en las áreas laboral, social y familiar. Esta herramienta establece puntuaciones en función del grado de autonomía y la presencia de sintomatología; a mayores puntuaciones, mayor independencia en actividades laborales, sociales y familiares y menor presencia de sintomatología (Jones, Thornicroft, Coffey, & Dunn, 1995). Las dificultades que se encuentran incluidas dentro de este tercer criterio para la definición de los trastornos mentales severos, pueden traducirse en presencia de discapacidad. Según la Organización Mundial de la Salud, en su Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, define discapacidad como deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano (OMS, 2001b). Estas limitaciones en el desempeño de actividades dificultan una vida independiente, la participación en la comunidad y la asunción de los roles propios de la edad adulta (Delgado, Actis, Domínguez, & Camarero, 2011).

Una vez que han sido definidos los tres criterios que se incluyen a la hora de hablar de personas diagnosticadas de un trastorno mental severo, hay que destacar que existen otras líneas de investigación dirigidas a explorar las características que se encuentran asociadas a este tipo de población, como son las ofrecidas por la Asociación Española de

Neuropsiquiatría. Entre estas características, se incluyen una mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para adaptarse a las demandas cambiantes del ambiente, disponer de una red social escasa (limitada en la mayoría de los casos a la familia), riesgo de aislamiento social, necesidad de apoyo por parte de personas o de recursos sanitarios y/o sociales, dificultades para acceder al mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su integración social, favoreciendo la dependencia económica, la pobreza y la marginación (AEN, 2002).

Una vez analizados los criterios y las características asociadas a este tipo de población, es necesario analizar la prevalencia de este tipo de trastornos. Para su análisis se incluyen investigaciones que están dirigidas a conocer el número de casos y nuevos casos de personas con trastorno mental que existen en una población. En este tipo de estudios, resulta difícil estimar con precisión la prevalencia de los trastornos mentales severos, principalmente por dos motivos; el primero de ellos se debe a la variedad de criterios que se establecen a la hora de hablar de trastornos mentales severos, lo que origina mucha variabilidad en el número de personas incluidas; el segundo motivo se debe al gran número de personas que están sin diagnosticar o mal diagnosticadas (OMS, 2002). A pesar de estas dificultades, en la literatura existen algunas evidencias que estiman la prevalencia de los trastornos mentales severos. Concretamente en un estudio llevado a cabo con 5.593 personas, representantes de cada uno de los estados de los Estados Unidos en los que se incluyen como criterios de selección los siguientes: 1) que la persona haya sido evaluada en un periodo mayor a 12 meses, estableciendo un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno con sintomatología psicótica; 2) que la persona haya realizado un intento de suicidio; 3) que la persona tenga discapacidad o incapacidad laboral; 4) que la persona dependa o abuse de sustancias; 5) que la persona tenga un trastorno de control de impulsos (Hudson, 2009). Siguiendo estos criterios, hallaron una prevalencia de 5.5% de personas adultas que cumplen con las características anteriormente definidos. En Europa, existen también algunos ejemplos

de investigaciones realizadas para tal fin. En concreto, en Lombardía (Italia), se llevó a cabo un estudio para conocer la prevalencia anual de los trastornos mentales severos y para ello se incluyó a toda persona que además de tener un diagnóstico de trastorno mental cumpliera con alguno de los siguientes criterios: 1) gravedad del trastorno evaluado a través de la escala HONOS (Uriarte et al., 1999), en la que se obtenga una puntuación de cuatro en uno de los 12 ítems, lo que indica un problema grave o muy grave, o una puntuación de tres en, al menos, uno de los ítems, lo que indica problema moderadamente grave; 2) contacto con alguno de los servicios de atención sanitaria en el año anterior, lo que incluye ingreso hospitalario, unidad residencial, hospital de día o más de cuatro intervenciones por parte de alguno de los profesionales de la rama de psiquiatría o psicología. Bajo estos criterios hallaron una prevalencia anual de 3.1/1000 habitantes, en población mayor de 14 años (Lora, Bezzi, & Erlicher, 2007).

Analizando los datos de prevalencia, que se han hallado en las diferentes investigaciones, se pone de manifiesto la variabilidad de los datos, ya que estos están determinados por los criterios de selección que se fijan a la hora de hablar de personas con trastorno mental severo. Por esto motivo, resulta evidente que en la literatura exista un mayor volumen de bibliografía dirigida a estimar la prevalencia de los trastornos que se encuentran incluidos dentro del grupo de trastornos mentales severos, sobre todo los trastornos psicóticos, siendo la esquizofrenia, quizás, la más representativa. Estas investigaciones estiman que a nivel mundial la esquizofrenia afecta aproximadamente al 1% de la población (Walker, Kestler, Bollini, & Hochman, 2004), aunque parece existir una falta de consistencia entre los resultados obtenidos en varias investigaciones sobre la prevalencia de la esquizofrenia (Simeone, Ward, Rotella, Collins, & Windisch, 2015). En este artículo de revisión se realizó una búsqueda en las bases de datos de MEDLINE, Embase y PSYCINFO para analizar las investigaciones que se habían publicado durante el periodo comprendido

entre 2003-2013. Como criterios de selección, se incluyeron todos los artículos que analizan la prevalencia de la esquizofrenia en la población general y, como criterio de exclusión, a los que incluyen dentro de su población de acceso a personas sin hogar y a reclusos que estuvieran en prisión. Finalmente seleccionaron 21 artículos de los que se obtuvo una prevalencia anual de 0.51% en América del Norte, con un rango intercuartil de 0.42% - 0.56% y una prevalencia de 0.31% en Europa, con un rango intercuartil de 0.26% - 0.34% (Simeone et al., 2015). En España, se destaca el estudio longitudinal retrospectivo que se llevó a cabo en base al registro de todas las personas con psicopatología localizadas en un área geográfica perteneciente a Barcelona. Para este estudio se revisaron todas las historias clínicas de personas que habían tenido contacto con los servicios de salud mental durante el periodo comprendido entre el año 1982 y 2000, en total, 21.236 personas. Los resultados muestran una incidencia de casos de esquizofrenia de 3.47/10.000 habitantes, con un intervalo de confianza del 95% (2.3 - 4.6). En cuanto a la prevalencia de la esquizofrenia, la sitúan en 54.9/10.000 habitantes, con un intervalo de confianza del 95%, (41.8 - 50.1).

Todos estos resultados muestran, en definitiva, las elevadas tasas de incidencia y prevalencia de los trastornos mentales severos en todo el mundo. Estos resultados, junto a los analizados previamente sobre el impacto que generan dichos trastornos, colocan a esta población en una situación prioritaria, que muestra la necesidad de seguir investigando y avanzando en este campo para mejorar la atención de este colectivo. Como lo refleja el centro de investigación biomédica en red de salud mental en su plan estratégico 2014-2016, tanto por la relevancia y magnitud, como por los costes derivados de los trastornos mentales, éstas se sitúan entre las principales prioridades sanitarias y de investigación (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental [CIBERSAM], 2014).

### **1.3. NECESIDADES PRESENTES EN LAS PERSONAS CON UN TRASTORNO MENTAL SEVERO**

El concepto de necesidad ha sido ampliamente desarrollado (Prentice, Halusic, & Sheldon, 2014), pero especialmente en el campo de la salud mental es utilizado para referirse a la existencia de una deficiencia en la salud y, más exactamente, cuando existe un déficit que podría ser cubierto, pues se dispone de la solución apropiada (Torres, Rosales, Moreno, & Jiménez, 2000). De acuerdo a lo que mencionan en el artículo de Cruz, Pérez, Jenaro, Vega, & Flores, (2011), la presencia de tales necesidades en las personas con trastorno mental severo pueden dificultar el desempeño de roles y en interacción con diferentes factores y barreras sociales, como puede ser el estigma o la falta de recursos, pueden originar un riesgo de desventaja social y marginación.

Por lo tanto el análisis de dichas necesidades es clave, y para ello se utilizan diferentes herramientas de evaluación, entre las que destaca el Cuestionario de Necesidades de Camberwell (Phelan et al., 1995). Este instrumento, validado en población española (Rosales, Torres, Del Castillo, Jiménez, & Martínez, 2002), recoge 22 áreas de necesidades cubiertas y no cubiertas (alojamiento, alimentación, cuidado del hogar, cuidado personal, actividades diarias, salud física, síntomas psicóticos, información sobre el tratamiento, angustia, seguridad hacia sí mismo, seguridad de los otros, alcohol, drogas, compañía, relaciones de pareja, sexualidad, cuidado de hijos, educación básica, teléfono, transporte, dinero y ayudas sociales), tanto desde la perspectiva de la persona diagnosticada de un trastorno mental, como desde la de sus cuidadores o profesionales. Para el análisis de las necesidades en la población que nos ocupa, se ha recurrido a un artículo reciente realizado en el contexto español. En este artículo se destacan, como necesidades no cubiertas, las relacionadas con: 1) la compañía, entre las que se incluye la red de apoyo de la persona y el número de contactos con su red social; 2) la angustia, en la que se valora la presencia de síntomas como la tristeza, la



ansiedad, el miedo o el temor; 3) las actividades diarias, en la que se valora la participación en actividades domésticas, laborales y sociales (Zuñiga et al. 2013). En este mismo estudio se comparan los resultados obtenidos en otra investigación a nivel europeo, donde estuvieron presentes seis ciudades de este continente (McCrone, et al 2001). Tras este análisis los autores hallan que el número de necesidades informadas se incrementa de forma estadísticamente significativa en las personas diagnosticadas de esquizofrenia, que tienen un nivel socioeconómico bajo o muy bajo y en las personas que tienen mayor edad (Zuñiga et al. 2013).

Este tipo de información coincide con la mayoría de las respuestas que dan los profesionales, cuando actúan como informantes acerca de las necesidades de las personas con trastorno mental. Ambos coinciden a la hora de identificar las áreas de síntomas psicóticos, el sufrimiento psicológico, vida en el hogar y relaciones sociales, como áreas prioritarias de atención (Gunnmo & Bergman, 2011), es decir, como áreas en las que se precisa mayor apoyo.

En otro estudio realizado en el contexto español, en el que participan 95 personas con trastorno mental severo pertenecientes a la Comunidad de Madrid, se halló una frecuente presencia de necesidades no cubiertas en las áreas de relaciones de pareja (33.0%), compañía (26.3%), información (23.7%) y sexualidad (16.9%) (Andrés & López, 2011). Estos resultados coinciden con investigaciones previas, sobre todo en el área de compañía, ya que parece que en la mayoría de esta población la red de apoyo se encuentra limitada únicamente a la familia. Puesto que la familia supone una de las grandes fuentes de apoyo, es importante también conocer sus necesidades. Estas necesidades son entendidas como las situaciones en las que el familiar desea apoyo por parte de los profesionales de servicios (Osse, Vernooij-Dassen, de Vree, Schadé, & Grol, 2000). Entre las más destacadas, se encuentra la necesidad de proporcionar información cuando sea necesario, la ayuda económica, periodos de respiro,

apoyo profesional y emocional, además del valor que le otorgan al hecho de que su opinión sea reconocida y valorada a la hora de tomar decisiones sobre el proceso de recuperación de su familiar (Guinea, 2007). Las necesidades de información también se identificaron en el estudio de Andrés & López, (2011), en el que participan 53 familiares de personas con trastorno mental severo. En concreto, un 94.3% de los participantes desea disponer de mayor información y orientación sobre el futuro de su familiar; un 77.4% de los participantes solicita mayor información social, económica y laboral; y a un 75.5% de los participantes les gustaría disponer de más información sobre los recursos que están disponibles para su familiar. En la misma línea, en el estudio de Gunnmo & Bergman, (2011) se destaca la importancia de conocer y de saber más acerca de lo que implica tener un trastorno psicótico y que ésta sea transmitida tanto a los familiares como a la sociedad de la que forman parte, con el objetivo de facilitar su inclusión en la comunidad. En segundo lugar, se destaca la necesidad de mantener contactos sociales que les permitan desempeñar actividades. En tercer lugar, se destaca el empleo, seguido del desarrollo de una relación terapéutica basada en la confianza y en la seguridad, en la que sus opiniones son valoradas a la hora de tomar decisiones. Por último, se destaca la importancia de proporcionar apoyos de manera continua a lo largo del proceso de recuperación de la persona, para favorecer su independencia en la comunidad (Gunnmo & Bergman, 2011).

Con estos resultados, se puede pensar que, en la actualidad, los servicios de atención no cubren las necesidades reales de esta población, puesto que así lo muestran las personas con trastorno mental, sus familiares y los profesionales, a través de la identificación de las necesidades anteriormente descritas. Este panorama puede explicarse a través de los datos que ofrece la Organización Mundial de la Salud, en los que se destaca que el 25% de los países del mundo no tienen una legislación sobre salud mental, y del resto de países, un 15%, se rige todavía por leyes que fueron establecidas antes de 1960, época en la que la mayoría de

los cambios y avances en la investigación no habían sucedido (WHO, 2001). Además, solo el 51% de las personas con trastorno mental severo tiene acceso a los tratamientos necesarios (WHO, 2001), y en Europa, a pesar de que el 32.8% de la población tiene un trastorno mental, solo un tercio de ellos recibe el tratamiento adecuado a sus necesidades (Wittchen et al., 2011). En España la realidad no difiere mucho de la del resto; más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben, y de las que sí lo están, un porcentaje significativo no recibe el adecuado (WHO, 2005a). Estos datos llevan a pensar que en España, la atención en salud mental es una asignatura pendiente en el actual Sistema Nacional de Salud (Bobes & Saiz 2013).

#### **1.4. CONCLUSIONES**

El desarrollo de este capítulo muestra las líneas de actuación que son claves en materia de salud mental: 1) fomentar el bienestar mental; 2) prevenir los trastornos mentales; 3) proporcionar atención; 4) apoyar la recuperación; 5) promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastorno mental (WHO, 2012). Estas líneas generales sirven de guía y orientación sobre hacia dónde deben ir las prácticas profesionales, muchas de ellas ya son realidad en algunos contextos y, en otros, se está construyendo para alcanzarlos.



# CAPÍTULO 2

## CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO





## **CAPÍTULO 2. CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO**

### **INTRODUCCIÓN**

A lo largo del capítulo anterior se ha realizado un análisis sobre las características que definen al grupo denominado *trastornos mentales severos*. En este capítulo se pretende analizar, en primer lugar, el principal modelo de calidad de vida que existe en la población general y en personas con discapacidad; posteriormente se realizará un análisis del significado de calidad de vida relacionada con la salud y de las principales herramientas de evaluación.

Tras este análisis se pretende analizar las principales puntuaciones obtenidas en calidad de vida, así como identificar algunos de los factores que puedan contribuir a tales resultados. Por último, se realiza un breve análisis sobre el significado de bienestar psicológico y su implicación en el campo de la salud mental.

### **2.1. CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN GENERAL**

La calidad de vida ha sido ampliamente desarrollada en diferentes poblaciones. Concretamente en población general; cabe destacar el trabajo realizado por Cummins (Cummins & Cahill, 2000), tanto por el desarrollo de un modelo y un marco conceptual sobre la calidad de vida, como por el volumen de literatura que se ha desarrollado en este campo. Este autor considera que la calidad de vida está formado por siete dimensiones: bienestar

material, salud, productividad, intimidad, seguridad, comunidad y bienestar emocional (Cummins & Cahill, 2000) (Figura 1). En estas dimensiones se incluyen los *aspectos objetivos*, donde se incluyen los ámbitos que son relevantes para la cultura de la que forma parte la persona y, los *aspectos subjetivos*, donde se incluye el grado de satisfacción en los distintos ámbitos, influenciados por el peso y la importancia que la persona le otorga (Cummins & Cahill, 2000).

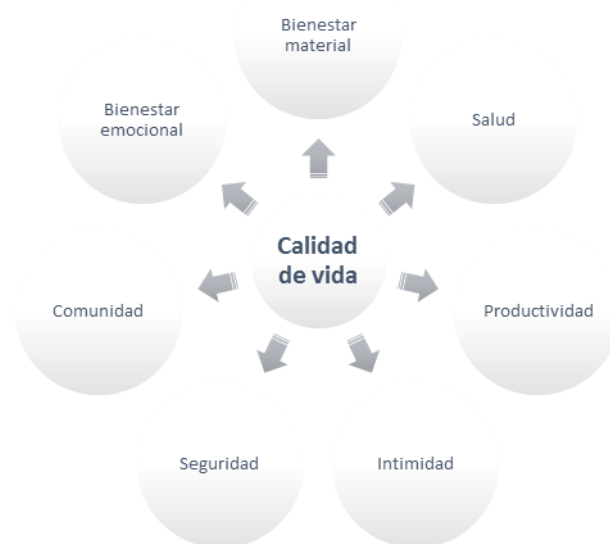


Figura 1. Dimensiones incluidas en el modelo de calidad de vida elaborado por Cummins.

Bajo esta definición de calidad de vida el autor desarrolla una herramienta de evaluación, la Escala Comprensiva de Calidad de Vida (COMQOL) (Cummins, 1997). Esta escala dirigida a todo tipo de población y que presenta, como lo recoge en su manual (Cummins, 1997), las siguientes características (Cummins, 1997): a) Es multidimensional; la COMQOL define la calidad de vida en siete dimensiones con el objetivo de incluir todos los aspectos que influyen en la misma; b) Es multi-axial, es decir, se evalúan de forma separada los aspectos objetivos y subjetivos implicados en la calidad de vida; los aspectos subjetivos son clasificados por separado en función del grado de importancia que otorga la persona; c)



Puede ser utilizado por cualquier población debido a las versiones específicas que se han desarrollado a partir de esta escala; la COMQOL-ID para personas con discapacidad intelectual y COMQOL-ST para personas adolescentes. d) La escala presenta adecuadas propiedades psicométricas de fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio.

Cada dimensión implicada en calidad de vida es evaluada a través de una serie de indicadores (Cummins, 1997a):

- 1) Bienestar material: se incluyen tres ítems relacionados con el tipo de alojamiento en el que vive la persona, con el número de posesiones propias y con la cantidad de ingresos que tiene.
- 2) Salud: se incluyen tres ítems relacionados con el número de visitas al médico, con la presencia de discapacidad y con la toma de medicación.
- 3) Productividad: se incluyen tres ítems relacionados con el número de horas que dedica al trabajo, la educación y al cuidado de los hijos, con el número de horas que dedica al tiempo libre y a ver la televisión.
- 4) Intimidad: se incluyen tres ítems relacionados con el tiempo que dedica a hablar con un amigo o con una persona significativa que le proporcione cuidado y compañía.
- 5) Seguridad: se incluyen tres ítems relacionados con el sueño, con la seguridad en el hogar y con la ansiedad.
- 6) Comunidad: se incluyen tres ítems relacionados con la participación en actividades comunitarias.
- 7) Bienestar emocional: se incluyen tres ítems relacionados con la existencia de metas, la planificación de los objetivos necesarios para alcanzar los propósitos de la persona y la participación activa para poder conseguirlos.

Este modelo y su correspondiente herramienta de evaluación han sido ampliamente

desarrollados y utilizados en multitud de trabajos de investigación.

## **2.2. CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

El constructo de calidad de vida ha sido ampliamente desarrollado en personas con discapacidad. En este contexto se han desarrollado diferentes modelos de calidad de vida; entre ellos, se destaca el desarrollado por Schalock & Verdugo, (2003), dada su relevancia e implicación práctica en el mundo de la discapacidad. Este modelo considera que la calidad de vida es igual para todas las personas, independientemente de si tienen o no discapacidad e independientemente del tipo de la misma. Dicho constructo está formado por componentes objetivos y subjetivos con indicadores que son observables de manera objetiva, e indicadores no observables, relacionados con la percepción subjetiva. De manera resumida, las características de calidad de la vida bajo este modelo quedan definidas, tal y como proponen Schalock y Verdugo de la siguiente manera:

*“La calidad de vida individual es un estado deseado de bienestar personal que: (a) es multidimensional; (b) tiene propiedades éticas (universales) y émicas (ligadas a la cultura); (c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y (d) está influenciada por factores personales y ambientales”*; citado en (Verdugo, Schalock, Gómez, & Arias, 2007, p. 58)

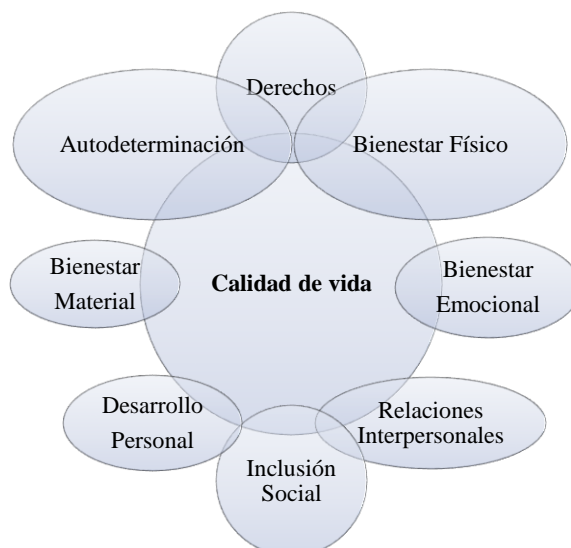


Figura 2. Dimensiones incluidas en el modelo de calidad de vida elaborado por Schalock & Verdugo

En el modelo de calidad de vida se incluyen ocho dimensiones (Schalock & Verdugo, 2003), como se puede observar en la Figura 2, las cuales vienen definidas a través de una serie de indicadores: 1) El bienestar físico, cuya dimensión incluye indicadores como la salud, la nutrición, la movilidad, el ocio y las actividades de vida diaria; 2) El bienestar emocional, en el que se incluye la seguridad, la felicidad, la espiritualidad, la ausencia de estrés, el autoconcepto y la satisfacción con uno mismo; 3) En la dimensión de relaciones interpersonales se incluyen la intimidad, el afecto, la familia, las interacciones, las amistades y los apoyos; 4) En la inclusión social se incluye la aceptación, el estatus, los apoyos, el ambiente laboral, la integración y la participación en la comunidad, los roles, las actividades de voluntariado y el entorno residencial; 5) En el desarrollo personal se incluye la formación, las habilidades, la realización personal, la competencia personal y la capacidad resolutiva; 6) En el bienestar material se incluyen todos los derechos implicados, el económico, la seguridad, los alimentos, el empleo, las pertenencias y el estatus socioeconómico; 7) En la autodeterminación se incluye la autonomía, la capacidad y la posibilidad de toma de elecciones, además de los valores/metapersonales; esta dimensión es muy importante, ya

que dentro de este modelo se destaca el papel protagonista de la persona sobre su vida; 8) Los derechos, entre los que se incluye la privacidad, el voto, el acceso a derechos y las libertades (Gómez-Vela, & Verdugo, 2004).

Bajo este modelo se han desarrollado diferentes herramientas de evaluación dirigidas a poblaciones específicas, entre ellas, se destaca la escala GENCAT (Verdugo, Arias, Gómez, & Schalock, 2009); esta escala se caracteriza por su carácter objetivo, ya que debe ser completada por los profesionales que trabajan con la persona cuya calidad de vida se quiere evaluar (Verdugo et al. 2007).

Entre las propiedades de la escala se encuentra que puede ser aplicable a cualquier persona adulta, es decir, que tenga como mínimo 18 años y que se debe contar con un informante de calidad, que conozca bien a la persona. Esta escala está formada por 69 ítems que miden diferentes indicadores de calidad de vida y que conforman las 8 dimensiones del modelo (Verdugo et al. 2007). Otra característica es que todos los ítems están enunciados en tercera persona y pueden responderse con un formato de respuesta de frecuencia de cuatro opciones: 1 = nunca o casi nunca, 2 = a veces, 3 = frecuentemente, 4 = siempre o casi siempre (Verdugo et al. 2007).

En cuanto a las propiedades de fiabilidad y validez de la escala, en el manual de aplicación de la escala GENCAT de calidad de vida, se indica que el coeficiente de consistencia interna para el total de la escala es de .916 (Verdugo et al. 2009). Por dimensiones, se obtiene una adecuada consistencia interna en cinco de ellas: el bienestar emocional es de .83, las relaciones interpersonales es de .66, el desarrollo personal es de .74, la autodeterminación es de .88 y los derechos son de .69. El resto de dimensiones obtienen puntuaciones más bajas, en concreto, la de inclusión social y la de bienestar material es de .57 y la de bienestar físico es de .47. Los errores típicos de medida asociados a cada una de las dimensiones no alcanzan una magnitud excesiva, oscilando los valores entre 1.87 y 2.75,

siendo para el total de la escala de 6.92, lo que indica la precisión de medida del instrumento. Para determinar la validez del instrumento se llevaron a cabo pruebas para determinar su validez de contenido, su validez convergente, su validez discriminante, su validez nomológica y su validez de constructo, concluyendo a través de estas pruebas que la GENCAT es un instrumento válido y fiable para medir de manera objetiva la calidad de vida de usuarios de servicios sociales (Verdugo et al. 2009).

### **2.3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD**

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud surge bajo el modelo médico ya que este concepto únicamente podía entenderse bajo esta perspectiva (Schwartzmann, 2003). Bajo este modelo la atención estaba dirigida, sobre todo, a la minimización de los síntomas, la prevención de las recaídas y al estudio de los efectos clínicos que el trastorno produce en el paciente (Cervera, Baca, Bobes, Leal, Ibañez & Giner, 1997). Paralelamente, comienzan a desarrollarse otras líneas de investigación en las que se considera que es necesario dar un salto cualitativo en la atención, donde no solo se busque combatir el trastorno, sino también promover la salud y el bienestar. Esta nueva perspectiva se ve impulsada, entre otros motivos, por la existencia de ciertos trastornos crónicos en donde los resultados que se pretenden alcanzar están más relacionados con la búsqueda del bienestar, ya que la curación de la persona no es posible. Este impulso, que se ve favorecido en algunos campos, no tiene el mismo efecto en las diferentes especialidades de la medicina, ya que en ramas como la oncología o la reumatología resulta más fácil su incorporación, pero en el campo de la psiquiatría y la salud mental, estos principios tardaron más en adoptarse (Awad, 2008). El desarrollo de estos valores no solo se vio impulsado por la necesidad de dar

respuesta a ciertas enfermedades de carácter crónico, sino que también influyeron otros factores como el aumento de la esperanza de vida (Post, de Witte, & Schrijvers, 1999). En estos casos las personas no se conforman únicamente con la mitigación o la eliminación de los síntomas, sino que demandan estrategias para el desarrollo y el uso de habilidades que promuevan la salud (Hatfield & Lefley, 1993). Estos factores impulsan y promueven el cambio de medidas basadas en tasas de morbilidad y mortalidad y/o en la expectativa de vida (Schwartzmann, 2003), en medidas de carácter más subjetivo, entre las que se incluye la percepción de la persona sobre su estado. Entre estas medidas surge la calidad de vida relacionada con la salud y que, en palabras de algunos autores, surge con la idea de incluir aspectos que se relacionen con la salud, el trastorno y los tratamientos (Fernández-López, Fernández-Fidalgo & Cieza., 2010).

Desde sus inicios el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud ha sido una de las disciplinas que más ha ido evolucionado a lo largo del tiempo (Consiglio & Belloso, 2003), considerando su incorporación al campo de la medicina como uno de los avances más importantes en el desarrollo de las herramientas de evaluación (Schwartzmann, 2003). Por otro lado, al desarrollo del concepto de calidad de vida relacionado con la salud, se le ha atribuido una serie de críticas relacionadas con la vaguedad conceptual del constructo o con la perspectiva desde la que se recoge la información (Fernández-López et al. 2010). En cuanto a la primera crítica que se realiza sobre la claridad del constructo, en muchas ocasiones este concepto ha sido utilizado de manera equivocada o utilizado como sinónimo de otros términos como el estado de salud “*health status*”, el bienestar “*well-being*” y el estado funcional “*functional status*” (Consiglio & Belloso, 2003). Incluso algún autor, tras el análisis de la literatura publicada, considera que muchos de los trabajos que analiza en su revisión utilizan el término de “*calidad de vida*” y de “*calidad de vida relacionada con la salud*” para referirse a un mismo constructo (Urzúa, 2010). Con la intención de aclarar y

diferenciar tales constructos se propone realizar un pequeño análisis sobre la propuesta que elabora la Organización Mundial de la Salud en su Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la salud (OMS, 2001b), ya que éste constituye un marco conceptual que sirve para organizar y clarificar conceptos como calidad de vida relacionada con la salud, bienestar, estado de salud y calidad de vida (Fernández-López et al. 2010). Bajo esta modelo se establecen tres componentes esenciales (OMS, 2001b):

- 1) Funciones corporales y estructuras corporales: todas las funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos; la ausencia o alteración de alguno de ellos es lo que se denomina «deficiencias» en funciones y estructuras.
- 2) Actividad: relacionado con la ejecución individual en las tareas; las «limitaciones» en la actividad son las dificultades que tiene el individuo para poder desempeñar tales actividades.
- 3) Participación; relacionado con el manejo de las situaciones sociales; las «restricciones» en la participación son los problemas que la persona experimenta con el desempeño.

Los tres componentes están incluidos bajo los conceptos de «*funcionamiento*» y «*discapacidad*» y dependen tanto de la condición de salud, como de su interacción con los factores personales y ambientales. Bajo este contexto, el funcionamiento se refiere a un término heterogéneo que incluye todas las funciones y estructuras corporales, y las actividades y la participación de un individuo en la sociedad. El término discapacidad se refiere a cualquier alteración, limitación en la actividad o restricción en la participación como resultado de la interacción entre el estado de salud de un individuo y factores personales (con una condición de salud) y contextuales presentes en su vida cotidiana. Los factores contextuales pueden ser externos (ambientales) o internos (personales) y pueden actuar como

facilitadores o como barreras del funcionamiento. El objetivo de este modelo es generar un baremo que permite graduar la gravedad de la discapacidad (OMS, 2001b).

Este modelo contribuye a clarificar los conceptos que se relacionan con la calidad de vida relacionada con la salud, ya que en la actualidad existen una serie de criterios clave a la hora de hablar de este constructo, que tienen que ver con el carácter multidimensional del mismo y con la consideración de que la propia persona es la fuente principal de información (Consiglio & Belloso, 2003). En este último criterio se sustentan algunas de las críticas que se realizan al constructo, y que aumentan en ciertas poblaciones. Un ejemplo de ello se puede observar en las investigaciones que muestran que las personas con esquizofrenia, en fase estable, tienden a sobreestimar su percepción sobre su estado de salud, en comparación con personas sanas (Fan et al., 2007) o con los profesionales (Herrman, Hawthorne, & Thomas, 2002). En esta línea, algunos autores muestran que las personas con rasgos paranoides de personalidad verbalizan una sensación de bienestar mayor a la de la realidad (Valiente, Provencio, Espinosa, Chaves & Fuentenebro, 2011). Estos resultados propician la falta de confianza por parte de los profesionales e investigadores en las respuestas de las personas con un trastorno mental severo; pero también existen otras investigaciones que muestran la confiabilidad hallada en las respuestas proporcionadas por estas personas, confirmando que pueden evaluar consistentemente su calidad de vida (Awad., 2008; Becchi et al, 2004; Wilkinson et al., 2000); por ello este tipo de medidas son incluidas y recomendadas para su utilización en el campo de la rehabilitación y el tratamiento de personas con trastorno mental (Chino, Nemoto, Fujii, & Mizuno, 2009).

Por lo tanto, una vez analizadas las principales cuestiones relacionadas con el constructo de calidad de vida relacionada con la salud, y expuestas las principales críticas surgidas en torno al concepto, como su ambigüedad y la poca fiabilidad en las respuestas ofrecidas por las personas, sobre todo, cuando se trata de personas con trastorno mental



severo, el siguiente paso es analizar una herramienta de evaluación que incluya todos los criterios que son necesarios a la hora de seleccionar un instrumento de evaluación. Entre estos criterios se incluye; que el instrumento debe ir dirigido a la población de estudio, debe tener adecuadas propiedades psicométricas, debe reflejar la multidimensionalidad del constructo, debe ser consistente con el marco teórico al que pertenece, debe incluir la percepción subjetiva de la persona, debe estar adaptado al nivel cognitivo de la población que va a ser evaluada y, por último, debe ser sensible al cambio (Awad, 2008). En base a estos criterios se destaca el *cuestionario de Salud SF-36* (Ware & Sherbourne, 1992).

### **Cuestionario de Salud SF-36** (Ware & Sherbourne, 1992).

Entre las propiedades que se destacan de este instrumento se encuentra la amplia experiencia en el campo de la investigación y en su práctica diaria (Awad., 2008). Recientemente, un estudio identificó en la base de datos de MEDLINE unos 1.300 artículos, publicados en todo el mundo, en los que se utilizó el SF-36 como herramienta de evaluación de calidad de vida relacionada con la salud en diferentes poblaciones (Leese et al., 2008). Esta información es respaldada a través de otras investigaciones como la ofrecida en el estudio de Papaioannou, Brazier, & Parry, (2011), en el que se muestra que la mayoría de la evidencia científica sobre calidad de vida relacionada con la salud, es analizada a través de la utilización del SF-36. En cuanto a las propiedades del instrumento, Vilagut, et al., (2005), defiende que los resultados de los trabajos que se han publicado con el SF-36 aportan suficiente evidencia científica sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad. En este trabajo se muestran resultados sobre la fiabilidad del instrumento con estimaciones de los coeficientes de  $\alpha$  de Cronbach mayores o iguales a 0.9 para las dimensiones de Función física, Rol físico y

Rol emocional. Para el resto de dimensiones, las estimaciones conjuntas superan un coeficiente de Cronbach superior a 0.7 (Vilagut, et al., 2005).

Esta herramienta también ha demostrado sus adecuadas propiedades en el campo de la salud mental, puesto que ha sido ampliamente recomendada para su uso en este tipo de población (Awad, 2008); de hecho, su diseño y desarrollo ha sido relacionado con uno de los hitos históricos en la implantación y el desarrollo de la calidad de vida en psiquiatría (Bobes, González, Bousoño, & Barcia, 2000). Además, ha sido ampliamente desarrollado en personas con un trastorno mental severo (Bobes, Gutierrez, Gibert, González, Herraiz & Fernández, 1998; Karow, Wittmann, Schöttle, Schäfer, & Lambert, 2014; Namjoshi & Buesching, 2001; Pukrop et al., 2003; Pyne, Rost, Zhang, Williams, Smith, & Fortney, 2003; Yatham, Lecrubier, Fieve, Davis, Harris & Krishnan, 2004). Tras este breve análisis parece que el SF-36 es un instrumento de evaluación adecuado para su uso en personas con trastorno mental severo (Dixon, Goldberg, Lehman, & McNary, 2001), debido a su amplia experiencia práctica y a los resultados positivos que se han obtenido. Más adelante, se realiza un análisis completo sobre las características de este instrumento.

#### **2.4. CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS DIAGNOSTICAS DE UN TRASTORNO MENTAL SEVERO**

En la actualidad, la atención de las personas en el campo de la salud mental está centrada en la promoción de la calidad de vida y la recuperación (Burns, 2007). La incorporación y el desarrollo de estas variables en este campo ha sido tal, que la calidad de vida es considerada como una medida de evaluación imprescindible en los servicios de salud y se ha establecido como uno de los principales objetivos terapéuticos a alcanzar (Galuppi, Turola, Nanni, Mazzoni, & Grassi, 2010; Ho, Chiu, Lo, & Yiu, 2010). Asimismo, se ha

convertido en uno de los indicadores sobre el grado de efectividad de un servicio (Chan, Hsiung, Thompson, Chen, & Hwu, 2007) y sobre el grado de eficacia de los tratamientos (Gutiérrez-Maldonado, 2012).

Para evaluar calidad de vida en este campo se han utilizado diferentes herramientas de evaluación, entre las que se destacan: la Escala de Calidad de Vida (QLS) (Heinrichs, Hanlon, & Carpenter., 1984), el Índice de Calidad de Vida de Wisconsin (Becker, Diamond, & Sainfort., 1993), el instrumento de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-100) (WHO, 1995) y el SF-36 (Ware et al. 1994), que ha sido anteriormente analizado. Pero en este caso, para continuar con el análisis de calidad de vida, se va a recurrir a un trabajo de revisión sobre la literatura publicada con metodología cualitativa (Connell, Brazier, O’Cathain, Lloyd-Jones & Paisley., 2012). En este trabajo se realiza una revisión sistemática de la literatura escrita sobre las investigaciones que se han realizado sobre calidad de vida en personas con problemas de salud mental, durante el periodo comprendido entre octubre de 2009 y abril de 2010, en las bases de datos de MEDLINE, ASSIA, CINAHL, PSYCINFO y Web Of Science. De los 7078 artículos analizados, los autores seleccionan 16, los cuales sirven para mostrar la presencia de los 6 dominios más importantes en calidad de vida desde la perspectiva de las personas con un trastorno mental. Los dominios que se identifican a través de la lectura de los trabajos de investigación publicados son los siguientes:

- 1) El bienestar a pesar de la presencia de sintomatología. Dentro de esta dimensión se incluyen aspectos relacionados con el bienestar físico y la experiencia subjetiva con la sintomatología psicótica. Los síntomas que más aparecen en la literatura son los relacionados con el miedo, la ansiedad y la preocupación.

2) En esta dimensión se incluye la percepción que tiene la persona sobre el control de su propia vida, el manejo de los síntomas y el grado en que la persona comprende las características de su diagnóstico. También se incluye la autodeterminación.

3) En esta dimensión se incluye la percepción que tiene la persona sobre sí misma; el desarrollo de una identidad propia, el sentido de la autoeficacia, la autoestima y el autoestigma.

4) El sentimiento de pertenencia a un grupo y su inclusión en la comunidad, creyendo y confiando en que existen personas que le pueden proporcionar apoyo, que la aceptan y la comprenden. Dentro de esta categoría se incluye la existencia de relaciones interpersonales, el sentimiento de soledad y la presencia de estigma por parte de la comunidad de la que la persona forma parte.

5) La participación en actividades significativas, como la existencia de rutinas en el día a día, el desempeño en actividades de la vida diaria, el empleo y la participación en actividades de ocio significativo.

6) Tener esperanza y ser optimista. La existencia de metas personales y de objetivos por alcanzar.

Estos son los seis dominios que más valoran las personas a la hora de hablar de su calidad de vida y, como se ha mencionado previamente, es considerada como uno de los objetivos prioritarios a alcanzar en la atención sanitaria, lo que ha hecho que se convierta en un tema de preocupación a nivel mundial (WHO, 2005b), sobre todo, en personas con un trastorno mental severo (Chan et al., 2007; Galuppi et al. 2010). Esta preocupación está basado en las bajas puntuaciones que obtiene esta población en calidad de vida. Y es que, en efecto, la literatura muestra que las personas diagnosticadas de una enfermedad mental presentan niveles más bajos de calidad de vida que la población en general (Evans, Banerjee, Leese, & Huxley, 2007; Picardi, Rucci, De Girolamo, Santone, Borsetti & Morosini, 2006).

Tales diferencias también se encuentran cuando se compara entre personas diagnosticadas de un trastorno mental y personas diagnosticadas de un trastorno mental severo. En el estudio de Evans et al. (2007), se comparan los niveles de calidad de vida objetiva y subjetiva en tres poblaciones distintas: población general (sin diagnóstico de trastorno mental), personas con trastorno mental y personas con trastorno mental severo. El último grupo, que hace referencia a las personas diagnosticadas de un trastorno mental severo, son los que presentan los niveles más bajos de calidad de vida percibida en todas las dimensiones evaluadas; además, estas diferencias se mantienen a lo largo del tiempo.

De manera general, estas diferencias también son halladas cuando se evalúa calidad de vida relacionada con la salud, en concreto, cuando se compara a un grupo de personas con problemas de salud mental y a un grupo de personas con problemas de salud física, ambos de larga evolución. Los resultados muestran que las personas con problemas de salud mental obtienen puntuaciones más bajas en calidad de vida relacionada con la salud que las personas con problemas de salud física (Alonso et al., 2004). De manera concreta, en un congreso de psiquiatría celebrado en España se presentaron resultados de calidad de vida relacionada con la salud en 52 personas diagnosticadas de un trastorno mental severo que, en el momento de la evaluación, se encontraban en tratamiento ambulatorio. Los resultados de esta investigación muestran que las dimensiones que se encuentran más afectadas, en función de la media de las puntuaciones obtenidas, son la energía, la vitalidad y la salud mental (Herrán, Sierra-Biddle, Cuesta, Sandoya, Díez-Manrique, & Vázquez-Barquero, 2000). Tras estos resultados parece que el cansancio, la falta de sensación de vitalidad y energía, unida a la presencia de sintomatología relacionada con la angustia, la depresión y los sentimientos de infelicidad son las dimensiones que más impacto provocan en la calidad de vida de estas personas.

## 2.5. FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA CALIDAD DE VIDA

Son muchos los factores que se encuentran implicados en la calidad de vida de personas con enfermedad mental (Hsiao, Hsieh, Tseng, Chien, & Chang, 2012), pero para el desarrollo de este trabajo se han seleccionado solo algunos de ellos. Entre estos factores, uno de los que más investigación ha suscitado es la relación que se establece entre los síntomas clínicos y la calidad de vida. Concretamente, hay investigaciones que muestran que bajas puntuaciones en sintomatología psicótica como delirios, alucinaciones y trastorno del pensamiento, se relaciona con mejores puntuaciones en calidad de vida (Andreasen, Carpenter, Kane, Lasser, Marder & Weinberger, 2005). Este fenómeno, conocido como remisión sintomática, no siempre ha sido relacionado con mejores puntuaciones en calidad de vida (Carpiniello, Pinna, Tusconi, Zaccheddu, & Fatteri, 2012).

En cuanto a la sintomatología negativa, parece que se establece una relación negativa entre esta y la calidad de vida. Un ejemplo de ello, son los resultados obtenidos en el estudio realizado por Ojeda et al. (2012), en el que participan 165 personas diagnosticadas de esquizofrenia en tratamiento hospitalario. En esta investigación se muestra que aquellas personas con mayor presencia de síntomas negativos, obtenida a través de la sub-escala de síntomas negativos de la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) (Kay et al. 1987), muestran una menor calidad de vida (Ojeda et al. 2012). La gravedad de estos síntomas negativos, unidos a la edad del paciente, el nivel educativo alcanzado y la gravedad de los síntomas cognitivos son capaces de explicar un 60% de la varianza total (Ojeda et al. 2012). En otra investigación, en la que participan 80 personas diagnosticadas de esquizofrenia, los resultados muestran que la presencia de síntomas negativos, evaluados a través de la PANSS (Kay et al. 1987), junto con la presencia de síntomas depresivos y la falta de contacto con los familiares, son los factores que más contribuyen a las bajas puntuaciones

obtenidas en calidad de vida, evaluada a través del instrumento diseñado por la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF) (WHO,1995) (Suttajit, & Pilakanta, 2015).

En la misma línea, en el estudio llevado a cabo por Rabinowitz, Berardo, Bugarski-Kirola, & Marder, (2013), se analiza el papel que desempeñan tanto los síntomas positivos como negativos en la calidad de vida relacionada con la salud. En el análisis de dicha relación, participan 1447 personas diagnosticadas de un trastorno mental; cada una de ellas es incluida en uno de los cuatro grupos que se establecen en función de la presencia de sintomatología evaluada a través de la PANSS. En el primer grupo se incluye a todas las personas que no presentan sintomatología positiva ni negativa; en el segundo grupo, se incluye a todas las personas con presencia de sintomatología negativa; en el tercer grupo, se incluyen a todas las personas con presencia de sintomatología positiva; y en el último grupo, se incluyen a todas las personas con presencia tanto de sintomatología positiva como negativa. Tras el análisis de los resultados se extrae que el grupo 4, que corresponde con las personas que presentan sintomatología positiva y negativa, obtienen las puntuaciones más bajas en calidad de vida relacionada con la salud, evaluada a través de la versión reducida del SF-36. En el trabajo de Eack & Newhill (2007) se ofrece un meta-análisis en el que analizan 56 trabajos de investigación y en el que hallan que tanto los síntomas positivos como los síntomas negativos correlacionan negativamente con los indicadores de calidad de vida. A pesar de esta relación significativa, ambos factores indican un efecto de tamaño pequeño, lo que sugiere que sólo una leve variación en la calidad de vida puede ser explicada a través de la presencia de los síntomas positivos y negativos.

Otro factor que también se ha relacionado con la calidad de vida es la presencia de síntomas relacionados con la depresión y con la ansiedad. Algunos resultados, como los hallados en el trabajo de Dan, Kumar, Avasthi, & Grover (2011), muestran que la presencia de mayores puntuaciones en sintomatología depresiva se relacionan con menores

puntuaciones en calidad de vida de personas con esquizofrenia; otros autores, como Fitzgerald et al., (2001), han establecido una relación significativa entre los síntomas depresivos y la calidad de vida subjetiva; en algunas investigaciones, incluso, los síntomas depresivos han sido considerados como el factor que más impacta en la calidad de vida de personas con trastornos psicóticos (Saarni, Viertiö, Perälä, Koskinen, Lönnqvist, & Suvisaari., 2010) y en personas con trastorno mental, frente a otros factores de carácter clínico, como la ansiedad (Connell, O'Cathain, & Brazier., 2014). En la misma línea, trabajos como el de Priebe et al. (2011), en el que participan 866 personas con esquizofrenia, revelan que ciertos cambios en calidad de vida son debidos a la influencia de síntomas como la depresión y ansiedad, pero su nivel de influencia es limitado y no puede comprometer por sí solo las puntuaciones en calidad de vida. En este mismo estudio se muestra que la presencia de ciertos síntomas, evaluados a través de la Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gorham, 1962), entre los que se incluyen la preocupación somática, la ansiedad psíquica, el aislamiento emocional, la desorganización conceptual, el autodesprecio y los sentimientos de culpa, la tensión, el manierismo, la grandeza, el humor depresivo, la hostilidad, la suspicacia, las alucinaciones, el enlentecimiento motor, la falta de cooperación, el contenido inusual del pensamiento, el embotamiento, la excitación y desorientación, explican el 8.5% de la varianza de la calidad de vida subjetiva.

Como resultado de lo expuesto anteriormente, parece que la relación que se establece entre los síntomas clínicos y la calidad de vida es significativa, pero su mitigación o eliminación no implica que desaparezcan otros factores que siguen estando presentes, como las dificultades en el funcionamiento diario, la falta de contactos sociales, el desempleo y la estigmatización (Narvaez et al., 2008). En la misma línea, otras investigaciones muestran que tener una buena calidad de vida viene determinada por no tener síntomas relacionados con la ansiedad y con la angustia, por tener una imagen positiva de uno mismo, por sentirse incluido



dentro de una comunidad, por participar en actividades significativas y por tener una visión esperanzada y optimista sobre el futuro (Connell et al. 2012). En cambio, obtener pobres resultados en calidad de vida viene determinado por la presencia de sintomatología relacionada con la angustia y con la ansiedad, con la falta de control sobre los síntomas y la vida en general, por tener un autoconcepto negativo, por sentirse estigmatizado y rechazado por la sociedad de la que forma parte y por la presencia de dificultades en el funcionamiento diario (Connell et al. 2012).

Otras investigaciones ponen de manifiesto otros hallazgos muy interesantes relacionados con los factores que contribuyen a la calidad de vida de las personas con un trastorno mental. Un ejemplo de ello es el trabajo realizado por Connell, et al. (2014); en esta investigación se realizan entrevistas cualitativas semiestructuradas en 19 personas con problemas de salud mental. Tras el análisis de los discursos se extrae que a pesar de que las personas son conscientes de que existen ciertos factores que influyen de manera negativa en su calidad de vida, como puede ser no desempeñar actividades en la comunidad o no tener un empleo, en ocasiones el miedo a que reaparezcan síntomas relacionados con el estrés, la ansiedad o la depresión, frenan el proceso de recuperación de la persona, es decir, ponen en marcha mecanismos de evitación, con la intención de que su día a día sea más sencillo y esté libre de la presencia de algunos síntomas, a pesar de que emprender estas acciones puedan contribuir a mejorar su calidad de vida (Connell et al. 2014).

## **2.6. BIENESTAR PSICOLÓGICO**

El desarrollo conceptual de este constructo se ha visto impulsado por el gran número de investigaciones que se han realizado en los últimos años, en torno al bienestar (Díaz et al.,

2006). En este trabajo se va a analizar el constructo de bienestar psicológico, que ha sido definido por algunos autores como el representante de la tradición eudaimónica, es decir, ha centrado su atención en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, ambos considerados como los principales indicadores del funcionamiento positivo (Díaz et al., 2006) o ha sido considerado bajo la postura que hace referencia al sentido, a la autorrealización y el crecimiento personal (Rodríguez-Carvajal, Méndez, Moreno-Jiménez, Abarca & Van Dierendonck, 2010). En la conceptualización del bienestar como representante de esta tradición, destaca el trabajo realizado por Carol Ryff. Esta autora, en una investigación reciente (Ryff, 2013), muestra el gran desarrollo de este constructo, a través de una revisión de la literatura publicada, hallando más de 350 trabajos que utilizan como medida de evaluación, al bienestar eudaimónico y donde se destacan los 6 temas principales vinculados a este tipo de investigaciones: En el primer tema que destaca, incluye a todas las publicaciones dirigidas a explorar los niveles de bienestar que tienen las personas a lo largo de su vida y ver si estos correlacionan de alguna forma con la edad. El segundo tema que destaca, está dirigido a analizar la relación que se establece entre los rasgos de personalidad y las puntuaciones en las dimensiones de bienestar. En el tercer grupo, se incluyen todas las publicaciones que están dirigidas a describir el papel que desempeñan los roles familiares y los estilos de crianza en los niveles de bienestar. En el siguiente tema, incluye a todas las investigaciones dirigidas a analizar la relación que se establece entre el trabajo y los niveles de bienestar. Un quinto tema, donde incluye todas las publicaciones realizadas en poblaciones concretas, personas con fibromialgia, artritis, hipertensión, cardiopatía, cáncer y otro tipo de enfermedades. Y, por último, un sexto tema dirigido a describir el impacto que tienen ciertos programas de intervención, sobre todo en personas con enfermedad mental, y que utilizan la variable bienestar psicológico como indicador (Ryff, 2013). Esta autora, que ha centrado sus investigaciones en el desarrollo del potencial de una persona, propone un modelo

multidimensional de bienestar psicológico compuesto por seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal (Ryff, 1989a, 1989b). Para evaluar estas dimensiones, que más adelante serán desarrolladas, Ryff diseñó una herramienta conocida como la Scales of Psychological Well-Being (SPWB). En la construcción de esta escala participaron tres investigadores, los cuales generaron 80 ítems para cada una de las seis dimensiones que componen el modelo. Tras el análisis de estos ítems, en función del ajuste a la definición de las dimensiones, se seleccionaron 32, los cuales fueron aplicados a una muestra de 321 personas adultas en un estudio piloto. Después de analizar los resultados de esta investigación, se eliminaron los ítems que mostraban peores indicadores de ajuste, quedando finalmente un instrumento de 20 ítems para cada una de las dimensiones, lo que hace un total de 120 (Díaz et al., 2006). Dado el gran número de ítems que compone la escala, se han desarrollado varias versiones reducidas, entre las cuales se encuentra la herramienta que propuso Van Dierendonck, (2004), en un intento de mejorar la consistencia interna de las diferentes escalas de bienestar psicológico que se habían desarrollado. La escala que propone está formada por 39 ítems y ha mostrado una buena consistencia interna, con valores de  $\alpha$  entre .78 - .81. Esta versión, que muestra mejores propiedades psicométricas respecto a las versiones anteriores (Díaz et al., 2006), ha sido la que se ha adaptado al castellano y en este proceso han participado 467 personas. Puesto que los resultados de los niveles de ajuste fueron insatisfactorios, se procedió al desarrollo de una nueva versión de la escala que permitiera un mejor ajuste en la población española. Tras el análisis y la selección de los ítems que mejor respondían a los criterios teóricos, el resultado fue el desarrollo de una escala de 29 ítems, los cuales se ajustan de la siguiente forma a las 6 dimensiones propuestas por Ryff: 1) Autoaceptación; esta dimensión está formada por 4 ítems, entre los que se encuentran, “*En general me siento seguro y positivo conmigo mismo*” “*En su mayor parte,*

*me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo*”; 2) Relaciones positivas; esta dimensión está formada por 5 ítems y entre ellos se encuentra, *“No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza”*; 3) Autonomía; esta dimensión está formada por 6 ítems y un ejemplo de ellos es el siguiente *“Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí”*; 4) Dominio del entorno; esta dimensión está formada por 5 ítems, entre los que se encuentran, *“ En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo”*; 5) Propósito vital; esta dimensión está formada por 5 ítems *“Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo” “Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida”*; 6) Crecimiento personal; esta dimensión está formada por 4 ítems y entre ellos se encuentran *“En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo” “Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona”*.

Tras la eliminación de los 10 ítems que se incluían en la versión original de 39, los resultados muestran índices de consistencia interna muy parecidos, obteniendo incluso mejores puntuaciones en la dimensión de crecimiento personal. También muestra buenos indicadores de ajuste al modelo (Díaz et al., 2006). En la Tabla 1, pueden compararse los datos de consistencia interna que obtiene la escala de 39, frente a la escala de 29 ítems (Díaz et al, 2006). Por ello, la versión de 29 ítems de la escala de bienestar psicológico ha sido la elegida para el desarrollo de este trabajo.

Tabla 1. Consistencia interna de la escala de 39 y 29 ítems de bienestar psicológico.

<b>Dimensiones</b>	<b>Escala de 39 ítems</b>	<b>Escala de 29 ítems</b>
Autoaceptación	.83	.84
Relaciones positivas	.81	.78
Autonomía	.73	.70
Dominio del entorno	.71	.82
Propósito en la vida	.83	.70
Crecimiento personal	.68	.71

Con la versión de la escala de bienestar psicológico de 29 ítems, se han realizado diferentes investigaciones en el contexto español. Un ejemplo de ello es la investigación que se llevó a cabo en la Comunidad de Madrid, en la cual participaron 419 personas, con edades comprendidas entre 18 y 72 años ( $M = 32.44$ ;  $DT = 13.47$ ) (Rodríguez-Carvajal et al., 2010). Hay que destacar que las respuestas de la escala de bienestar psicológico van desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo) y los resultados de esta investigación muestran, que en población general, los valores de bienestar psicológico se sitúan más cercanos a 6, lo que indica que la persona presenta altos niveles de bienestar psicológico; autoaceptación ( $M = 4.32$ ;  $DT = .86$ ), relaciones positivas ( $M = 4.58$ ;  $DT = .85$ ), autonomía ( $M = 4.24$  ;  $DT = .73$ ), dominio del entorno ( $M = 5.83$ ;  $DT = .72$ ), propósito en la vida ( $M = 4.47$  ;  $DT = .83$ ) y crecimiento personal ( $M = 4.57$ ;  $DT = .64$ ). Como puede observarse, la dimensión que obtiene las puntuaciones más altas, es la relacionada con el dominio del entorno, y la dimensión que obtiene los valores más bajos es la relacionada con la autonomía (Rodríguez-Carvajal et al., 2010). De hecho, este último resultado se repite en otra investigación realizada en el contexto español (Díaz et al., 2006), en el que participaron 467 personas, con una media de edad de 33 años, donde los resultados sitúan a la autonomía como

la dimensión con la puntuación más baja ( $M = 4.24$ ;  $DT = .73$ ), con respecto al resto. En este mismo estudio, las puntuaciones más altas se obtienen en la dimensión de relaciones positivas ( $M = 4.58$ ;  $DT = .85$ ).

En cuanto al campo que nos interesa, se han realizado varias investigaciones dirigidas a analizar la relación que se establece entre los rasgos de personalidad y el bienestar psicológico (Hietalahti, Rantanen & Kokko, 2016; Kokko, Tolvanen & Pulkkinen, 2013) o, dirigidas a analizar las posibles variables predictoras de los niveles de bienestar en personas diagnosticadas de esquizofrenia u otro trastorno psicótico (Valiente et al., 2011).

En este caso se va a analizar el trabajo realizado por Valiente, Prados, Gómez, & Fuentenebro (2012), donde se comparan los niveles de bienestar psicológico en tres poblaciones diferentes; la primera de ellas, corresponde a personas diagnosticadas de un trastorno psicótico y con creencias delirantes del tipo persecutorio; la segunda población corresponde a personas diagnosticadas de depresión; y la tercera, corresponde con un grupo de personas sin antecedentes de patología psiquiátrica. En total participan 137 personas, de las cuales 55 se incluyen en el primer grupo, 38 en el segundo y 44 en el tercero, con una media de edad de 37.8 años. En esta investigación se utiliza la versión de la escala de bienestar psicológico que se compone de 59 ítems. En cada dimensión las puntuaciones más altas, indican mayor grado de bienestar y las puntuaciones más bajas todo lo contrario. Por ello, el análisis de los resultados de este trabajo se va a hacer en función de las puntuaciones que cada población ha obtenido en cada una de las 6 dimensiones. En cuanto a la dimensión de autonomía, son las personas diagnosticadas de depresión las que obtienen las puntuaciones más bajas con respecto a los otros dos grupos. Estos resultados, se repiten de la misma forma para el resto de las dimensiones, lo que indica que las personas diagnosticadas de depresión son las que presentan los niveles más bajos de bienestar psicológico en todas las dimensiones de la escala de Ryff. Las personas sin experiencia previa con un trastorno mental son las que

obtienen las puntuaciones más altas en la dimensión de autonomía, relaciones positivas, autoaceptación, dominio del entorno y crecimiento personal. En cambio, en la dimensión de propósito en la vida son las personas que están diagnosticadas de un trastorno psicótico, las que obtienen una media algo superior con respecto a los otros dos grupos (Valiente et al., 2012).

Estos resultados muestran que las personas diagnosticadas de depresión y de un trastorno psicótico obtienen puntuaciones inferiores en cinco de las seis dimensiones de bienestar psicológico, lo que pone de manifiesto la necesidad de desarrollar programas y servicios dirigidos a mejorar estos niveles (Schueller & Parks, 2012).

## **2.7. CONCLUSIONES**

Las investigaciones muestran que la calidad de vida ha ocupado un lugar importante en las prácticas innovadoras de los últimos años, contribuyendo a redefinir el éxito de los tratamientos e incorporando nuevos parámetros basados en el desarrollo de las fortalezas y las capacidades de la persona (Slade, 2010). Por estos motivos es necesario seguir avanzando e investigando sobre los procesos y los factores que subyacen a la calidad de vida (Ojeda et al., 2012) y que éstos sirvan de orientación y guía en el desarrollo de servicios y prácticas dirigidas a la atención de las personas diagnosticadas de un trastorno mental (Tolman & Kurtz, 2012).





# CAPÍTULO 3

## FUNCIONAMIENTO DIARIO DE PERSONAS CON UN TRASTORNO MENTAL SEVERO





## **CAPÍTULO 3. FUNCIONAMIENTO DIARIO DE PERSONAS CON UN TRASTORNO MENTAL SEVERO**

### **INTRODUCCIÓN**

A lo largo del capítulo anterior se ha realizado un análisis sobre el significado del constructo de calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud en distintas poblaciones, haciendo hincapié en la que nos ocupa. En el presente capítulo se pretende aportar una visión general sobre el significado que tienen las actividades de la vida diaria para las personas con un trastorno mental severo.

Para ello, el desarrollo del tercer capítulo se estructura de la siguiente forma: en primer lugar, se describen varios conceptos que se encuentran muy relacionados con el desempeño ocupacional. Para su análisis se recurre al Marco de trabajo ofrecido por la Asociación Americana de la Terapia Ocupacional (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2014), que está muy relacionado con el funcionamiento, ya que algunas de sus propuestas se basan en la Clasificación Internacional de Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, propuesta por la OMS (OMS, 2001b); en segundo lugar, se pretende analizar la importancia del funcionamiento independiente y su evaluación, destacándose las principales herramientas de evaluación dirigidas para ello; en tercer lugar, se pretende analizar las necesidades y las características que se asocian al desempeño de personas con un trastorno mental severo en las áreas de ocupación: actividades básicas, actividades instrumentales, actividades relacionadas con el sueño y descanso, actividades relacionadas con la educación, actividades relacionadas con el trabajo, con el juego, con el ocio y por último, las actividades relacionadas con la participación social.

Una vez analizadas estas cuestiones, se realizará un análisis de la literatura reciente sobre los principales factores implicados en las habilidades de la vida diaria de personas con trastorno mental. Este análisis se realiza bajo la definición de los modelos actuales, en los que se valora el papel que desarrollan tanto los factores personales como los ambientales en la participación de la persona en la comunidad.

Por último, se recoge un apartado donde figuran las principales conclusiones obtenidas a partir del desarrollo de este tercer capítulo.

### **3.1. FUNCIONAMIENTO Y TERAPIA OCUPACIONAL**

Los sistemas de salud mental se han enfrentado a grandes cambios tras el proceso de desinstitucionalización de los servicios de psiquiatría (Marcheschi, Laike, Brunt, Hansson, & Johansson, 2015). En la actualidad, como resultado de este proceso, la atención de las personas con trastorno mental se dirige hacia un modelo de integración comunitaria, con una serie de objetivos bien definidos, entre los que se encuentra fomentar el empoderamiento, el bienestar y la autonomía (Marcheschi et al., 2015). En muchos contextos se considera que la autonomía es el primer paso que permite seguir avanzando hacia el camino de la recuperación (AEN, 2002). El significado de la palabra autonomía, en un sentido más amplio, incluye la independencia en todas las dimensiones de la vida, pero en el contexto de la salud, se encuentra muy relacionado con el término de actividades de la vida diaria. Como menciona Romero (2007), el concepto de autonomía personal se encuentra inexorablemente unido al de actividades de vida diaria; éste término se refiere a todas las actividades que son necesarias para que una persona se desenvuelva con competencia personal y social en la comunidad (Villalta, Jiménez, Bayón, & Ramírez, 2009), y hace referencia a las actividades más frecuentes que realiza una persona, relacionadas con lo familiar, diario, cotidiano, con las

necesidades humanas, con la independencia y con el uso del tiempo (Romero, 2007). La terapia ocupacional implica:

*“El uso terapéutico de las actividades de la vida diaria (ocupaciones) con individuos o grupos, con el fin de potenciar o facilitar la participación en los roles, en los hábitos y rutinas en el hogar, escuela, lugar de trabajo, la comunidad y otros ambientes”.* (AOTA, 2008, p.71).

Dentro de la práctica de la terapia ocupacional se incluyen unos conceptos clave que ya han sido definidos en el capítulo anterior a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la salud (OMS, 2001b), como son la salud, el bienestar y la participación, puesto que los profesionales de esta rama consideran que la salud se alcanza y se mantiene cuando la persona se compromete en ocupaciones y actividades que permiten la participación deseada o necesaria en el domicilio, la escuela, en el centro del trabajo y en la comunidad; por ello, el foco de la terapia ocupacional sirve de complemento a la perspectiva de salud ofrecida por la Organización Mundial de la Salud (AOTA, 2008). Dentro de esta disciplina se ha desarrollado un marco de trabajo que sirve de guía y orientación a las prácticas profesionales, desarrollado en base a la creencia de que existe una relación positiva entre la ocupación y la salud, y su visión de que las personas son seres ocupacionales (AOTA, 2008).

Dentro de este marco se incluyen todos los aspectos involucrados en el dominio de esta disciplina que son las *áreas de ocupación*, las *características del cliente*, las *destrezas de ejecución*, los *patrones de ejecución*, el *contexto* y el *entorno* (AOTA, 2014). Para su análisis, se recurre al marco de trabajo que elabora la Asociación Americana de la Terapia Ocupacional en 2014.

En las *características del cliente* se incluyen aquellas características, habilidades o creencias que residen en la persona y que puede afectar al rendimiento en el desempeño de una ocupación. Dada la visión holística de los profesionales de la terapia ocupacional, dentro de estas características se incluyen los valores, las creencias, la espiritualidad y las funciones y estructuras corporales (AOTA, 2014). Las funciones y estructuras corporales que se incluyen en este marco de trabajo se basan en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001b).

Las *destrezas de ejecución*, bajo este marco, son definidas como las habilidades que demuestran los clientes en las acciones que llevan a cabo (AOTA, 2014); se incluyen todas las destrezas que son observables y que pueden considerarse aspectos claves para que la participación de la persona se desarrolle con éxito; en esta categoría se incluyen las destrezas motoras, las destrezas de procesamiento, las habilidades sociales y emocionales, así como la combinación entre ellas (AOTA, 2014).

En los *patrones de ejecución* se incluyen los hábitos, las rutinas, los roles y los rituales utilizados en la participación en ocupaciones o actividades que pueden favorecer o dificultar el desempeño ocupacional (AOTA, 2014). Los *hábitos* vienen definidos por los comportamientos específicos y automáticos, y las *rutinas*, como las secuencias de ocupaciones o actividades que proporcionan una estructura para la vida diaria. Los *roles* son definidos como el conjunto de comportamientos esperados por la sociedad, que se moldean por la cultura y pueden conceptualizarse y definirse posteriormente por la persona, grupo o población (AOTA, 2014). Por último, los *rituales* son las acciones simbólicas que tienen un significado espiritual, cultural o social.

El *contexto y el entorno*, aunque han sido utilizados de manera indistinta, son términos que tienen un significado diferente, pero, como menciona la Asociación Americana

de la Terapia Ocupacional, ambos términos se utilizan para reflejar la importancia de todos los factores, tanto internos como externos, que se encuentran implicados y relacionados y que influyen en el desempeño de una persona (AOTA, 2014). En el *entorno* se incluyen los ambientes físico y social que pueden servir como apoyo o como barrera a la participación de las personas en ocupaciones significativas. De manera específica, el *contexto* es utilizado para definir la “variedad de elementos interrelacionados que rodean a la persona y que son menos tangibles que los entornos físicos y sociales, pero que sin embargo también ejercen una fuerte influencia en el desempeño ocupacional de la persona”. Los contextos que se incluyen en este marco de trabajo son el cultural, el personal, el temporal y el virtual.

Por último, las *áreas de ocupación* son las categorías en las que se dividen de forma ordenada todas las actividades u ocupaciones que las personas realizan a lo largo de su vida (AOTA, 2008). Estas categorías se establecen en ocho áreas de ocupación, entre las que se incluyen las actividades de vida diaria, las actividades instrumentales de vida diaria, el sueño y el descanso, la educación, el trabajo, el juego, el ocio y la participación social (AOTA, 2014) (Figura 3).



Figura 3. Áreas de desempeño ocupacional propuestas por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional.

Dentro de las *actividades de vida diaria* se incluyen todas las actividades fundamentales para vivir en un mundo social, que permitan la supervivencia y el bienestar como indican Christiansen & Hammecker, 2001 (citado en AOTA, 2014); más específicamente, se incluyen actividades como bañarse-ducharse, control del intestino, vestirse, comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de los dispositivos de atención personal, higiene y arreglo personal y actividad sexual.

Dentro de las *actividades instrumentales de vida diaria* se incluyen todas las actividades de apoyo a la vida cotidiana en el hogar y en la comunidad que a menudo requieren de más interacciones complejas que las anteriores, entre las que se encuentran actividades como el cuidado de otros, cuidado de mascotas, crianza de los hijos, gestión de la comunicación, conducir y movilidad en la comunidad, gestión financiera, desarrollo y mantenimiento de la salud, establecimiento y desarrollo del hogar, preparación de la comida y limpieza, actividad y expresión religiosa y espiritual, mantenimiento de la seguridad y respuesta ante una situación de emergencia y compras (AOTA, 2014).

En el área del *sueño y descanso* se incluyen todas las actividades relacionadas con conciliar el sueño y obtener un descanso reparador que permita la participación activa en otras ocupaciones; entre ellas se incluyen el descanso, preparación para el sueño y participación en el sueño (AOTA, 2014). En el área de *educación* se incluyen todas las actividades necesarias para el aprendizaje y la participación en el entorno educativo; entre ellas, se encuentra la participación en la educación formal, exploración de las necesidades o de los intereses personales y la participación en la educación informal (AOTA, 2014).

En el área del *trabajo* se incluyen todas las actividades, ocupaciones comprometidas que se realizan, con o sin recompensa económica Christiansen y Townsend, 2010 (como se cita en AOTA, 2014); en esta área se incluyen los intereses laborales, búsqueda y adquisición



de empleo, rendimiento en el trabajo, preparación para la jubilación, exploración y participación en el voluntariado.

Dentro del área del *juego* se incluye cualquier actividad organizada o espontánea que proporcione disfrute, entretenimiento o diversión como se cita en el trabajo de Parham y Fazio, 1997, (citado en AOTA, 2014); dentro de esta área se incluye tanto la exploración como la participación en el juego.

En el área del *ocio* se incluyen, como indican, Parham & Fazio, 1997, todas las actividades de carácter no obligatorio que se realizan por motivación intrínseca y a las que se dedica un tiempo indeterminado, es decir, fuera del tiempo comprometido a otras actividades obligatorias como el trabajo, el cuidado personal o el sueño (citado en AOTA, 2014); dentro de esta área se incluyen la exploración y la participación en el ocio.

En el área de la *participación social*, según Gillen & Boyt Schell, se incluyen todas las ocupaciones que facilitan la participación en actividades comunitarias y familiares, así como en las que participan amigos y compañeros (citado en AOTA, 2014); dentro de esta área se incluye la comunidad, la familia y los compañeros.

Una vez conceptualizado el significado del funcionamiento desde el marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional, y destacada su relación con el modelo de la Organización Mundial de la Salud sobre su Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (OMS, 2001b), se pretende analizar el grado de significación que tienen para las personas con trastorno mental el desempeño de las actividades que componen su día a día, así como destacar los principales instrumentos de evaluación que están dirigidos a esta población.

## **3.2. IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO INDEPENDIENTE EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE UN TRASTORNO MENTAL SEVERO**

### ***3.2.1. ¿Por qué es necesario evaluar funcionamiento?***

La importancia de la evaluación de estas actividades viene justificada por varios motivos; uno de ellos, y quizás el más importante, es que la participación en actividades de vida diaria se relaciona con mejores puntuaciones en calidad de vida, que es el objetivo principal a alcanzar. En concreto, diferentes investigaciones muestran la relación significativa que se establece entre el funcionamiento y la calidad de vida en personas con trastorno mental, es decir, mayores puntuaciones en funcionamiento se relacionan con mejores puntuaciones en calidad de vida (Lasebikan & Owoaje, 2015). En concreto, las investigaciones muestran que la participación en actividades de la vida diaria tanto básicas, como instrumentales, contribuye a la calidad de vida de la persona, a su percepción de autoeficacia y a su autoestima (Delgado, et al., 2011). Y es que, en efecto, la percepción del sentimiento de competencia unido al de la satisfacción personal que se encuentran implicados en la participación de las actividades, ha sido identificado como uno de los factores que contribuye de manera positiva a la calidad de vida (Eklund & Backstrom, 2005). Otras investigaciones apoyan la relación que se establece entre la calidad de vida y áreas de ocupación concretas. En el trabajo de Ritsner (2003), se investiga la calidad de vida subjetiva en personas con esquizofrenia a través de dos medidas; una, que se realiza en el momento en el cual están ingresados, y otra, 16 meses después de haber recibido el alta. Los resultados muestran que uno de los factores que contribuye a la mejora de las puntuaciones en calidad de vida se relaciona con el grado de satisfacción de la persona en el desempeño de actividades de ocio.

Otro de los motivos que justifica la importancia del funcionamiento independiente es que la participación y la calidad en la participación de las actividades de la vida diaria, es uno de los criterios que orienta a los profesionales para determinar el grado de impacto que producen los trastornos mentales severos en la vida de las personas; por lo tanto, la participación en el día a día en estas actividades es utilizada como un criterio para calibrar la gravedad del trastorno y la necesidad de apoyos (Rogers, et al., 2010). Concretamente, como ya se ha visto en el capítulo anterior, la Clasificación Internacional del Funcionamiento utiliza las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación como las variables que definen la discapacidad (OMS, 2001b).

Por lo tanto, evaluar el funcionamiento en las personas con un trastorno mental viene justificado por su estrecha relación con la calidad de vida y porque que es utilizado como uno de los criterios para determinar la presencia de discapacidad.

### ***3.2.2. ¿Cómo evaluar funcionamiento?.***

Según la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la evaluación funcional es:

*“La evaluación del funcionamiento del usuario en las diferentes áreas vitales o en los diferentes roles sociales susceptibles de ser desempeñados por ese usuario para afrontar las demandas de su medio; es decir, esclarece el nivel de desempeño alcanzado por una persona en su vida cotidiana (aseo personal, tareas domésticas y comunitarias, relaciones sociales, cometidos laborales o formativos, etc.), y cómo resuelve o se enfrenta a los diferentes niveles de exigencia generados por su entorno” (AEN, 2002, p. 59).*

De manera general, existen algunos instrumentos que incluyen algunos ítems dirigidos a valorar el funcionamiento en algunas de las áreas que se han comentado previamente; entre

este tipo de medidas se encuentra la Escala *HoNOS* (Health of the Nation Outcome Scales) que cuenta con una versión en lengua castellana (Uriarte et al., 1999), e incluye cuatro áreas de evaluación: problemas conductuales (agresividad, auto agresión, uso de sustancias), deterioro (disfunción cognitiva y discapacidad física), problemas clínicos (depresión, alucinaciones, ideas delirantes y otros síntomas) y problemas sociales (funcionamiento general, alojamiento y problemas ocupacionales). Las respuestas se establecen en un rango que va desde (0 = sin problema) a (4 = problema grave o muy grave). Esta herramienta de evaluación puede resultar práctica porque ofrece una visión completa del estado general de la persona, pero no especifica qué tipo de habilidades de vida diaria son las que requieren mayor necesidad de apoyo. Para este tipo de análisis más específico, existen otras medidas que están dirigidas a recoger información acerca del desempeño, del grado de oportunidad y a establecer puntuaciones que sean sensibles al cambio y que permitan establecer comparaciones a lo largo del tiempo. En base a estos criterios, y tras el análisis de la literatura, se destacan las siguientes herramientas:

***WHO-DAS II (Disability Assessment Schedule)*** (OMS, 2006).

Esta herramienta es desarrollada por la Organización Mundial de la Salud. Su aplicación es sencilla y aporta de forma válida y fiable el grado de discapacidad de la persona. Esta herramienta ha sido propuesta como una medida estándar para evaluar el nivel de funcionamiento según los criterios establecidos por el DSM-V y la próxima CIE-11 (Guilera et al., 2015). Esta herramienta está adaptada y validada en el contexto español con el nombre de “Cuestionario para la evaluación de discapacidades” (McCrone et al. 2006), y consta de 36 ítems que cubren 6 dimensiones: comprensión y comunicación, capacidad para moverse en su entorno, cuidado personal, relación con otras personas, actividades de la vida diaria y participación social.

*LSP (Life Skills Profile)* (Rosen, Hadzi-Pavlovic, & Parker, 1989).

Esta escala ha sido diseñada para estimar el nivel de funcionamiento de las personas con esquizofrenia. Ha sido traducida y validada en población española diagnosticada de psicosis, con el nombre de “Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana” (Bulbena, Fernández, & Domínguez, 1991). Este instrumento está formado por 39 ítems que cubren 5 dimensiones: autocuidado, comportamiento social interpersonal, comunicación y contacto social, comportamiento social no personal y vida autónoma. La información es recogida a través de un informante.

*BELS (Basic Everyday Living Schedule)* (Team for the Assessment of Psychiatric Services [TAPS], 1989)

Esta escala recoge información del grado de desempeño que tiene la persona en 26 habilidades de la vida diaria y recoge información acerca del grado de oportunidad del que disponen las personas con trastorno mental para el desempeño de estas habilidades. La evaluación del grado de oportunidad es la principal propiedad que se destaca en esta escala, puesto que en la actualidad los modelos de atención a personas con un trastorno mental consideran que la discapacidad es fruto de la interacción de la persona en un contexto que fracasa en proporcionarle las oportunidades o los apoyos necesarios.

### **3.3. CARACTERÍSTICAS DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

A través de la evaluación del funcionamiento en personas con trastorno mental severo podemos conocer que existen una serie de factores que actúan como barreras en la participación en las diferentes áreas de ocupación. De manera general, parece que la mayoría

de las personas con trastorno mental necesitan apoyo en las áreas relacionadas con la higiene personal y el autocuidado, los hábitos saludables y el manejo del entorno social y doméstico (Villalta et al. 2009). Otros autores señalan la necesidad de apoyo a la hora de cuidar de sí mismos, de desempeñar un trabajo, de utilizar los medios de transporte público, de preparar la comida, de mantener y cuidar la vivienda y de administrar el dinero (Harvey, Velligan, & Bellack, (2007) y otros muestran la presencia de necesidades de apoyo para la participación en actividades de ocio, para la búsqueda y el desarrollo profesional o para establecer y mantener relaciones interpersonales (Couture, Penn, & Roberts, 2006).

De manera general, parece que existen áreas muy concretas con grandes necesidades de apoyo (Fierro, Alabau, Solá, Fornós, & Grilló, 2012), que generan grandes limitaciones en autonomía (Awad & Voruganti, 2008; Nicholl, Akhras, Diels, & Schadrack, 2010) y en la participación en actividades significativas en las personas con trastorno mental (Aubin et al., 2009). Para concretar qué tipo de áreas y qué tipo de actividades son las que requieren de mayor necesidad de apoyo, se va a recurrir a las áreas de ocupación propuestas por la Asociación Americana de la Terapia Ocupacional, que ya han sido definidas previamente.

#### ***Actividades de la vida diaria.***

Tras el análisis de la bibliografía publicada, parece que las actividades que obtienen mayor apoyo en la literatura son las relacionadas con la higiene personal y el autocuidado (Fierro et al. 2012). En cambio, hay otras actividades que disponen de menor apoyo científico como son las relacionadas con la actividad sexual, en las que se incluye la participación en las actividades que dan lugar a la satisfacción sexual y / o a satisfacer las necesidades relacionales o reproductivas (AOTA, 2014 ). El sexo ha sido identificado como un área importante en la vida de las personas con trastorno mental (Werner, 2012); a pesar de ello,

existen pocos trabajos que aborden la sexualidad y el deseo sexual en personas con un trastorno mental severo (Huguelet et al., 2015). Los datos que existen en la literatura muestran que esta población mantiene menos relaciones sexuales que la población general (Perry & Wright, 2006); en esta línea, el estudio de Harley, Boardman, & Craig (2010), muestra que las personas con esquizofrenia presentan dificultades a nivel sexual de la misma naturaleza que la población general, pero con unas tasas mayores de incidencia; concretamente el 74% de los hombres y el 82% de las mujeres identifican algún problema sexual. Dicha información también es apoyada en estudios como el de Macdonald et al., (2003), en el que se muestra que el 82% de los hombres y el 96% de las mujeres con esquizofrenia presentan alguna disfunción sexual. A pesar de las dificultades presentes en esta área, sólo el 22% de las mujeres diagnosticadas de esquizofrenia admite hablar con su psiquiatra sobre estos temas (Huguelet et al., 2015).

Dentro de esta área también se incluyen las dificultades que están presentes a la hora de establecer una relación de pareja (Agerbo, Byrne, Eaton, & Mortensen, 2004; McCann, 2010) y las relacionadas con la maternidad. Concretamente, existe muy poca bibliografía dirigida a conocer las necesidades y a proporcionar los apoyos necesarios a las mujeres con un trastorno mental que desean ser madres (Nguyen, Brooks, Frayne, Watt, & Fisher, 2015) o que están embarazadas (Taylor, Stewart, Ogden, Broadbent, Pasupathy, & Howard, (2015).

#### ***Actividades instrumentales de la vida diaria.***

En esa área, se incluyen las actividades relacionadas con el mantenimiento y el cuidado del hogar; en concreto, a través de un estudio cualitativo sobre el nivel de funcionamiento de personas con trastorno mental severo durante el mes previo a la evaluación, se halló que el 47.8% no realizaba tareas relacionadas con el mantenimiento y

cuidado de su espacio personal o de su casa, y el 42.4% no había puesto una lavadora (Kelly, McKenna, Parahoo, & Dusoir, 2001); estos datos sitúan a las actividades relacionadas con el mantenimiento del hogar como una de las que más apoyo necesitan (Rosa et al., 2009).

Otra actividad que destaca, es la relacionada con la preparación de la comida. En el estudio de Semkowska, Bédard, Godbout, Limoge, & Stip (2004), se analizan las tareas que se encuentran implicadas durante la elección de un menú, la compra de los ingredientes y su preparación, comparándose la calidad del desempeño en personas con esquizofrenia y personas sin antecedentes psiquiátricos. Los resultados muestran que las personas con trastorno mental necesitan repetir más veces la tarea hasta poder completarla y, además, cometen más errores que la población en general. En la misma línea, el trabajo de investigación de Larøi, Canlaire, Mourad, & Van der Linden, (2010), muestra que las personas con trastorno mental presentan mayores dificultades a la hora de realizar la actividad de ir de compras, si se las compara con la población en general. Estas diferencias se establecen en base a los tiempos que necesitan para completar la tarea, en base al número de veces que necesitan pasar por el pasillo para encontrar los ingredientes necesarios y, por último, en base al número de veces que necesitan mirar la lista de la compra.

En cuanto a las actividades destinadas a la promoción de la salud y al bienestar, las investigaciones recientes muestran que las personas con esquizofrenia presentan altas tasas de obesidad (Palmese et al., 2013). La obesidad, junto con otros factores de riesgo como la diabetes, el consumo de tabaco y la poca actividad física que está presente en esta población (Nenke, Hahn, Thompson, Liu, & Galletly, 2015) muestran la necesidad de apoyo en este tipo de habilidades. Dentro de las actividades dirigidas a la promoción de la salud y el bienestar, se incluyen todas las conductas que ponen en riesgo la salud como, por ejemplo, el consumo de alcohol. En la actualidad existe un aumento de la morbilidad asociada al abuso del alcohol en personas diagnosticadas de un trastorno mental severo; concretamente, un



estudio revela que el 54% de personas con esquizofrenia realiza un consumo perjudicial de alcohol (Leposaviü, Dimitrijeviü, Çorýeviü, Leposaviü, & Balkoski, 2015) y tabaco (Teesson, Slade, & Mills, 2009) y, a estos factores, se suman otros relacionados con un estilo de vida poco activo (Vancampfort, Knapen, Probst, Scheewe, Remans & De Hert., 2012), puesto que las personas con trastorno mental realizan menos actividades de ejercicio físico que la población general (Bonsaksen & Lerdal, 2012).

Otra actividad que se incluye dentro de esta área es la toma de la medicación, identificada por los cuidadores como una de las actividades que requiere mayor necesidad de apoyo, puesto que en la mayoría de los casos se muestra una resistencia considerable (Noguchi, 2008), que dificulta la adherencia al tratamiento farmacológico (Kurtz, Baker, Pearlson, & Astur, 2007). Parece que, entre los motivos que dificultan dicha adherencia, se encuentran los efectos secundarios que producen (Bentley, 2010) o el estigma que se encuentra asociado a ellos (Sajatovic & Jenkins, 2007); también se incluye la sensación de pérdida de control, ya que perciben que el fármaco es el que mantiene bajo control la situación y la persona no puede hacer o contribuir a nada, puesto que toda la responsabilidad recae únicamente en el tratamiento farmacológico y esto genera dependencia (Seeman & Seeman, 2012). En el trabajo realizado por Kurtz et al. (2007), se analiza la calidad del desempeño en la toma y el manejo de la medicación en personas con trastorno mental y en personas sin patología psiquiátrica. Los resultados de esta investigación muestran que las personas con trastorno mental tienen dificultades relacionadas con la cantidad de medicación, ya que toman el tratamiento de forma diferente a la que lo ha prescrito el personal médico, tanto en cantidad como en horario y en tiempos establecidos (Kurtz et al., 2007).

### *Sueño y descanso*

En esta área se han hallado resultados muy interesantes en diferentes líneas. Existen datos que muestran que las personas con trastorno mental severo padecen insomnio (Ozone, Kuroda, Aoki, Manabe, & Itoh, 2013) y otras investigaciones muestran que dedican demasiado tiempo al descanso (Krupa, McLean, Eastabrook, Bonham, & Baksh, 2003); ambas realidades se traducen en problemas para conciliar el sueño y tener un descanso reparador (Leufstadius, Erlandsson, & Eklund, 2006). El trabajo realizado por Royuela et al. (2002) muestra que 23 de las 44 personas con esquizofrenia que participan en el estudio, obtienen puntuaciones que indican una mala calidad del sueño. Estos datos son apoyados por otras investigaciones como la realizada por Palmese et al., (2011); en este estudio participan 175 personas con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo que se encuentran en tratamiento ambulatorio, de las cuales el 44% cumple con los criterios clínicos establecidos para el diagnóstico de insomnio moderado o grave.

### *Educación*

Dada la poca bibliografía que existe en la literatura para describir los intereses, los grados de formación o la historia educativa de las personas con trastorno mental, se ha recurrido a las características sociodemográficas que se incluyen en algunas investigaciones recientes. De manera general, el análisis de estas características muestran que existen bajos niveles de formación en las personas con trastorno mental severo; concretamente el estudio llevado a cabo en Canadá donde participan 128 personas con esquizofrenia, muestra que el 32% de los participantes no había terminado su formación obligatoria en el instituto (Norman et al., 2000). Esta información es apoyada por otros trabajos de investigación, donde se

muestra que la mayoría de las personas con trastorno mental no terminan su formación básica; concretamente, un estudio realizado en Australia sobre la situación de las personas con trastorno mental en dicho país, muestra que el 33.7% de las personas con un trastorno psicótico, y el 24.9% de la población general, no ha obtenido el certificado de estudios obligatorios (Morgan et al., 2012). Estos datos revelan que las personas con trastorno mental severo tienen niveles más bajos de formación con respecto a la población en general.

En España, existen datos que muestran la baja participación en actividades relacionadas con la educación. Un estudio en el que participan 213 personas diagnosticadas de un trastorno mental severo, muestra que el 64.9%, no ha finalizado su formación obligatoria (Saavedra, López, González, Arias, & Crawford, 2015). Estos niveles se mantienen si se compara entre personas con diferentes trastornos mentales severos, concretamente entre personas con sintomatología psicótica activa, delirios de persecución y personas con depresión; el primer grupo, al que pertenecen las personas con sintomatología psicótica, obtienen una media de 11.23 años dedicados a la educación; el segundo grupo, personas con depresión, obtiene puntuaciones algo mayores con una media de 14.15 años; a estas diferencias se suman las halladas en personas sin antecedentes psiquiátricos, en las que la media de años dedicados a la educación asciende hasta 14.75 años: se trata de una diferencia bastante dilatada, si se compara con los resultados obtenidos en personas con sintomatología psicótica (Valiente et al., 2012).

### ***Trabajo***

Las actividades que se incluyen en esta área han sido destacadas como una de las más importantes por el 74% de las personas con depresión que participan en el estudio de Zimmerman, Posternak, & Chelminski (2004), (citado en Romera, Perez & Gilaberte, 2013).

Esta información es apoyada a través de diferentes investigaciones, en las que se muestra que el trabajo es identificado como uno de los objetivos prioritarios a alcanzar por las personas con trastorno mental (Tsang, Fong, Fung, & Corrigan, 2010). Entre las razones que pueden explicar tal importancia se puede encontrar la estrecha relación que se establece con el bienestar psicológico (Cook & Razzano, 2000) y con su contribución a la inclusión social de la persona (López, 2010), pero, a pesar de los beneficios que parecen estar asociados al empleo, la mayoría de las personas con trastorno mental severo no desempeñan su rol profesional, generando un gran impacto a nivel social (Dunn, Wewiorski, & Rogers, 2010), por lo que esta situación se plantea como un problema serio y aparentemente de difícil solución en cualquier sociedad (Connell, King, & Crowe, 2011). Esta situación puede encontrar explicación a través de algunos datos que se han encontrado en la literatura, como el hecho de que las personas con trastorno mental disponen de menos oportunidades a la hora de encontrar un empleo (Cechnicki, Angermeyer, & Bielańska, 2011), lo que se traduce en mayores tasas de desempleo si se comparan con los de la población general o con personas con una enfermedad física (Baldwin & Marcus, 2011). Existen datos que sitúan al 85% de las personas diagnosticadas de un trastorno mental severo en situación de desempleo y, de los que se encuentran en activo, no lo hacen bajo las condiciones adecuadas, ya sea por el tipo de jornada o por la duración de los contratos (Twamley, Jeste, & Lehman, 2003). A estas condiciones, se suma la inestabilidad laboral que se encuentra presente en la mayoría de los trabajos que se ofrecen a este tipo de población, ya que existen investigaciones que destacan el gran número de despidos que existen (Bonnín et al., 2014). Incluso algunas investigaciones cifran que solo un tercio de las personas con trastorno mental severo mantienen un empleo estable a lo largo del tiempo (Bellack et al., 2007).

### *Juego*

En esta área ha sido complicado hallar bibliografía que analice el papel que desempeña el juego en las personas con un trastorno mental, que no sea desde una perspectiva patológica. Puesto que la intención de este trabajo es analizar el significado que tiene el juego para las personas con trastorno mental y la calidad en su desempeño, se han realizado búsquedas utilizando conceptos con un contenido parecido para así poder ampliar y disponer de mayor información con la que analizar este apartado. Con este objetivo, se han incluido y realizado búsquedas en diferentes bases de datos con las palabras diversión, entretenimiento y placer, y de ellas se han obtenido una serie de conclusiones que se exponen a continuación. El estudio de Davidson, Shahar, Lawless, Sells, & Tondora, (2006) se detalla, tras la revisión y el análisis de la literatura publicada, el papel que pueden desempeñar algunos factores que no han sido tan explorados en el proceso de recuperación de las personas con trastorno mental; en concreto, se preguntan si el juego, la diversión u otros eventos positivos en la vida influyen en el proceso de recuperación de las personas con trastorno mental. Tras el análisis que realizan obtienen una serie de conclusiones: la primera de ellas es que el volumen de bibliografía publicado es mucho menor del que hubieran obtenido al analizar el papel que desempeñan los factores negativos en el proceso de recuperación (Davidson et al. 2006); esta primera conclusión resulta especialmente llamativa, puesto que parece que sigue estando muy presente la tendencia a analizar los factores que dificultan o que actúan como barreras ante la recuperación de las personas con trastorno mental, en contra de explorar y analizar los factores que impulsan, promueven y contribuyen a la recuperación; la segunda conclusión que extraen está relacionada con el efecto que tiene sobre las personas el participar en actividades que les genera placer y diversión (Davidson et al. 2006): 1) Les proporciona una sensación de alivio, ya que, en palabras de las propias

personas: nos permite respirar ante el trastorno, ofreciendo una evidencia tangible de que la vida no es tan terrorífica; 2) Les proporciona bienestar en otras áreas de la vida, que destacan como muy importantes; consideran que experimentar cierto grado de disfrute y diversión proporciona entretenimiento, distracción, amplía el abanico de oportunidades y de actividades en las que participar, rompe con la monotonía y ofrece algo positivo que ayuda a la persona a mirar hacia el futuro con optimismo; 3) El participar en actividades que proporcionen disfrute ayuda a restaurar la esperanza y a valorar la belleza que hay en la vida; consideran que ayuda a creer que la vida tiene un sentido que va más allá del de combatir el trastorno; 4) Contribuye a que las personas puedan sentirse miembros de un grupo, miembros de una comunidad; 5) Contribuye a redescubrir, a través de la participación en actividades que proporcionan diversión y entretenimiento, capacidades que consideraban perdidas, como pueden ser la fuerza, el impulso y las competencias de la persona, devolviéndoles el valor que se merecen (Davidson et al. 2006).

### *Ocio*

Existe bastante bibliografía publicada dirigida a explorar esta área. Para describir el tipo de actividades de ocio en las que más participan las personas con trastorno mental, se ha recurrido al trabajo realizado por Pondé, Peireira, Leal, & Oliveira, (2009); en esta investigación, las personas con trastorno mental identifican, por orden de preferencia, las actividades de ocio que le son más significativas; en primer lugar, los participantes destacan las actividades realizadas fuera del hogar, como ir a pasear e ir al cine; en segundo lugar, se destacan las actividades que se realizan dentro del hogar, como leer y ver la televisión; en tercer lugar, se sitúan las actividades relacionadas con la participación en actividades religiosas, seguidas de las actividades compartidas en familia; y, por último, las actividades

que incluyen la formación tanto educativa como laboral. La participación en actividades de ocio resulta fundamental para la calidad de vida de la persona y desempeña un papel muy importante en el proceso de recuperación. Hay investigaciones que analizan los efectos que produce el ocio en personas con esquizofrenia, depresión mayor y trastorno bipolar. Por un lado, otorgan a la persona un sentimiento de pertenencia y de identidad, así como de independencia y, por otro lado, dichas actividades proporcionan una oportunidad para combatir la inactividad, el aburrimiento y la monotonía. Ambos efectos correlacionan de forma positiva en el proceso de recuperación de 101 persona diagnosticadas de un trastorno mental severo, evaluado a través de la Recovery Assessment Scale (Corrigan, Giffort, Rashid, Leary, & Okeke, 1999; Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster, & Keck, 2004) (Iwasaki et al., 2014). Este y otros ejemplos recientes parecen destacar el papel protagonista que desempeña la participación en actividades significativas en la promoción de la recuperación de las personas con trastorno mental. En definitiva, de acuerdo con los autores Parham & Fazio, 1997, lo que estos hallazgos muestran es la importancia de valorar las experiencias personales, el significado que las personas con trastorno mental atribuyen a la participación en actividades que estén intrínsecamente motivadas (citado en AOTA, 2014). Desempeñar actividades de ocio, como caminar o practicar senderismo, se han relacionado con mejores puntuaciones en calidad de vida de personas con un trastorno mental de larga evolución (Frances, 2006) y se han relacionado con la inclusión y la participación social de la persona en la comunidad (Lloyd, King, McCarthy, & Scanlan, 2007).

### ***Participación social***

Dentro de esta área se incluyen las actividades que se realizan en la comunidad, con la familia y/o con los compañeros. Tras el análisis de algunos trabajos de investigación, parece

que esta área es una de las que presenta mayores necesidades de apoyo, puesto que la mayoría de las personas con un trastorno mental severo dispone de una red social escasa (Eklund & Hansson, 2007), por lo que pasan la mayor parte del tiempo solas (Bellack et al., 2007), participando muy poco de la comunidad (Yilmaz, 2009). En esta línea, el trabajo realizado por Kelly et al., (2001), en el que participan 91 personas diagnosticadas de un trastorno mental severo, muestra que el 70.7% de las personas no ha participado en ninguna actividad social durante el mes previo a la evaluación. Algunos autores intentan explicar estos resultados a través de las características que se encuentran asociadas a la locura, como puede ser la dificultad para establecer relaciones sociales (Ribas & Lam, 2010). A través del análisis de la literatura se pone de manifiesto que las personas con trastorno mental demandan formar parte y participar de la comunidad, de hecho, investigaciones como la realizada por Stain et al., (2012) así lo muestran. En esta investigación participan 1825 personas con un trastorno psicótico, de los cuales el 80.1% manifiesta sentirse solo y el 48.1% considera que su red social es escasa, y que desearía tener más amigos. Asimismo, el 69% manifiesta no haber participado en ninguna actividad social durante el año previo a la evaluación (Stain et al., 2012). Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de dar apoyos en esta área, puesto que es identificada y relacionada, por las personas con trastorno mental, con la calidad de vida (Villalta et al., 2009).

Toda la información que se ha ido analizando en cada una de las áreas ocupacionales nos plantea un gran reto a los profesionales. Por un lado, está la necesidad de trabajar en estas áreas, puesto que son identificadas por las personas como importantes, pero, por otro lado, no podemos olvidar que estos resultados son fruto de la interacción de la persona en un contexto que fracasa en proporcionarle los apoyos y las oportunidades necesarias (Ortiz, Río, Rodríguez, & Robaina, 2010). Este fracaso en proporcionar las oportunidades y los apoyos necesarios, se traduce en realidades muy duras, como que las personas con un trastorno



mental pasan la mayor parte del tiempo inactivos (Lloyd, King, Lampe, & McDougall, 2001); este hecho es apoyado a través de investigaciones como la de Kelly et al. (2001), en la que participan 92 personas con trastorno mental severo, de las cuales la mitad, concretamente el 56,5% no realiza ninguna actividad en su día a día.

### **3.4. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL FUNCIONAMIENTO DIARIO DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE UN TRASTORNO MENTAL SEVERO.**

Siguiendo el modelo de la Organización Mundial de la Salud sobre la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001b), se entiende que existen dos tipos de factores que intervienen en el funcionamiento de la persona; por un lado, los factores personales, y por otro, los factores contextuales, ambos en interacción. Por lo tanto, en la línea de la Organización Mundial de la Salud, se considera que las dificultades en el funcionamiento diario vienen precedidas por múltiples factores, y es que, en efecto, cuando la persona se encuentra en un contexto que impone barreras y/o no proporciona los apoyos apropiados, se pueden presentar importantes restricciones para la participación en situaciones vitales, situando a la persona en desventaja, limitando su bienestar y calidad de vida, y poniendo restricciones importantes a sus posibilidades de recuperación.

Entre los *factores personales*, existe bastante literatura científica dirigida a establecer la relación entre los síntomas clínicos y el funcionamiento. Autores como Romera et al. (2013) consideran que la remisión completa de los síntomas y que ésta se produzca lo antes posible, son factores que contribuyen a la funcionalidad de las personas con trastorno depresivo mayor. Esta relación ha sido hallada en otros trabajos científicos, concretamente en personas con esquizofrenia, donde los resultados muestran la relación significativa que se

establece entre la sintomatología positiva y el funcionamiento (Green, Kern, Braff, & Mintz, 2000).

Otros factores que han sido ampliamente analizados son los síntomas negativos y el funcionamiento en personas con trastorno mental. Hay autores que destacan el gran impacto que producen los síntomas negativos en el desempeño diario de las personas con esquizofrenia (Galderisi et al., 2013). En relación a los síntomas negativos, el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, a través de un panel de expertos, definió cada uno de los síntomas negativos que se asocian a este tipo de trastornos y los relacionó con su impacto en las actividades de vida diaria (Kirkpatrick, Fenton, Carpenter, & Marder, 2006). Entre los síntomas negativos que más parecen contribuir a las bajas puntuaciones en el funcionamiento diario se encuentra la alogia, el embotamiento afectivo, la falta de contactos sociales, la anhedonia, y la abulia (Kirkpatrick et al. 2006). Para un análisis más exhaustivo del papel que desempeñan los síntomas negativos en el funcionamiento diario, algunos autores han analizado dicha relación en actividades concretas. En esta línea, la presencia de estos síntomas se relaciona con una mayor repetición de los pasos necesarios para ejecutar una tarea y con la necesidad de disponer de más tiempo para desempeñar la actividad que se está evaluando. En este caso, la actividad que se analiza es la preparación de un menú, que implica la elección del plato, la compra de los ingredientes necesarios y su posterior elaboración (Semkovska et al., 2004). Otros autores han relacionado dichos síntomas con una menor precisión y eficiencia en actividades concretas, como en la realización de la compra (Greenwood, Landau, & Wykes, 2005).

El análisis de la bibliografía reciente acerca de los factores que se encuentran relacionados con el funcionamiento diario, muestra que existen varias perspectivas desde la que abordar el tema (Yanos & Moos, 2007). La primera de ellas, que ha sido analizada previamente, es la desarrollada bajo perspectivas más relacionadas con el modelo médico que

incluyen, entre otros factores, la gravedad de la sintomatología o el deterioro neurocognitivo (Yanos & Moos, 2007). Otras investigaciones se han desarrollado desde una perspectiva basada en los recursos personales y psicológicos de los que dispone la persona, entre los que se incluyen variables como la autoeficacia o los estilos de afrontamiento. Y por último, una tercera perspectiva en la que se incluyen todos los factores ambientales que son capaces de actuar como barrera o como facilitadores en el funcionamiento de la persona (Yanos & Moos, 2007). Bajo esta última perspectiva se incluyen todos los factores de *carácter ambiental* que pueden influir de manera directa o indirecta en el desempeño ocupacional de la persona. Bajo este paraguas se incluye el entorno y el contexto, definidos en el marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional (AOTA). Dentro del entorno, se incluye; al *entorno físico*, que hace referencia a cómo el ambiente puede influir en el desempeño de la persona y el *entorno social*, en el que la presencia, las relaciones y las expectativas de las personas que se encuentran a su alrededor, también ejerce un papel importante (AOTA, 2014). En el *contexto*, se incluyen todas las condiciones que se encuentran interrelacionadas y que están dentro y rodeando a la persona. De manera general y sin profundizar mucho en el tema, destacar que tanto los contextos como los entornos influyen en la accesibilidad de la persona a la ocupación y determinan la calidad y el grado de satisfacción de la persona (AOTA, 2014).

Por lo tanto, es necesario partir de una idea muy concreta, y es la valoración de todos los aspectos que se incluyen en el día a día de las personas puesto que juntos, interactúan para influir en las actividades u ocupaciones que las personas demandan y necesitan hacer para apoyar su salud y su participación (AOTA, 2014).

### 3.5. CONCLUSIONES

A lo largo de este capítulo se ha realizado una aproximación al significado que tienen las actividades de la vida diaria desde el enfoque de la terapia ocupacional. Desde este enfoque, se destaca la importancia de incluir todos los aspectos que pueden estar influyendo en la participación de la persona. En este punto merece la pena detenerse para realizar un pequeño análisis sobre el significado que tiene la ocupación, más allá del utilizado para valorar o calibrar el impacto que producen los trastornos mentales. En este caso, se destaca el papel que juega la ocupación como agente para la promoción de la salud (Moruno & Romero, 2004). Este hecho se relaciona con el que se ha destacado en el *capítulo 1*, cuando se ha manifestado la necesidad de que en la atención en salud mental son necesarias dos grandes líneas de actuación; por un lado, una línea dirigida a la promoción de la salud mental y del bienestar, donde encajaría el papel de la ocupación como agente de promoción de la salud, y, por otro lado, la línea dirigida a la atención de las personas con problemas de salud mental; ambas líneas deberían tener el mismo peso, pero la balanza parece inclinarse hacia las acciones que se dirigen únicamente a combatir los efectos del trastorno y a minimizar las consecuencias clínicas que de este se derivan. Un hecho que muestra esta tendencia es que las personas con trastorno mental consideran que la mayoría de sus necesidades clínicas están cubiertas, pero que existen otras como las relacionadas con la participación en actividades significativas, con la participación social y / o laboral, que aún están sin cubrir. En esta línea, un hecho que refleja esta tendencia es que dos tercios de las personas con trastorno mental severo no participan de la comunidad y tienen serias dificultades para desempeñar los roles asociados a su edad (Davis & Brekke, 2013). Lo que estos resultados muestran es que en la locura se puede lograr la estabilidad clínica, pero la persona parece permanecer aislada e inactiva la mayor parte del tiempo. Esta situación nos marca la línea a seguir y muestra que es necesario dirigir más esfuerzos para impulsar el crecimiento y el desarrollo de ambas líneas

de actuación por igual y, dentro de la segunda línea, el reivindicar el trato por igual de todas y cada una de las demandas que solicitan las personas, puesto que ellas son los verdaderos expertos en su proceso de recuperación.



# CAPÍTULO 4

## PRINCIPIOS BASADOS EN LA RECUPERACIÓN







## **CAPÍTULO 4. PRINCIPIOS BASADOS EN LA RECUPERACIÓN**

### **INTRODUCCIÓN**

Este trabajo se ha estructurado de la siguiente forma: un primer capítulo que ha estado dirigido a conocer las características de la población que nos ocupa; el segundo y tercer capítulo dirigidos a describir el grado de importancia que tienen ciertas variables como la calidad de vida, el bienestar psicológico y el funcionamiento para las personas con un trastorno mental severo; y un cuarto capítulo, que pretende realizar un análisis que facilite la comprensión del constructo de recuperación y sus implicaciones prácticas en el día a día de las personas. Por ello, en primer lugar, se pretende analizar los diferentes significados que ha ido adoptando el término de recuperación a lo largo del tiempo, describir los principales modelos que se han desarrollado e identificar los principales factores implicados. Tras este recorrido, se dedica un apartado a analizar las principales herramientas de evaluación que han sido desarrolladas en otros contextos. Para finalizar, se examinan los principios en los que se basan los servicios que están orientados a la recuperación y por último, se dedica un apartado dirigido a las principales conclusiones. Este capítulo cierra la primera parte de este trabajo, dirigida a la justificación teórica.

### **4.1. DESARROLLO Y EVOLUCIÓN DEL CONSTRUCTO DE RECUPERACIÓN**

El concepto de recuperación se ha desarrollado y ha ido evolucionando a lo largo del tiempo influenciado por múltiples factores. Para su estudio es necesario describir en un

primer momento la situación bajo la que nace el concepto de recuperación, para así posteriormente realizar un análisis de las principales características implicadas en su conceptualización.

#### ***4.1.1. Descripción de la situación sobre la que nace el concepto de recuperación***

Como se ha visto a lo largo del desarrollo de los capítulos anteriores, en un primer momento el tratamiento de las personas con trastorno mental se dirigía sobre todo al control de síntomas (Solomon & Stanhope, 2006), apoyado en definiciones como la de Kraepelin (1917), que atribuía a los trastornos mentales un deterioro progresivo en todas las esferas, lo que conducía a una única forma de trabajar con el paciente: actuar frente a los síntomas. Posteriormente esta atención fue evolucionando hacia modelos de rehabilitación; concretamente, en la década de los 70, se desarrolla el modelo de rehabilitación psicosocial, que nace con el objetivo de promover técnicas y estrategias que hagan posible una vida lo más normalizada y con la mayor calidad de vida posible (Pastor, Blanco & Navarro, 2010). Este movimiento rehabilitador promueve, durante la década de 1970 y 1980, el desarrollo de programas y servicios específicos que servirán de base al nacimiento de los principios de la recuperación en el campo de la salud mental (Anthony, 1993).

#### ***4.1.2. Primera aproximación al significado de recuperación***

En los años 80 empieza a utilizarse la palabra recuperación asociada a algunas evidencias científicas que muestran resultados positivos en la evolución de las personas con un trastorno mental severo. Estas investigaciones de carácter longitudinal utilizan la palabra recuperación para referirse a la mejora funcional de la persona con un trastorno mental (Davidson & McGlashan, 1997); en este sentido, la recuperación implica alcanzar una serie

de resultados que tienen que ver con la remisión de los síntomas y/o con la recuperación de cierto grado de funcionalidad. Estas investigaciones se desarrollan bajo una perspectiva en la que el objetivo principal es favorecer la operatividad del constructo de recuperación. En esta corriente se destacan algunos trabajos de investigación dirigidos a identificar y a definir los criterios que son necesarios para alcanzar la recuperación en personas con un trastorno mental severo (Harrow, Grossman, Jobe, & Herbener, 2005; Liberman, Kopelowicz, Ventura, & Gutkind, 2002). Entre estos criterios se destaca la desaparición o la suavización de los síntomas, la ausencia de ingresos hospitalarios y el alcance de ciertos niveles específicos de funcionamiento (García-Álvarez et al., 2014). Estos criterios se definen con mayor precisión en la siguiente tabla (Tabla 2).

Tabla 2. Revisión de los criterios asociados a la recuperación de personas con un trastorno mental.

Estudios	Dimensiones y criterios incluidos
<b>Liberman et al, (2002)</b>	<p style="text-align: center;"><b>Durante los dos años previos:</b></p> <p><b>Sintomatología.</b> Puntuación de <math>\leq 4</math> en la escala Brief Psychiatric Rating Scale (Overall &amp; Gorham, 1962).</p> <p><b>Funcionamiento.</b> Desempeñar roles apropiados para su edad y cultura. Entre ellos el rol de trabajador, estudiante, voluntario, a tiempo completo.</p> <p><b>Vida independiente.</b> Vivir de manera independiente, sin la necesidad de supervisión por parte de otras personas para el desempeño de actividades de la vida diaria como por ejemplo la administración del dinero, la realización de compras o el lavado de ropa.</p> <p><b>Relaciones sociales.</b> Desarrollar una vida social activa en la que se incluye la participación en actividades de ocio con otras personas ajenas a su red familiar.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Durante el año previo:</b></p> <p>Ausencia de <b>sintomatología</b> psicótica y sintomatología negativa.</p> <p><b>Harrow et al., (2005)</b> Adecuado nivel de <b>funcionamiento</b>. Puntuación de <math>\geq 2</math> en las dimensiones dedicadas a las actividades sociales y al empleo.</p> <p>Sin necesidad de <b>ingresos hospitalarios</b>.</p>

En el caso de los criterios que establece Liberman et al., (2002) para la presencia de sintomatología, se incluye la ausencia de ideas de grandiosidad, suspicacia, contenido del pensamiento inusual, alucinaciones, desorganización conceptual, comportamiento extraño, autonegligencia, embotamiento afectivo y retraimiento emocional, que son los ítems que se incluyen dentro de la escala de evaluación que utiliza. Además de este criterio, se incluyen otros relacionados con la participación y con el desempeño de los roles asociados a la edad de la persona, que son los mismos que utiliza Harrow et al., (2005), pero a través de otra herramienta de evaluación. Por lo tanto, tras este pequeño análisis, parece que en esta primera aproximación, la recuperación es entendida como un resultado donde se valoran sobre todo dos indicadores: uno relacionado con la presencia de sintomatología y otro con el funcionamiento.

#### ***4.1.3. Segunda aproximación al significado de la recuperación***

Como respuesta ante las prácticas paternalistas existentes en el momento (Lysaker & Lysaker, 2011), nace y se desarrolla el movimiento de consumidores, que persigue el desarrollo de medidas que reivindican los derechos y las responsabilidades de las personas con trastorno mental, para que así puedan participar plenamente de la comunidad (Davidson, O'Connell, Tondora, Styron, & Kangas, 2006). Como resultado de este movimiento, ciertas variables como el empoderamiento, la autoeficacia y el autocontrol, empiezan a cobrar especial relevancia (Young & Ensing, 1999) y, por el contrario, variables como la sintomatología o el grado de funcionalidad adquieren un rol más secundario. En este sentido se desarrollan investigaciones con metodología cualitativa, con el objetivo de contribuir al conocimiento de los factores que se encuentran implicados en este proceso (Baxter & Diehl, 1998; Corrigan et al., 2002; Jacobson, 2001; Mancini, Hardiman, & Lawson, 2005; Onken,

Dumont, Ridgway, Dornan, & Ralph, 2002; Spaniol et al., 2002; Young & Ensing, 1999). Estas investigaciones son algunos de los ejemplos que contribuyeron al aumento de literatura con esta metodología, y algunas de ellas fueron publicadas en revistas científicas de gran impacto, como la *Schizophrenia Bulletin* o *Psychosis* (Herrero, Monsalve, & Smith., 2013). Los resultados de estas investigaciones muestran que la recuperación no es sinónimo de cura (WHO, 2012) y ponen de manifiesto que existen otras variables como la esperanza, la responsabilidad, el empoderamiento y el desarrollo de un proyecto de vida, que desempeñan un papel muy importante en el proceso de recuperación de las personas con trastorno mental (Schrank & Slade, 2007). Estos valores, que son extraídos de los propios discursos de las personas diagnosticadas de un trastorno mental, tratan de definir la recuperación en términos más amplios que la mejoría de síntomas (Mancini, 2008).

#### ***4.1.4. Diferencias entre la primera y la segunda aproximación al concepto de recuperación***

Las dos aproximaciones al concepto de recuperación se han visto influenciadas por el contexto donde surgen y evolucionan, por las prácticas que predominan en ese momento y por los objetivos por los que fueron desarrolladas (Bellack, 2006). Estas influencias han originado una serie de diferencias entre ambas, que, tras el análisis de la bibliografía revisada, pueden resumirse de la siguiente manera: la primera de ellas, tiene que ver con cómo es entendida la recuperación, es decir, *recuperación como resultado* frente a la *recuperación como proceso* (Brown et al., 2008; García-Álvarez et al., 2014). La segunda, se establece en función de la perspectiva a través de la cual es analizada, *perspectiva profesional* frente a la *perspectiva de la persona diagnosticada de una enfermedad mental* (Bellack, 2006; Resnick, Rosenheck, & Lehman, 2004; Slade, Amering, & Oades, 2008). Otros autores como López,

(2010), explican tales diferencias a través de dos perspectivas bien diferenciadas. La primera de ellas se relaciona, como sucede en el caso de otras enfermedades, con la idea de que la recuperación puede lograrse cuando se alcanzan ciertos niveles de funcionamiento; bajo esta perspectiva, el autor destaca dos modalidades diferentes; la primera modalidad, asociada a una recuperación del nivel previo a la aparición del trastorno, estando muy relacionado con el término curación; y la segunda modalidad, asociada al alcance de unos niveles suficientes en el funcionamiento y en la sintomatología; esta modalidad tiene lugar en personas cuya evolución dificulta el poder establecer un nivel previo con el que comparar, relacionándose, por lo tanto, el significado de recuperación con el término de remisión; dentro de esta primera perspectiva, se destaca una serie de características relacionadas con la visión del profesional y con la obtención de resultados que se puedan medir y cuantificar (López, 2010). La segunda perspectiva que destaca este autor está relacionada, como ocurre en otras enfermedades de carácter prolongado, con la posibilidad de alcanzar una vida satisfactoria y con sentido. Esta perspectiva se desarrolla tras la experiencia que viven algunas de las personas con trastorno mental y está relacionada con valores como la esperanza y el desarrollo de un proyecto de vida (López, 2010).

Tras el análisis de la evolución del concepto, y de acuerdo con lo señalado, parece que existen dos formas diferentes de entender la recuperación: por un lado, algunos autores consideran que la recuperación se define en función del alcance y la calidad de ciertos objetivos bien definidos, considerando que la recuperación es entendida como un resultado y está relacionada con la primera aproximación al significado de la recuperación, en la que el objetivo principal es alcanzar la operatividad del constructo y el profesional ejerce el rol de experto; por otro lado, algunos autores consideran que la recuperación es entendida como un proceso, donde se pone en valor la experiencia de la persona y se destacan ciertas variables que guían y orientan dicho proceso, entre ellas, la esperanza y la autodeterminación; esta

segunda perspectiva está relacionada con la segunda aproximación al significado de recuperación, desarrollada e impulsada a través de las experiencias de las personas con trastorno mental.

En la actualidad, la mayoría de los autores comparten la idea de que existen estas dos perspectivas bien diferenciadas (Bellack, 2006; Davidson & Roe, 2007; López, 2010; Schrank & Slade, 2007; Silverstein & Bellack, 2008).

#### ***4.1.5. Valoración crítica al constructo de recuperación***

Ante la primera aproximación al concepto de recuperación, surgieron diferentes críticas; la principal está basada en los orígenes sobre los que el concepto nace y se desarrolla, sobre todo bajo los principios del modelo médico (Fitzpatrick, 2002) según el cual la recuperación es entendida como se hace en otro tipo de enfermedades como puede ser la gripe o el asma (Davidson, Harding, & Spaniol, 2005); por lo tanto, bajo este contexto, resulta evidente que los factores que determinan la recuperación sean evaluados a través de indicadores observables de manera objetiva. Esta perspectiva no es compartida por algunos autores, puesto que consideran que es necesario incluir una medida de evaluación que recoja la experiencia subjetiva de las personas (Rodgers, Norell, Roll & Dyck, 2007).

La principal crítica que se atribuye a los defensores de la segunda aproximación al significado de la recuperación, está relacionada con la idea de priorizar la experiencia personal frente a otros indicadores de carácter objetivo; por ello consideran que se trata de un movimiento pero que no puede tener implicaciones prácticas (Peyser, 2001), ni establecerse como un modelo, sino más bien como una filosofía (O'Hagan, 2012).

El concepto de recuperación también ha recibido otra serie de críticas derivadas de la falta de consenso (Gudjonsson, Savona, Green, & Terry, 2011; Lysaker & Buck, 2008), ya que, en la actualidad, algunos autores consideran que es un concepto que se encuentra en evolución y cuyas dimensiones requieren de un mayor desarrollo científico (Ng, Pearson, Lam, Law, Chiu & Chen., 2008). Otros autores consideran que los valores propios de la recuperación ya se encuentran incluidos en otros modelos de atención, por lo que consideran que es “vino viejo en botellas nuevas”, lo que ha generado bastante debate. En el trabajo de Davidson, O’Connell, Tondora, Steaheli & Evansen, (s.f.) se plantean si la recuperación en personas con un trastorno mental severo es, vino nuevo o solamente se presenta el mismo contenido en un envase nuevo.

A pesar de las críticas que ha recibido, existe una corriente que destaca los aspectos positivos que ha generado la recuperación en el campo de la salud mental. Por un lado, ha contribuido al desafío de la visión pesimista que a lo largo del tiempo ha estado asociado al curso de los trastornos mentales (Brown et al., 2008), lo que ha supuesto un aumento creciente de la literatura científica que muestra una visión más optimista de la vida de las personas con un trastorno mental (Bellack, 2006); por otro lado, también ha contribuido a una serie de cambios en la práctica clínica, entre los que se destaca: 1) La toma de decisiones de forma más consensuada y flexible, en la que la persona con un trastorno mental participa activamente de la toma de decisiones sobre su propio tratamiento; 2) El valor otorgado a los signos o síntomas clínicos, puesto que las características del trastorno (sintomatología psicótica), han dejado de ser un elemento central y definitorio de la persona; 3) La puesta en marcha de objetivos, tratamientos y estrategias más ambiciosos (Farkas, 2007).



## **4.2 MODELOS BASADOS EN LA RECUPERACIÓN DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE UN TRASTORNO MENTAL SEVERO**

Puesto que en la investigación es necesario disponer de un modelo o marco conceptual elaborado, que guíe y oriente las prácticas diarias (Schrank, Bird, Tylee, Coggins, Rashid & Slade. 2013), a continuación se presentan los principales modelos que han sido desarrollados con tal fin. Los modelos que se destacan en este trabajo incluyen todos los aspectos que han sido identificados como importantes bajo la perspectiva de las personas con trastorno mental (Wallcfrat, 2012). En este sentido, estos modelos incluyen algunos de los factores de carácter personal que se encuentran implicados en la recuperación de la persona, tales como el sentido positivo de uno mismo, el desarrollo de un proyecto de vida o la autodeterminación, pero también la presencia de otros factores de carácter ambiental, puesto que la recuperación sólo puede convertirse en una realidad, cuando el contexto y las oportunidades están disponibles para que la persona pueda desarrollarse (Ajayi, Billsborough, Bowyer, Brown, & Hicks, 2009). Bajo esta perspectiva, la recuperación es entendida como el resultado de la interacción dinámica entre las características de la persona (como la esperanza, proyecto de vida) y las características del entorno (tales como el acceso a recursos, la participación en actividades significativas, el apoyo social, el acceso a atención, las oportunidades) y la relación que se establece entre ambas (Onken et al., 2002; Onken, Craig, Ridgway, Ralph, & Cook, 2007). Entre los ejemplos desarrollados bajo estos principios se encuentran el modelo propuesto por Jacobson & Greenley (2001) y el modelo propuesto por Andresen et al. (2003).

**Modelo de Jacobson. (Jacobson & Greenley, 2001).**

Estos autores desarrollan un modelo conceptual sobre recuperación para colaborar con el sistema de salud e implantar sistemas orientados a la recuperación de las personas con un trastorno mental. Dentro de este modelo se incluyen una serie de *condiciones internas* que vienen determinadas por las actitudes, las experiencias y los procesos de cambio que experimenta la persona. Dentro de las condiciones internas, los autores incluyen la esperanza, la curación, la autodeterminación y las relaciones sociales. Las *condiciones externas* vienen determinadas por las circunstancias, los eventos, las políticas y las prácticas que influyen en el proceso de recuperación de la persona (Tabla 3). Dentro de estas condiciones se incluyen los derechos humanos, la presencia de valores compartidos orientados a la promoción de la salud y unos servicios orientados a la recuperación. Ambas condiciones, tanto internas como externas, influyen en el proceso de recuperación y se encuentran interrelacionadas.

Tabla 3. Modelo de recuperación de Jacobson.

<b>Modelo de recuperación de Jacobson</b>	
<i>Condiciones internas:</i>	<i>Condiciones externas:</i>
<i>Esperanza</i>	Derechos humanos.
<i>Curación</i>	Cultura orientada hacia la promoción de la salud
<i>Autodeterminación</i>	Servicios orientados a la recuperación
Relaciones sociales	

Las *condiciones internas* que se destacan en este modelo han sido desarrolladas a través del análisis de los discursos de las personas con un trastorno mental y muestran que el proceso de recuperación es entendido como un viaje en el que se destacan una serie de factores:

- 1) *Esperanza*. Creer que la recuperación de la persona es posible. Para ello, es necesario valorar las fortalezas de la persona en lugar de las debilidades, manteniendo una visión de futuro en la que se valoran y se celebran los pequeños logros del día a día.
- 2) *Curación*. Esta variable no implica el regreso al estado previo de salud y de funcionamiento, sino a la comprensión y al conocimiento de las características del trastorno, para que la persona pueda gestionarlas. Para ello, las personas con un trastorno mental desempeñan un papel activo durante su proceso de recuperación.
- 3) *Empoderamiento*. Viene determinado por el nivel de autonomía, en el que influyen variables como la confianza y la disponibilidad de oportunidades. La posibilidad de asumir riesgos, responsabilidades y obligaciones.
- 4) Disponer de *relaciones interpersonales*, que contribuyan a la inclusión de la persona en la comunidad. Este último factor se incluye dentro de las condiciones internas, pero se encuentra relacionado e influenciado por las condiciones externas.

Dentro de estas *condiciones externas* se incluyen: los *derechos humanos*, donde se valora que una sociedad sea accesible para todos, en la cual los recursos estén repartidos de una forma equitativa, libre de estigma social, en el que se protejan los derechos de las personas y se promueva el acceso a la vivienda y al empleo; la existencia de una *cultura orientada hacia la salud*, es decir, que todas las personas implicadas en este proceso trabajen bajo unos mismos principios y valores, entre los que se incluyen la autodeterminación, el respeto, la esperanza y el trabajo en equipo; y por último, disponer de *servicios que estén orientados a la recuperación*, donde se puedan proporcionar los apoyos necesarios a todas las personas que se encuentran involucradas en este proceso.

Ambas condiciones se encuentran interrelacionadas.

**Modelo de Andresen** (Andresen et al. 2003).

Este modelo está desarrollado a partir del análisis de los discursos de las personas con un trastorno mental severo; tras el mismo, emergen una serie de temas principales bajo los cuales se desarrolla un modelo basado en cuatro procesos clave: el primer proceso está relacionado con la capacidad de *encontrar la esperanza y poder mantenerla*, lo que implica creer en uno mismo, percibir que la persona tiene el control de su vida y que es optimista de cara al futuro; el segundo proceso se relaciona con el *restablecimiento de una identidad positiva*, que consiste en aceptar e integrar la experiencia de la persona en relación a su diagnóstico; el tercer proceso se basa en *construir una vida con sentido*, lo que implica el diseño de un proyecto de vida y el establecimiento de los objetivos necesarios para alcanzarlos; por último, *asumir responsabilidad y tener control* sobre su propia vida.

En este modelo los procesos que se desarrollan en la recuperación tienen lugar a lo largo de cinco etapas, que son las siguientes:

*1º Etapa: Moratoria.* En esta fase del tiempo se destaca la falta de esperanza y la pérdida de una identidad positiva. La persona considera que la vida no tiene sentido.

*2º Etapa: De conciencia.* En esta fase se empieza a valorar la posibilidad de que una recuperación es posible, ya que la persona establece una distinción entre uno mismo y el trastorno; la persona empieza a darse cuenta de que el diagnóstico no es su identidad, empieza a valorar la idea de que no todo está perdido y que la posibilidad de una vida plena es posible.

*3º Etapa: Preparación.* Durante esta fase se asientan las bases necesarias para la recuperación. Se establecen las metas y se buscan los recursos necesarios para poder alcanzarlas.

*4º Etapa: Reconstrucción.* El desarrollo de esta fase implica el esfuerzo para poder alcanzar unas metas significativas. La persona empieza a reconocer y a valorar que decide y que tiene el control sobre su propia vida.

*5º Etapa: Crecimiento.* En esta última fase, la persona siente que se ha recuperado psicológicamente del trastorno y trabaja hacia un futuro con significado. Participa activamente de una vida con sentido.

Por último, es importante destacar que los autores subrayan la complejidad del modelo y la característica no lineal del mismo (Andresen, Caputi, & Oades, 2006).

En la literatura existen otros ejemplos de modelos dirigidos a describir las fases en las que se desarrolla el proceso de recuperación de las personas con un trastorno mental (Baxter & Diehl, 1998; Rogers, Farkas, & Anthony, 2005; Spaniol et al., 2002; Young & Ensing, 1999).

#### **4.3. ASPECTOS IMPLICADOS EN LA RECUPERACIÓN DE LAS PERSONAS**

En la actualidad, la investigación en este campo está dirigida a analizar el papel que desempeñan ciertas variables durante el proceso de recuperación de las personas con un trastorno mental. Un ejemplo de ello, es la revisión sistemática y la síntesis narrativa que realizan los autores Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, (2011), para el desarrollo de un marco conceptual sobre el significado de la recuperación personal. Para su análisis se establecen una serie de criterios entre los que se incluyen: a) analizar la literatura publicada que está dirigida a personas diagnosticadas de un trastorno mental severo; b) analizar la literatura que utiliza tanto metodología cualitativa como cuantitativa; c) analizar únicamente

la literatura dirigida a conocer los aspectos personales que se encuentran involucrados en el proceso de recuperación, sin incluir los aspectos ambientales y su interrelación. Siguiendo estos criterios de inclusión, los autores seleccionan 97 artículos con el objetivo de determinar las características, los procesos y las etapas que se encuentran implicados en el proceso de recuperación. En cuanto a los procesos que se encuentran implicados, los autores establecen, en función del porcentaje de investigaciones en los que han sido incluidos, los siguientes: 1) estar conectado con la sociedad (86%); 2) tener esperanza y optimismo en el futuro (79%); 3) identidad (75%); 4) tener un propósito en la vida (66%); y 5) empoderamiento (91%) (Leamy et al. 2011). La importancia de estos aspectos se destaca tanto en la investigación como en la práctica clínica. A continuación, se expone el significado de cada uno de ellos.

La importancia de formar parte de una comunidad, de estar *conectado con la sociedad*, ha sido destacado a través de varias investigaciones que se han analizado en este trabajo. Las personas con un trastorno mental identifican la necesidad de sentirse incluido en una comunidad y de estar conectadas con otros miembros; por ello, dentro de esta categoría se incluye el apoyo por parte de los iguales y de otras personas, las relaciones interpersonales y el sentir que la persona forma parte de una comunidad (Leamy et al. 2011). Algunas investigaciones que apoyan tal importancia, muestran que las personas con esquizofrenia que disponen de relaciones interpersonales obtienen mayores niveles de esperanza y obtienen mayores puntuaciones en autoestima (Lysaker, Ringer, Maxwell, McGuire, & Lecomte, 2010). Poder disponer y disfrutar de relaciones sociales significativas y que estas supongan un apoyo, puesto que confían en la posibilidad de que la persona puede disfrutar de una vida plena y con sentido, es un proceso esencial que se encuentra implicado en la recuperación de las personas (Dopke & Batscha, 2014).

La *esperanza y el optimismo* han sido factores ampliamente estudiados dentro del proceso de recuperación (van Gestel-Timmermans, van den Bogaard, Brouwers, Herth, &

van Nieuwenhuizen, 2010), ya que son considerados como elementos centrales. Dentro de esta categoría se incluye la creencia de que la recuperación es posible, se valora el papel que juega la motivación para promover e impulsar el cambio, para generar esperanza, para valorar el éxito, para diseñar y construir sueños y aspiraciones (Leamy et al. 2011). Algunas investigaciones que apoyan la importancia de estas variables muestran que la esperanza promueve y ayuda a que la persona se encuentre activa y más motivada, con ganas de seguir luchando a pesar de los obstáculos que se puedan presentar (Schrank, Bird, Rudnick, & Slade, 2012). Dada la importancia que tiene, existen autores como Schrank et al., (2012), que han dirigido sus esfuerzos a identificar los elementos que contribuyen a generar y a promover la esperanza: 1) desarrollar estrategias para el manejo del trastorno; 2) favorecer las relaciones sociales; 3) promover el apoyo entre iguales; 4) diseñar metas realistas que poder alcanzar; 5) desarrollar intervenciones específicas dirigidas a favorecer la autoestima, la autoeficacia, la espiritualidad y el bienestar. Las estrategias dirigidas a promover y a mantener la esperanza en las personas juegan un papel crucial dentro del proceso de recuperación de las personas, puesto que se han encontrado evidencias que consideran que la recuperación es posible si la persona cree verdaderamente en ello (Shanley & Jubb-Shanley, 2007).

La *identidad*. Dentro de esta categoría se incluye el tener una identidad sólida, bien definida, que va más allá del diagnóstico, basada en posibilidades y en la superación del estigma (Leamy et al. 2011). Esta variable es identificada por varios autores como el aspecto principal y más esencial implicado en la recuperación, ya que conlleva una redefinición de la identidad de la persona, en la cual hay que integrar su experiencia subjetiva con el trastorno (Davidson, Schmutte, Dinzeo & Andres-Hyman, 2008). Otros autores lo explican a través de la necesidad de comprender y de construir una identidad en la que el trastorno mental no es lo que les define como persona (Davidson, O'Connell, Staeheli, Weingarten, Tondora, & Evans,

(2004). Esta búsqueda de una identidad, al margen del diagnóstico, lleva implícito el encontrar el significado y la satisfacción en la vida (Dopke & Batscha, 2014).

En el *propósito de la vida* se incluye el significado de las experiencias relacionadas con el trastorno mental, la espiritualidad, la calidad de vida, llevar una vida significativa, desempeñar roles sociales, definir objetivos y metas que alcanzar, en definitiva, construir una vida con sentido (Leamy et al. 2011). De acuerdo a lo que exponen varios autores en Onken et al. (2007), en este proceso en el cual la persona realiza una búsqueda para encontrar un significado y un propósito en la vida, influye la interacción que se establece entre el individuo y el ambiente que le proporciona las oportunidades y los apoyos necesarios.

Dentro del *empoderamiento* se incluye la responsabilidad personal, el control sobre la propia vida y el desarrollo de las fortalezas personales (Davidson et al. 2004). La recuperación centra su atención en las fortalezas, competencias y deseos de la persona y está relacionado con el sentimiento del poder y el control sobre la vida de uno mismo, exigiendo los mismos derechos que la población en general, y asumiendo las responsabilidades correspondientes (Davidson et al. 2004). Para promover el empoderamiento, las personas deben sentirse incluidas en la toma de decisiones, creer firmemente que la atención de los servicios se desarrolla en torno a sus necesidades (Bonney & Stickley, 2008) y que existe un sistema de salud mental humano, que les proporciona oportunidad y apoyo, que fomenta el empoderamiento, la posibilidad de elegir y la autonomía (Drake & Whitley, 2014).

En la misma línea que el trabajo que se ha analizado previamente, se sitúan las líneas de investigación actuales, en las que el objetivo principal es conocer qué tipo de factores se encuentran implicados en la recuperación de las personas con un trastorno mental. En el estudio realizado por Davidson et al. (2004), en el que se realiza una revisión de la bibliografía acerca de los elementos comunes que se encuentran implicados en la recuperación de las personas con un trastorno mental, se incluyen: la redefinición de uno



mismo, el reconocimiento de que la identidad de la persona no se define ni se conoce por su diagnóstico, la superación del estigma, la esperanza, la capacidad de asumir el control y la responsabilidad, el papel protagonista y activo de la persona en su proceso de recuperación, el empoderamiento, el disponer de los mismos derechos y los mismos deberes que la población en general, el disponer de recursos para el manejo o la gestión de los síntomas, el disponer de apoyos por parte de otras personas, el desempeñar los roles propios asociados a su edad, el tener acceso a un empleo digno y la espiritualidad. Otros autores como Mancini, (2008), identifican una serie de temas que se encuentran implicados en la recuperación de las personas con un trastorno mental, que son: la formación de la identidad, la autonomía, la esperanza, las relaciones de apoyo y el desempeño de los roles propios de la edad. En la Tabla 4, se puede observar que aunque se utilicen diferentes palabras a la hora de definir los factores que se encuentran implicados, el contenido es muy parecido, encontrando muchas similitudes entre las tres investigaciones analizadas.

Tabla 4. Revisión bibliográfica y análisis de las coincidencias sobre los factores asociados a la recuperación de personas con trastorno mental severo.

<b>Publicaciones</b>	<b>Leamy et al. (2011)</b>	<b>Davidson et al. (2004)</b>	<b>Mancini, (2008)</b>
<b>Factores</b>	Estar conectado con la sociedad	Apoyo por parte de los otros	Relaciones de apoyo
	Tener esperanza y optimismo en el futuro	Esperanza	Esperanza
	La identidad	Redefinición de uno mismo	Formación de la identidad
	Empoderamiento	Empoderamiento	
	Tener un propósito en la vida	Asumir el control y la responsabilidad Participar activamente en el proceso de recuperación Desempeñar roles significativos Empleo Manejo o gestión de síntomas Espiritualidad	Ser independiente. Ser autónomo. Desempeñar roles propios de la edad.

Como puede observarse en la tabla parece existir acuerdo sobre algunos factores que se encuentran implicados en la recuperación de las personas con un trastorno mental.

#### **4.4. MEDIDAS DE EVALUACIÓN DE LA RECUPERACIÓN**

La utilización de escalas, cuestionarios y test permiten obtener información fiable, estandarizada y comparable (Ballesteros, 2004), por ello se va a dedicar un apartado a conocer las principales herramientas de evaluación que están dirigidas a conocer la percepción de la persona con un trastorno mental sobre su proceso de recuperación; por lo tanto, para el desarrollo de este trabajo, se han analizado únicamente las herramientas de evaluación que recogen la percepción subjetiva de la persona durante su proceso de recuperación, siendo conscientes de que algunos autores recomiendan incluir la opinión de otros agentes implicados en el proceso de recuperación, como lo son los familiares, amigos y /o profesionales (Noiseux et al., 2010).

Tras el análisis realizado, se seleccionan tres artículos de revisión (Burgess, Pirkis, Coombs, & Rosen, 2011; Cavelti, Kvrjic, Beck, Kossowsky, & Vauth, 2012; Scheyett, DeLuca, & Morgan, 2013) dirigidos a analizar las propiedades psicométricas que disponen las herramientas de evaluación de la recuperación. De su lectura se destaca la existencia de tres medidas con respecto al resto: 1) Mental Health Recovery Measure; 2) STORI-30; 3) Recovery Assessment Scale. Las propiedades de cada una de ellas se exponen a continuación.

***Mental Health Recovery Measure (MHRM)*** (Bullock & Young, 2003).

Esta escala está compuesta por 30 ítems que corresponden a ocho dominios: 1) ganas de superarse, relacionado con la constancia de la persona, con la creencia de que las cosas pueden mejorar y con la disposición que muestra a la hora de solicitar apoyo, en caso de necesitarlo; 2) autorrealización, relacionado con que la persona crea en sí misma y piense que tiene el control sobre lo que está sucediendo en su vida; 3) relacionado con la percepción que tiene la persona de sí mismo, con su identidad, con la importancia que le otorga a su experiencia con el trastorno, es decir, si la persona considera que puede aprender, que puede mejorar y que merece la pena seguir luchando; 4) relacionado con el funcionamiento de la persona, en el que se incluye las actividades de vida diaria, la participación en actividades significativas y en actividades sociales; 5) relacionado con el bienestar, puesto que en esta área se valora si la persona está de acuerdo con la medicación que toma y si se siente bien consigo mismo; 6) relacionado con el potencial de la persona para mejorar, con la posibilidad de cambio, con la calidad de vida y con el progreso para poder alcanzar sus metas; 7) relacionado con la espiritualidad, las estrategias o las creencias que pueden servirle de ayuda en los momentos difíciles; 8) relacionado con la independencia económica y con el desempeño de un trabajo.

En esta herramienta, el formato de respuesta es de tipo likert, con 5 alternativas que van desde 0 (= totalmente en desacuerdo) a 4 (= totalmente de acuerdo).

***STORI-30*** (Andresen et al. 2006, 2013).

Esta herramienta ha sido diseñada bajo el modelo de etapas propuesto por Andresen et al., (2006, 2013); consta de 50 ítems, 10 ítems por cada una de las 5 etapas que identifican los

autores: Moratoria, de conciencia, preparación, reconstrucción y crecimiento. Cada uno de los indicadores que se encuentran incluidos en estas cinco etapas han sido analizados en el apartado dirigido a modelos de recuperación. Esta escala de tipo Likert con cinco alternativas de respuesta que van desde 0 (= actualmente no es del todo cierto) a 5 (= actualmente es completamente cierto), evalúa los componentes internos implicados en el proceso de recuperación. Para su validación se ha utilizado, entre otras medidas, la Recovery Assessment Scale (Corrigan et al. 1999; Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster, & Keck, 2004).

***Recovery Assessment Scale (RAS)*** (Corrigan et al. 1999; Corrigan et al. 2004).

Esta herramienta es el resultado de una primera escala desarrollada por Giffort et al., (1995), denominada Recovery Scale que fue el resultado del análisis de las narrativas de cuatro personas diagnosticadas de un trastorno mental severo. Tras este análisis, se desarrollaron 39 ítems que fueron revisados posteriormente por un grupo independiente de 12 personas con un trastorno mental. Tras esta segunda revisión, se analizó la validez y la fiabilidad de la escala original propuesta por Giffort et al., (1995) a través de la participación de 35 personas diagnosticadas de un trastorno mental severo. El resultado de este proceso dio lugar al desarrollo de la Recovery Assessment Scale (RAS), compuesta por 41 ítems (Corrigan et al., 1999). Se trata de un cuestionario diseñado para evaluar diversos aspectos de la recuperación desde el punto de vista de la persona con énfasis en la esperanza y la autodeterminación. Diversos estudios han encontrado correlaciones positivas entre las puntuaciones de la escala y medidas de autoestima, empoderamiento, calidad de vida y apoyo social (Corrigan et al. 2004; Roe, Mashiach-Eizenberg & Corrigan. 2012). Además, diferentes investigaciones han mostrado que la RAS tiene una adecuada consistencia interna y se han aportado diversas evidencias sobre su validez (Corrigan et al. 2004; Mukoloko,

Hefflinger & Baxter. 2011; Roe et al. 2012). También ha demostrado ser una herramienta válida y segura para evaluar recuperación, puesto que se destaca como el instrumento más fiable, frente a otros 13 instrumentos de evaluación de recuperación (Cavelti et al., 2012). Estas características han llevado a su adaptación y validación en otros contextos (McNaught, Caputi, Oades, & Deane, 2007; Chiba, Miymoto & Kawakami. 2010).

Asimismo, esta herramienta ha sido destacada por los profesionales, dada su utilidad en la práctica diaria (Scheyett et al., 2013), ya que ha demostrado ser una herramienta de evaluación útil para evaluar recuperación (Katzenbach, 2012). Por ello, esta herramienta ha sido la elegida para el desarrollo de este trabajo.

#### **4.5. PRINCIPIOS CLAVE DE LOS SERVICIOS ORIENTADOS A LA RECUPERACIÓN**

Una vez que se ha conceptualizado el significado de la recuperación, se han analizado los principales modelos, se han identificado los principales factores implicados y las principales herramientas de evaluación que existen, consideramos que es necesario dedicar un espacio de este trabajo a destacar los principios en los que deben basarse los servicios orientados a la recuperación. Entre estos principios se incluyen el diseño y el desarrollo de programas basados en las fortalezas de la persona, el respeto y la consideración de la persona en la toma de decisiones acerca de su proceso y una consideración o creencia compartida por todas las personas involucradas en que: todas las personas pueden llevar una vida significativa y satisfactoria independientemente de si están diagnosticados de un trastorno mental (Farkas, Gagne, Anthony & Chamberlin., 2005).

Para profundizar más en el tema, se ha recurrido a varios trabajos de investigación dirigidos a proporcionar orientación a los servicios de atención a la salud mental; entre estos trabajos se destaca el llevado a cabo por el (Servicio de Salud Mental de los Estados Unidos [SAMHSA], 2008) en el que participan personas diagnosticadas de un trastorno mental, profesionales e investigadores del campo de la salud mental. Tras esta reunión, se destacan una serie de características que todos los servicios que estén orientados a la recuperación deben de promover (SAMHSA, 2008):

1) *Autodirección*: la persona decide, dirige, controla y toma decisiones sobre su proceso de recuperación.

2) *Individualidad y enfoque centrado en la persona*: cada proceso y experiencia es único, por lo que deben valorarse de manera individualizada las necesidades, preferencias, deseos y metas de la persona.

3) *Capacitación*: la persona elige y toma decisiones en su día a día. Para que esto sea posible se le proporcionan los apoyos necesarios.

4) *Enfoque holístico*: la recuperación engloba todas las dimensiones de la vida de un ser humano, lo que incluye la mente, el cuerpo, el espíritu y su relación con los miembros de una comunidad.

5) *No lineal*: la recuperación no es un proceso que sigue un protocolo, definido paso a paso, sino que es un proceso basado en el crecimiento continuo y personal.

6) *Basado en los puntos fuertes*: la recuperación coloca su foco de atención en los puntos fuertes de la persona, destacando la resistencia que ofrece ante la adversidad, la habilidad para gestionar los síntomas, el valor inherente y las capacidades del individuo.

7) *Apoyo de iguales*: se reconoce y promueve el apoyo entre las personas con experiencias similares.

8) *Respeto*: donde se incluyen medidas dirigidas a la protección de los derechos de las personas y la reducción de la discriminación y el estigma asociado.

9) *Responsabilidad*: la persona asume la responsabilidad sobre su propio cuidado y sobre su proceso de recuperación.

10) *Esperanza*: la recuperación ofrece un mensaje muy claro; las personas pueden superar y superan las barreras y los obstáculos a los que se enfrentan diariamente.

Otros autores, como Mancini, (2008), identifican una serie de principios clave en los que deben estar orientadas las prácticas de los servicios basados en la recuperación de las personas con un trastorno mental; en primer lugar, destaca que se deben cubrir las necesidades básicas a través de una adecuada evaluación, planificación y prestación de servicios; en segundo lugar, propone ofrecer servicios y recursos que pueden dar apoyo a todas las necesidades; en tercer lugar, el diseño de tales servicios y recursos debe estar basado en las necesidades que se identifiquen en cada individuo; en cuarto lugar, la persona debe participar plenamente durante el proceso; en quinto lugar, los servicios deben proporcionar los apoyos necesarios para promover la recuperación y la integración en la comunidad; en sexto lugar, el enfoque bajo el cual se deben desarrollar los servicios, debe estar basado en las fortalezas de la persona, en lugar de basarse en las dificultades; en séptimo lugar, favorecer y promover la autodeterminación; y, por último, los servicios deben orientarse hacia el desempeño de los roles propios de la vida adulta, así como a la participación y el desarrollo en un proyecto de vida.

Estos principios han generado impacto y han ayudado a transformar los servicios dirigidos a la atención de la salud mental (Tierney & Kane, 2011), y este impacto se refleja en el papel que desempeñan las personas con un trastorno mental (empoderamiento, participación y compromiso, manejo de la sintomatología, desestigmatización), en la organización de los recursos (participación e implicación de las personas) y en la actitud de los profesionales (mayor respeto a la opinión y preferencias de las personas, trabajo cooperativo y conjunto) (Bonanno, 2004).

Al desarrollo de estos principios en los servicios de atención se la ha asociado una serie de dificultades o resistencias que han frenado el impulso y el desarrollo de la recuperación en los servicios de atención a las personas. Concretamente, en el estudio de Davidson et al., (2006), se identifican diez motivos que preocupan a los profesionales sobre el desarrollo de estos principios en los servicios de atención a las personas con un trastorno mental, entre las que se incluyen: el considerar que la recuperación no aporta nada nuevo, ya que es lo que se lleva haciendo durante décadas; considerar que la carga de los profesionales aumenta, ya que piensan que tienen más demandas que recursos para hacerles frente; la idea de que, si existe la recuperación, ¿cómo puede ser que las personas con trastorno mental sigan teniendo dificultades?; creer que la recuperación solo es posible en algunas personas; considerar que la recuperación puede traer más consecuencias negativas que positivas, ya que pueden empujar a algunas personas al fracaso; dudar acerca de cómo se puede promover la recuperación, si la mayoría de las personas con un trastorno mental no tienen consciencia de enfermedad; considerar que los modelos de recuperación no pueden ser desarrollados, sino se destinan más recursos para impulsar su puesta en marcha; creer que los servicios orientados a la recuperación no están basados en evidencias científicas; considerar que los enfoques que promueven la recuperación desvalorizan el papel del profesional; y, por último, los profesionales reflexionan sobre el hecho de si la persona con trastorno mental es la principal



responsable sobre su proceso de recuperación, ¿cómo puede ser fracaso de los profesionales si la persona no consigue los objetivos planteados? Estas cuestiones, que preocupan a los profesionales e investigadores, ponen de manifiesto que la recuperación siga todavía hoy en día siendo objeto de debate.

#### **4.6. CONCLUSIONES**

Tras el desarrollo del capítulo, pueden extraerse una serie de conclusiones generales. En primer lugar, parece claro que la recuperación puede ser definida a través de diferentes perspectivas; la primera de ellas, relacionada con la perspectiva de los profesionales, y la segunda, relacionada con la perspectiva de las personas diagnosticadas de un trastorno mental. Dependiendo de la perspectiva desde la que se enfoque la recuperación, ésta puede ser conceptualizada y entendida de diferentes formas: como una visión, una filosofía, un proceso, un resultado, una actitud y/o una orientación en la vida (Silverstein & Bellack, 2008). Ante esta cuestión, en la actualidad, parece existir una tendencia general en la que se considera que la recuperación consiste en que la persona construya un proyecto de vida con sentido y significado, diseñado por ella misma, representa un movimiento que se aleja de la patología, del trastorno y de los síntomas, y se acerca a la salud, a las fortalezas, al bienestar de la persona, y por último, implica que los profesionales asuman un rol de acompañante durante el proceso de descubrimiento de la persona (Shepherd, Boardman & Slade, 2008).

En segundo lugar, se destaca la necesidad de un desarrollo más amplio de la recuperación, para que pueda ofrecer un marco de trabajo que, si se adopta en serio, favorecerá la transformación de los servicios de atención a la salud mental (Shepherd et al. 2008). Esta transformación radica en los principios en los que se basa este nuevo paradigma

en la atención de la locura, con unos valores, creencias, prácticas y hasta terminologías distintas (Onken et al., 2007); y la terminología es importante, puesto que ha llegado el momento, como ya ocurrió anteriormente con otros conceptos, de que cierta terminología desaparezca y deje espacio a otros conceptos que sí se corresponden con la actualidad, relacionados con la esperanza, la autodeterminación, la calidad de vida, el bienestar, el propósito en la vida y que estos ocupen los discursos de los profesionales que trabajan día a día en los servicios de atención a la salud mental; y estos valores se encuentran cada vez más integrados, puesto que el desarrollo de programas de recuperación muestra que los profesionales utilizan en su lenguaje cotidiano expresiones como *atención centrada en la persona, autodeterminación, responsabilidad, empoderamiento, participación, colaboración*, etc. (Whitley, Strickler, & Drake, 2012). Estos resultados muestran que los valores de la recuperación están calando en todas las personas implicadas y, por lo tanto, promueven el avance y el desarrollo en la atención de las personas, puesto que el lenguaje que utilizan todos los agentes implicadas en dicho proceso sirve de medio para reforzar la esperanza y la creencia en las posibilidades reales que tiene una persona, en lugar de invitar al pesimismo y a la cronicidad (Shepherd et al. 2008).

En tercer lugar, es importante destacar que las críticas, las dudas o las resistencias creadas en torno a la recuperación deben ser planteadas como un desafío para los profesionales e investigadores, que solo pueden ser descubiertos a través de la investigación (Schrack & Slade, 2007). En la actualidad ya se disponen de evidencias que muestran buenos resultados en los servicios que tienen presentes los valores propios de la recuperación (Slade, 2009); por lo tanto, investigar y avanzar en esta línea resulta prioritario, puesto que si no la recuperación corre el riesgo de ser considerada la última palabra de moda, pero sin implicaciones prácticas que contribuyan a la mejora de los servicios (Onken et al. 2002).

Tras este análisis, parece que a la recuperación le ha llegado su momento (Shepherd et al. 2008), dado que estos valores no suponen una moda pasajera y, en la actualidad, resulta imposible hablar de cambio en el campo de la salud mental si no se habla de recuperación (Mancini, 2008).



# INTRODUCCIÓN AL DESARROLLO EMPÍRICO





## INTRODUCCIÓN AL DESARROLLO EMPÍRICO

En los capítulos previos se pone de manifiesto que los avances en la investigación han permitido que variables como la calidad de vida, el bienestar psicológico y el funcionamiento sean consideradas como elementos centrales en cualquier servicio de atención a la salud mental. El desarrollo de estas variables muestra la evolución continua a la que se encuentra sometida la campo de la salud mental, y esta evolución se sitúa, en la actualidad, en un cambio que va desde modelos basados en la rehabilitación, hasta modelos orientados a la recuperación.

Por lo tanto, y de acuerdo con lo señalado previamente, en este trabajo se proponen dos objetivos principales: 1) evaluar calidad de vida relacionada con la salud, el bienestar psicológico y el funcionamiento de personas con un trastorno mental severo; 2) realizar la adaptación y validación de una herramienta de evaluación de la recuperación.

A continuación, se presenta de manera esquemática el desarrollo empírico de este trabajo que se estructura en el *quinto*, *sexto* y *séptimo* capítulo de este trabajo de investigación.

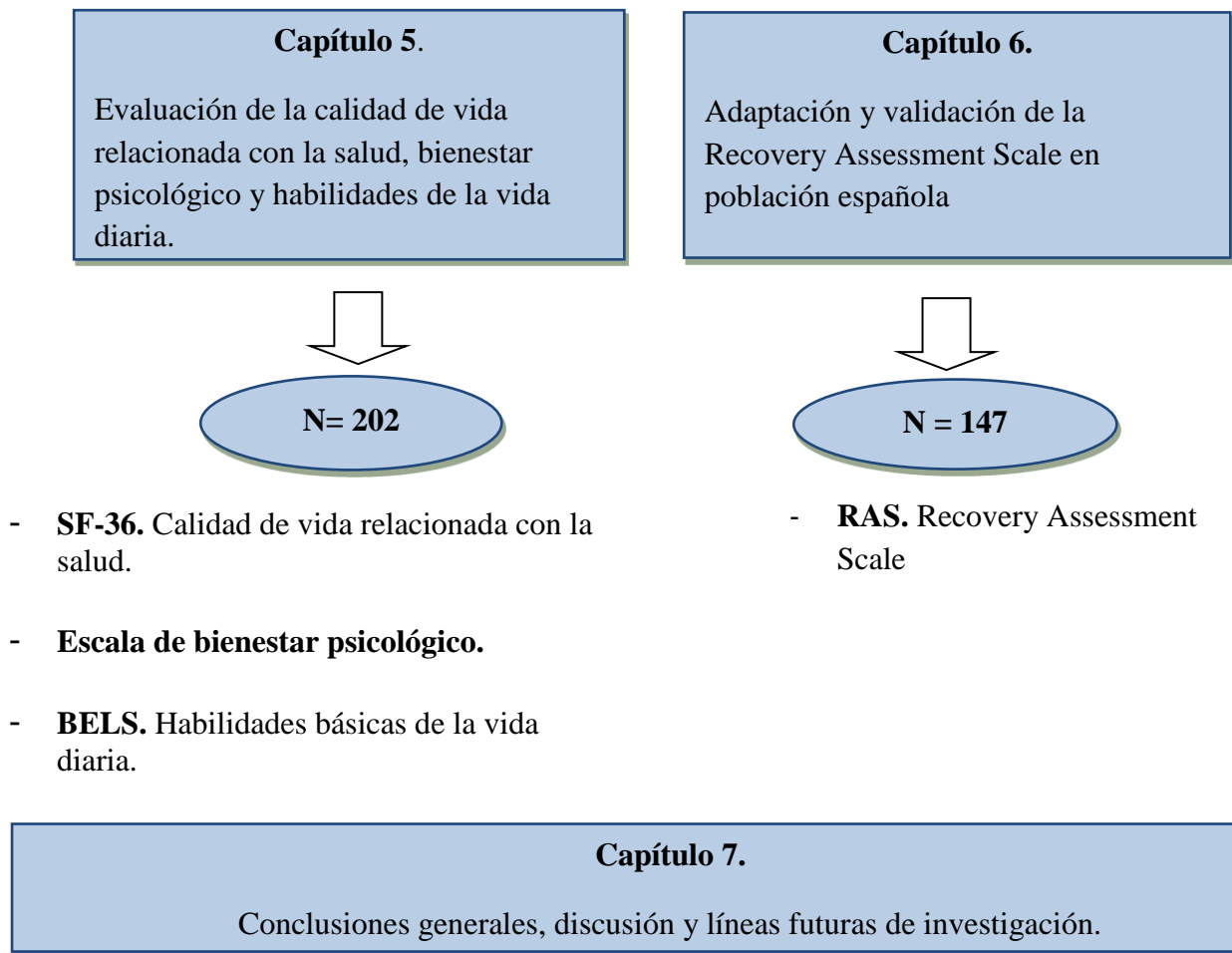


Figura 4. Esquema parte empírica



# CAPÍTULO 5

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA  
RELACIONADA CON LA SALUD, EL  
BIENESTAR PSICOLÓGICO Y EL  
FUNCIONAMIENTO DE PERSONAS CON UN  
TRASTORNO MENTAL SEVERO





## **CAPÍTULO 5. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y EL FUNCIONAMIENTO DE PERSONAS CON UN TRASTORNO MENTAL SEVERO**

### **INTRODUCCIÓN**

Los capítulos anteriores han estado dirigidos al desarrollo teórico con el objetivo de obtener una serie de conclusiones que sirvan de base a todo el desarrollo empírico que se va a realizar a lo largo de los capítulos posteriores. Entre las conclusiones generales que se han obtenido, se encuentra la necesidad de fomentar la salud mental, puesto que las investigaciones muestran que el número de personas diagnosticadas de un trastorno mental está creciendo, lo que conlleva a que los servicios de atención demanden recursos más adaptados a las necesidades de estas personas (Bartels & Pratt, 2009). Esta mejora en la atención viene determinada, entre otros factores, por la necesidad de disponer de una imagen clara, precisa y no sesgada de lo que implica para una persona estar diagnosticado de un trastorno mental severo (Uriarte, 2007). En este sentido, el análisis de la literatura nos muestra que existe gran cantidad de bibliografía dirigida a conocer cuáles son las características clínicas asociadas a este tipo de población, pero como se ha visto a lo largo de los capítulos anteriores, también es importante disponer de literatura que muestre el rol que desempeñan ciertas variables relacionadas con la salud y con el bienestar (Shepherd et al. 2008). En este sentido, hacen falta más investigaciones dirigidas a estudiar todas las variables que se alejan de la patología y se acercan a la salud.

Por lo tanto, el desarrollo de este capítulo está dirigido a explorar y a describir los principales resultados obtenidos tras la evaluación de la calidad de vida relacionada con la

salud, el bienestar psicológico y el grado de oportunidad y de desempeño en las habilidades de la vida diaria en personas diagnosticadas de un trastorno mental severo. Los objetivos de esta investigación, así como la metodología empleada, se detallan a continuación.

### **5.1. OBJETIVOS**

De acuerdo a lo señalado previamente, en este capítulo se plantean como objetivos principales los siguientes:

1. Evaluar los niveles de calidad de vida relacionada con la salud de personas con un trastorno mental severo.
2. Evaluar el bienestar psicológico de personas con un trastorno mental severo.
3. Evaluar el grado de oportunidad que ofrece el contexto para el desempeño de las habilidades de la vida diaria de personas con un trastorno mental severo.
4. Evaluar el grado de desempeño en las habilidades de la vida diaria de personas con un trastorno mental severo.
5. Examinar si existe relación entre las variables sociodemográficas analizadas y las puntuaciones obtenidas en los diferentes instrumentos de evaluación.
6. Analizar la posible relación que se establece entre las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud, bienestar psicológico y habilidades de la vida diaria.
7. Identificar las variables que mejor contribuyen a explicar la calidad de vida de las personas evaluadas.

## 5.2. MÉTODO

### 5.2.1. *Participantes.*

Participaron 202 personas adultas diagnosticadas de un trastorno mental severo. Las características sociodemográficas de los participantes muestran que todos ellos pertenecen a la red de atención a la salud mental de la Comunidad de Castilla y León, en su mayoría, pertenecientes a la provincia de Zamora (Tabla 5). Todos ellos se encuentran incluidos en el grupo denominado “trastornos mentales severos”, y su inclusión viene determinada por el tipo de diagnóstico que presenta la persona, por su dilatado historial, en el que destacan hospitalizaciones previas, y la necesidad de apoyos de manera continua a través de recursos sanitarios, de rehabilitación u ocupacionales. Estos apoyos se reflejan en el día a día de la persona, sobre todo, en el desempeño de ciertas actividades relacionadas con el autocuidado o con otras actividades de carácter instrumental, como el cuidado y mantenimiento del hogar, gestión y manejo de los recursos económicos, adherencia al tratamiento farmacológico, preparación de la comida y realización de compras. En este punto, cabe destacar que la red de atención a la que pertenecen estas personas es un servicio de salud mental que se desarrolla bajo un modelo comunitario, con diferentes tipos de recursos diseñados para cubrir todas las necesidades de las personas, entre los que se encuentran los centros de rehabilitación, centros de día, centros ocupacionales, viviendas con diferentes grados de apoyo y unidades residenciales.

Una vez descritas las características generales de la muestra, existen una serie de características más específicas que se describen a continuación. Entre los participantes existe una mayor presencia masculina, concretamente el 55.9% son hombres (Figura 5), con edades comprendidas entre los 20 - 94 años, siendo la media de edad de 51.3 años (DT = 13.9). En su mayoría, concretamente el 50.48%, reside en Zamora, seguido de un 25.22% en

Salamanca y un 24.3% en Toro (Zamora). El 80% de las personas no tiene pareja en el momento de la evaluación, seguido de un 11.9% de personas cuyo estado civil es separado o divorciado, un 6.5% tiene pareja y 1.6% es viudo/a. El 60.3% de la población ha nacido en un entorno rural, frente a un 39.7% que procede de un entorno urbano. En cuanto a las categorías diagnósticas establecidas según el DSM-IV (APA, 2000), el 72.4% está diagnosticado de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, el 13.8% de un trastorno del estado de ánimo y, en la misma proporción, de un trastorno de la personalidad (Figura 5). En relación a los servicios a los que acuden (Figura 6), la mayoría, en concreto el 36.1%, no acude a ningún recurso, seguido de un 24.3% que acude al Centro de Rehabilitación Psicosocial, un 21.8% que acude al Centro de Día y un 17.8% que acude al Centro de Rehabilitación Laboral. En cuanto al tipo de vivienda, el 33.2% reside en una vivienda sin necesidad de apoyo, seguido de un 28.2% que reside en un piso con apoyo, de un 30.7% que vive en una residencia y de un 7.9% que reside en una unidad de rehabilitación. La media en años de evolución de la enfermedad es de 19.04 años (DT = 15.3).

Tabla 5. Características sociodemográficas de los participantes (N= 202).

Variables	Categorías	N	%	% Válido
<b>Género</b>	Mujer	89	44.1	44.1
	Hombre	113	55.9	55.9
	Total	202	100	100
<b>Lugar de residencia</b>	Salamanca	56	27.7	27.7
	Zamora	97	48.0	48.0
	Toro	49	24.3	24.3
	Total	202	100	100
<b>Estado civil</b>	Soltero	148	73.3	80.0
	Casado/pareja de hecho	12	5.9	6.5
	Divorciado/separado	22	10.9	11.9
	Viudo	3	1.5	1.6
	Sin datos	17	8.4	-
	Total	202	100	100
<b>Lugar de nacimiento</b>	Entorno rural	120	59.4	60.3
	Entorno urbano	79	39.1	39.7
	Sin datos	3	1.5	-
	Total	202	100	100
<b>Diagnóstico</b>	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	126	62.4	72.4
	Trastornos del estado de ánimo	24	11.9	13.8
	Trastornos de personalidad	24	11.9	13.8
	Sin datos	28	13.9	-
Total	202	100	100	
<b>Recurso</b>	Centro de Día	44	21.8	21.8
	Centro de Rehabilitación Laboral	36	17.8	17.8
	Centro de Rehabilitación Psicosocial	49	24.3	24.3
	Ningún recurso	73	36.1	36.1
	Total	202	100	100
<b>Vivienda</b>	Residencia	62	30.7	30.7
	Piso con apoyo	57	28.2	28.2
	Piso sin necesidad de apoyo	67	33.2	33.2
	Unidad de rehabilitación	16	7.9	7.9
	Total	202	100	100

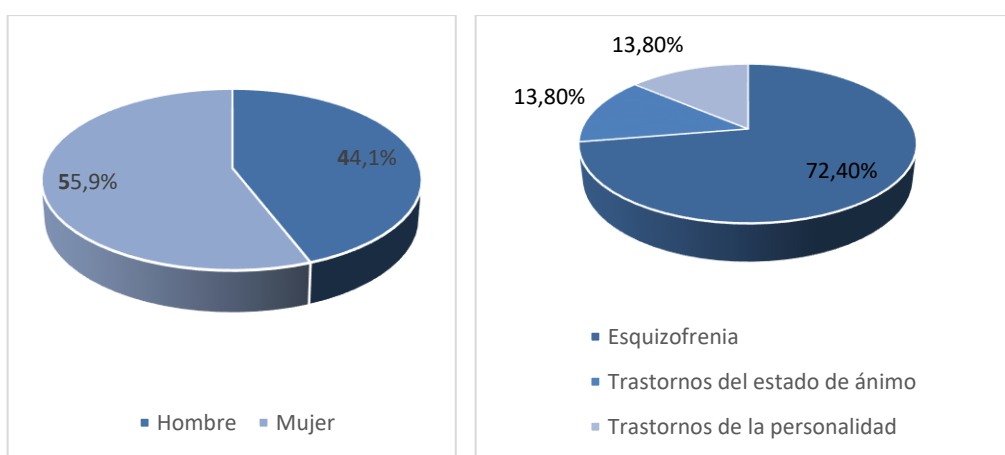


Figura 5. Gráfico de sectores para la variable género y la variable diagnóstico.

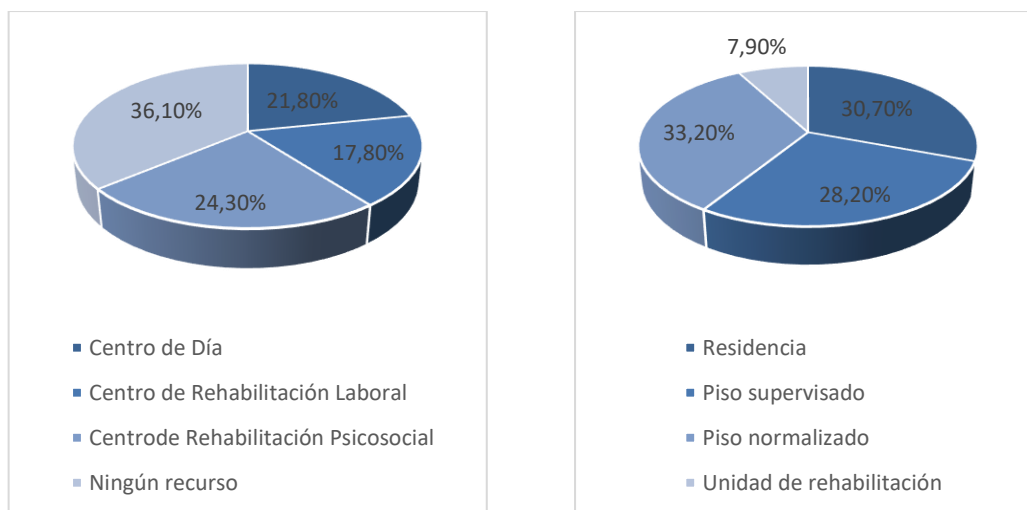


Figura 6. Gráfico de sectores para la variable recurso al que acude y para el tipo de vivienda en el que reside.

### 5.2.2. Instrumentos.

La elección de los instrumentos de evaluación se realizó en base a las indicaciones de algunos autores que consideran que la forma más completa de evaluar a personas con un trastorno mental severo es la combinación de medidas de evaluación subjetivas junto con medidas de evaluación objetivas (Karow, Naber, Lambert, & Moritz, 2012). Siguiendo estas indicaciones, se seleccionó un instrumento de evaluación de calidad de vida relacionado con la salud y un instrumento de evaluación de bienestar psicológico, que corresponden con el primer criterio ofrecido por el autor; y para el segundo criterio, se seleccionó un instrumento de evaluación sobre el grado de desempeño y el grado de oportunidad que ofrece el contexto para las habilidades de la vida diaria. Así la información es recogida desde una perspectiva subjetiva y desde una perspectiva objetiva a través de un informante que conoce bien a la persona. A continuación, se describe brevemente cada uno de los instrumentos que se han utilizado para el desarrollo de este capítulo, exponiendo la versión que se ha utilizado, la finalidad y las características necesarias para su aplicación.



***Cuestionario sociodemográfico.***

Se solicitó a los participantes que cumplimentasen un cuestionario en el que se le pedían datos sociodemográficos como el género, la edad, el estado civil, el lugar de residencia, así como algunos datos relacionados con el diagnóstico y el tipo de recursos de la red de servicios en los que recibían atención.

***Cuestionario SF-36*** (Alonso, Prieto & Antó, 1995).

Este cuestionario está adaptado y validado en población española, a través del trabajo que realizaron el equipo de Alonso, Prieto, & Antó (1995). Esta herramienta de evaluación está compuesta por 36 ítems que cubren ocho dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud (Ware et al. 1994). Para cada una de las dimensiones, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud) (Alonso et al., 1995). Toda la información obtenida es recogida a través de una entrevista entre el evaluador y la persona que transmite la información. La información que se recoge se establece en un periodo de tiempo que corresponde con las últimas cuatro semanas previas a su aplicación.

La primera dimensión corresponde a la *función física*, y está compuesta por 10 ítems, a través de los cuales se evalúa el grado de limitación que tiene la persona para el desempeño de actividades físicas, debido a su estado de salud. Entre estas actividades se incluye el correr, pasar la aspiradora, llevar la bolsa de la compra, subir pisos por las escaleras, agacharse, andar varias distancias (un kilómetro, varias manzanas o una sola manzana) y bañarse o vestirse de manera independiente. En esta dimensión las puntuaciones más bajas indican que la persona tiene serias limitaciones para realizar todas las actividades

mencionadas anteriormente, y las puntuaciones altas indican que la persona puede desempeñar estas actividades sin ninguna limitación causada por su estado de salud. La segunda dimensión corresponde con el *rol físico* y está compuesta por 4 ítems, a través de los cuales se evalúa la presencia de problemas de salud física que hayan afectado en el trabajo o en las actividades diarias. Las puntuaciones bajas, en esta dimensión, indican que los problemas de salud física impactan de manera negativa en el trabajo o en otras actividades diarias; en cambio, las puntuaciones altas indican que no existe ningún problema en el desempeño del trabajo y de otras actividades debido a la salud física. La tercera dimensión es la relacionada con el *dolor corporal*, y está compuesta por 2 ítems, a través de los cuales se evalúa la presencia de dolor y su repercusión en el funcionamiento diario. Las puntuaciones bajas obtenidas en esta dimensión indican la presencia de dolor intenso y extremadamente limitante; en cambio, las puntuaciones cercanas a 100 indican que no existen limitaciones causadas por el dolor. La cuarta dimensión es la *salud general*, y está compuesta por 5 ítems, en los que se evalúa la percepción sobre el estado de salud actual y futuro. Las puntuaciones bajas y cercanas a 0 indican que la persona considera que tiene mala salud y cree que ésta puede empeorar con el paso del tiempo; las puntuaciones altas indican que la persona considera que su salud es excelente. La quinta dimensión es la *vitalidad*, y está compuesta por 4 ítems, en los que se evalúa el grado de vitalidad, cansancio y energía. Las puntuaciones bajas en esta dimensión indican que la persona se siente cansada y baja de energía; en cambio, las puntuaciones altas indican que se siente muy activa y vital. La sexta dimensión está relacionada con la *función social*, y en ella se incluyen 2 ítems en los que se evalúa el grado en que los problemas físicos y emocionales interfieren en el desarrollo de actividades sociales. Si la persona obtiene puntuaciones cercanas a cero, indica la presencia de problemas físicos o emocionales que dificultan la participación en actividades sociales; las personas que obtienen puntuaciones altas y cercanas a 100 muestran el desempeño de actividades sociales

sin que la presencia de problemas físicos o emocionales lo dificulten. La séptima dimensión es la del *rol emocional*, y está compuesta por 3 ítems, a través de los cuales se evalúa la presencia de problemas emocionales que hayan afectado en el trabajo o en las actividades diarias. Las puntuaciones bajas obtenidas en esta dimensión indican que los problemas emocionales impactan de forma negativa en el trabajo y en el desempeño de otras actividades; en cambio, las puntuaciones altas y cercanas a 100, indican que la persona participa en sus actividades sin ningún problema emocional que dificulte su desempeño. La octava dimensión es la relacionada con la *salud mental*, y está compuesta por 5 ítems, en los que se evalúa la presencia de sentimientos de angustia, depresión, felicidad. Las personas que obtienen puntuaciones bajas en esta dimensión indican la presencia de sentimientos de angustia y depresión; las puntuaciones altas indican la presencia de sentimientos de felicidad, tranquilidad y calma durante la mayor parte del tiempo. Por último, se incluye un ítem que compara el estado de salud actual con el del año pasado; en esta dimensión, las puntuaciones bajas indican que la persona considera que su estado de salud actual es mucho peor que el de hace un año; en cambio, las puntuaciones altas indican que la persona considera que su estado de salud, en general, es mucho mejor que el de hace un año.

***Escala de Bienestar Psicológico*** (Díaz et al., 2006).

La versión de la escala de bienestar psicológico que se propone para el desarrollo de este trabajo, es la de 29 ítems, adaptada al castellano por Díaz et al., (2006). De estos 29 ítems, 10 de ellos están formulados de forma inversa y el tipo de respuestas se establecen en una escala de tipo Likert en un rango que va desde 0 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo), lo que indica que puntuaciones cercanas a 6 muestran que la persona tiene buenos niveles en esa dimensión. En cambio, puntuaciones cercanas a 1 indican todo lo

contrario. Entre las propiedades de este instrumento se encuentran que la información es recogida a través de la percepción de la persona que está siendo evaluada y que el formato de recogida es a través de una entrevista individual.

Estos 29 ítems cubren las seis dimensiones que se incluyen dentro del modelo de bienestar psicológico elaborado por Ryff (Ryff, 1989a, 1989b). La primera dimensión corresponde a la *autoaceptación*, en la que la persona busca sentirse bien consigo misma, a pesar de ser consciente de las dificultades que pueda tener; la segunda dimensión se relaciona con las *relaciones positivas*, puesto que la persona necesita establecer relaciones sociales y tener amigos en los que poder confiar; la tercera dimensión se relaciona con la *autonomía*, es decir, las personas necesitan mantener su propia individualidad en diferentes contextos, necesitan tener autodeterminación y mantener su independencia y autoridad personal; la cuarta dimensión está relacionada con el *dominio del entorno*, las competencias que tiene la persona para poder para elegir o crear entornos que sean favorables para satisfacer sus deseos y necesidades, lo que le otorga una sensación de control sobre su vida; la quinta dimensión está relacionada con tener un *propósito en la vida*, ya que las personas necesitan marcarse metas, definir objetivos, desarrollar proyectos que doten a sus vidas con sentido y con significado; y la última dimensión, el *crecimiento personal*, está relacionado con que la persona muestre empeño por desarrollar sus potencialidades, por seguir creciendo como persona y por llevar al máximo sus capacidades (Keyes et al., 2002) citado en Díaz et al. (2006).

***BELS Habilidades de la Vida Diaria*** (Jiménez, Torres, Laviana, Luna, Trieman, & Rickard, 2000).

Esta herramienta está adaptada en población española con el nombre de “Habilidades Básicas de la Vida Diaria” (BELS) (Jiménez et al., 2000) y ha sido desarrollada para evaluar el grado de desempeño y el grado de oportunidad del que disponen las personas con un trastorno mental severo para la realización de las actividades de la vida diaria. Cada una de estas actividades es puntuada a través de dos criterios; el primero de ellos se dirige a evaluar el grado de desempeño que tiene la persona, en un rango que va desde 0 (no realiza ninguna actividad o es necesaria una supervisión diaria) a 4 (nivel normal de realización); el segundo criterio se dirige a evaluar el grado de oportunidad que ofrece el contexto, en un rango que va desde 0 (ninguna oportunidad de independencia) a 2 (total oportunidad de independencia). En cuanto a las propiedades, se trata de una herramienta heteroaplicada, ya que precisa la colaboración de una persona que actúe como informante clave; en este caso, los profesionales de atención directa han sido los encargados de proporcionar la información necesaria para su cumplimentación a través de entrevistas. La información que se recoge está basada en el mes previo a la evaluación.

Esta escala está compuesta por 26 actividades incluidas dentro de cuatro áreas de evaluación: 1) autocuidado; 2) habilidades domésticas; 3) habilidades comunitarias; 4) actividades y relaciones sociales. Dentro del área de *autocuidado* se incluye: la independencia de movimientos (se valora si la persona sale a la calle, si se desorienta), despertarse y levantarse (valora si la persona es independiente para despertarse entre semana), vestirse (la capacidad para seleccionar la ropa y vestirse de forma apropiada), vuelta a casa por la noche (es responsable de su seguridad y puede volver a casa sin problemas), comidas (si sigue unas rutinas respecto a la comida saludables), medicación (si es independiente para tomar la medicación), higiene personal (si es capaz de mantener una

rutina de aseo personal diario), ropa (es capaz de cambiarse de ropa cuando ésta se encuentra sucia o estropeada), incontinencia (se valora el control de esfínter vesical y anal) y comportamiento en el cuarto de baño (utiliza el baño de manera apropiada). En la segunda área, *habilidades domésticas*, se incluye: preparación de comidas (es capaz de preparar el desayuno, la comida y la cena), preparación de comidas simples (se valora si la persona es capaz de prepararse comidas simples, como un bocadillo, un vaso de leche...), compras de comestibles (compra en tiendas), compras (compra objetos personales que no sean ropa), lavado de ropa (lava su ropa personal y de la cama), cuidado de espacio personal (si la persona es capaz de mantener limpio y ordenado su cuarto), cuidado de su casa o zonas comunes (si hace las tareas domésticas). En la tercera área, *habilidades comunitarias*, se incluye: el uso de transporte público (se valora si la persona es capaz de utilizar el transporte público), uso de servicios asistenciales (si hace uso de los servicios sociales y asistenciales), uso de locales y servicios públicos (si utiliza los locales o servicios públicos como restaurantes, cines), uso de dinero o capacidad de controlar su presupuesto (si la persona es capaz de administrar su dinero). Y en la última área, *actividades y relaciones sociales*, se incluye: la ocupación diaria (se valora el grado de participación en actividades que no sean básicas ni instrumentales), actividades de tiempo libre (se valora si la persona realiza actividades de ocio), sociabilidad (se es sociable o busca la compañía de otras personas), consideración y preocupación por otros (si muestra preocupación por otras personas) y prestar ayuda en una situación de emergencia (si es capaz de responder ante una situación de emergencia).

### ***5.2.3. Procedimiento de aplicación de los instrumentos a la muestra.***

Para la búsqueda y la selección de la muestra se contactó con diferentes fundaciones y asociaciones dirigidas a la atención de personas diagnosticadas de un trastorno mental severo

para solicitarles su colaboración en la investigación. Finalmente se contó con la participación de la Fundación INTRAS y, en concreto, con los responsables del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Zamora. Para asegurar que el proyecto estaba claramente definido y contaba con los principios éticos necesarios, se elaboró un documento en el que se especificaban los principales aspectos del proyecto a desarrollar y el mismo fue sometido a la aprobación del Comité Ético del Instituto Ibérico de Investigación en Psicociencias (Anexo 1). Una vez que se había comprobado que el proyecto cumplía con las normas éticas necesarias, se presentó a cada uno de los responsables de los departamentos de la Fundación INTRAS y, resueltas todas las dudas, se concertó una cita, cuyo objetivo principal era explicar los motivos del estudio a las personas beneficiarias de los diferentes recursos. A continuación, se desarrolló el proceso de recogida de información a través de entrevistas individualizadas en los recursos a los que acudían cada uno de los participantes.

El estudio se ha realizado de acuerdo con los principios éticos que tienen su origen en la Declaración de Helsinki, y con las correspondientes normas de buena práctica clínica, y las leyes y la reglamentación vigente. De acuerdo con la ley 11/1999 de protección de datos, se notificó a todos los pacientes (Hoja de Información del paciente) sobre sus derechos de acceso, modificación, eliminación y corrección de datos solicitándolo al investigador correspondiente. El investigador informó a todos los participantes sobre el procedimiento que se iba a seguir en el estudio y respondió a las preguntas que estos plantearon. Así mismo, fueron informados de la naturaleza y el alcance del estudio, así como del carácter voluntario que tenía participar en el proyecto. Todos los participantes firmaron el Consentimiento Informado antes de realizar cualquier procedimiento. Con el fin de garantizar la confidencialidad de los participantes, todos los datos se han manejado bajo un código (ID) correspondiente al orden de inclusión en el estudio consecutivamente.

#### 5.2.4. Codificación y análisis de datos.

Para la codificación de los datos de los participantes se siguieron las especificaciones propias de cada instrumento. A continuación, se detallan cada uno de los análisis que se han llevado a cabo para el desarrollo de este capítulo.

En un primer lugar, se llevaron a cabo análisis descriptivos para las ocho dimensiones del cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud y para las seis dimensiones del cuestionario de bienestar psicológico. En cuanto a la BELS, se han realizado análisis descriptivos para valorar, por un lado, el grado de oportunidad y de desempeño que hay en cada una de las 26 habilidades que se incluyen en este instrumento. Por otro lado, se han realizado los mismos análisis en las 4 áreas en las que estas 26 habilidades se reparten y, por último, un análisis que incluye el grado de oportunidad y de desempeño total que obtiene la persona en las cuatro áreas de evaluación. El objetivo ha sido poder explorar cada actividad por separado, cada área en particular, para finalmente obtener una puntuación total en la que se incluya por un lado, el grado de oportunidad y por otro, el grado de desempeño de la persona en las habilidades de la vida diaria.

En segundo lugar, se realizó un estudio dirigido a comprobar los supuestos de normalidad y de homogeneidad de las variables incluidas en esta investigación. Los resultados de la prueba de *Kolmogorov – Smirnov* nos indican la necesidad de utilizar pruebas no paramétricas. Por lo tanto, para el análisis de diferencias de medias se ha utilizado el test de *Mann – Whitney*, para la comparación de dos grupos, y la prueba de *Kruskal Wallis*, para más de dos.

En tercer lugar, se llevaron a cabo análisis de correlación entre las diferentes dimensiones de los instrumentos utilizados. Se utilizó para ello la prueba no paramétrica de *Spearman*.



Por último, con el objetivo de identificar las variables que mejor predicen las distintas dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud, se llevaron a cabo análisis de regresión con cada una de las ocho dimensiones que se incluyen en el sf-36. En cada uno de estos 8 análisis, se introdujo como variable dependiente la dimensión de calidad de vida que se quería estudiar y, como variables predictoras, se incluyeron a las puntuaciones obtenidas en las seis dimensiones de la escala de bienestar psicológico de Ryff y en las áreas de evaluación de la BELS. También se incluyeron como predictores la edad y el género. Como el género es una variable categórica, previamente se recodificó en función del criterio, es decir, se sustituyó cada categoría por la media obtenida en la variable dependiente en cada ecuación de regresión.

Para poder realizar el estudio y el análisis de todas estas pruebas, se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 20.0.

## **5.3. RESULTADOS**

### ***5.3.1. Resultados de los análisis descriptivos realizados.***

#### **5.3.1.1. Análisis descriptivos de las dimensiones del cuestionario SF-36.**

A continuación, se presenta una tabla con la media y la desviación típica de cada una de las ocho dimensiones del cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud. En la población que nos ocupa, parece que las dimensiones que se encuentran más afectadas son las relacionadas con el funcionamiento social, es decir, con la presencia de problemas físicos y emocionales que interfieren de manera negativa en el desempeño de actividades sociales con familiares, amigos u otras personas cercanas (Tabla 6). Otra dimensión que obtiene

puntuaciones por debajo de 50 es la relacionada con el rol emocional, lo que indica la presencia de problemas emocionales que impactan de manera negativa en el desempeño ocupacional, como puede ser el trabajo y/u otras actividades. En dimensiones como la vitalidad, la salud en general y la salud mental, se obtienen puntuaciones entre 50–60 puntos, lo que indica que las personas parecen encontrarse cansadas, sin mucha energía, puesto que consideran que su estado de salud no es bueno, lo que les genera sentimientos de angustia y depresión; además, consideran que su estado de salud puede empeorar con el tiempo. Las dimensiones que obtienen las puntuaciones más altas, entre 67-80 puntos, son las relacionadas con el rol físico, la función física y el dolor corporal. Estos datos parecen indicar que los problemas de salud física y los problemas que se derivan por la presencia de dolor, son los que generan menor impacto en el desempeño de actividades de la vida diaria y actividades laborales de personas con un trastorno mental.

De manera general, parece que los problemas emocionales y la sensación de debilidad y agotamiento presentes en las personas con un trastorno mental, son los factores que generan un mayor impacto en su funcionamiento diario, sobre todo, en las actividades sociales, es decir, en las actividades que se realizan con las personas que se encuentran incluidas dentro de su red social.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del cuestionario de calidad de vida.

<b>Dimensión</b>	<b>Personas con trastorno mental (N=183)</b>
Función física	78.6 (28.9 DT)
Rol físico	67.3 (44.8 DT)
Dolor corporal	80.0 (30.5 DT)
Salud general	54.6 (25.4 DT)
Vitalidad	54.0 (27.9 DT)
Función social	45.8 (33.3 DT)
Rol emocional	48.9 (49.3 DT)
Salud Mental	58.2 (25.7 DT)

En la siguiente tabla, se ofrecen los resultados obtenidos en el estudio realizado en población general por Alonso, Regidor, Barrio, Prieto, Rodríguez, & De la Fuente (1998), en el que participan 9.151 personas procedentes de las diferentes comunidades autónomas españolas. En este estudio, la media de edad de la población es de 45.2 años, un poco más joven que la media de edad obtenida para el desarrollo de este trabajo ( $M = 51.3$  años). Si se comparan los resultados obtenidos en ambas poblaciones, se puede observar que las personas diagnosticadas de una enfermedad mental severa obtienen puntuaciones inferiores en todas las dimensiones, excepto en la referida al dolor corporal, en la que obtienen puntuaciones muy parecidas e incluso algo por encima de las obtenidas en población general. En el caso de la población general, la dimensión que obtiene la puntuación más alta es la relacionada con la función social, seguida de la dimensión de rol emocional. Estas dimensiones también destacan en las personas con enfermedad mental severa, en este caso, como indicadores de las dimensiones con mayor necesidad de apoyo.

Tabla 7. Tabla comparativa sobre los resultados de calidad de vida relacionada con la salud en población general y personas con un trastorno mental severo.

<b>Dimensión</b>	<b>Población general (N = 9.151)</b>	<b>Personas con trastorno mental severo (N=183)</b>
Función física	84.7 (24.0 DT)	78.6 (28.9DT)
Rol físico	83.2 (35.2 DT)	67.3 (44.8DT)
Dolor corporal	79.0 (22.3 DT)	80.0 (30.5DT)
Salud general	68.3 (22.3 DT)	54.6 (25.4DT)
Vitalidad	66.9 (22.1 DT)	54.0 (27.9DT)
Función social	90.1 (20.0 DT)	45.8 (33.3DT)
Rol emocional	88.6 (30.1 DT)	48.9 (9.3DT)
Salud Mental	73.3 (20.1 DT)	58.2 (5.7DT)

### 5.3.1.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LAS DIMENSIONES DE LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF.

A continuación, se presenta una tabla con la media y la desviación típica que se han hallado en las seis dimensiones de la escala de bienestar psicológico de Ryff. Parece que las dimensiones que obtienen las puntuaciones más bajas son las relacionadas con el dominio del entorno (M = 3.78) y el propósito en la vida (M = 3.7) (Tabla 8). Las puntuaciones obtenidas en la dimensión de dominio del entorno, indican, según lo que mencionan Ryff & Keyes, (1995) en su artículo, que la persona tiene algunas dificultades para manejar y controlar lo que sucede a su alrededor, se siente incapaz de cambiar o modificar el contexto y no conoce las oportunidades que este puede ofrecerle. Las puntuaciones en la dimensión de propósito en la vida indican que la persona no ha encontrado el proyecto que necesita, ni ha diseñado las metas y los objetivos necesarios para alcanzarlo (Ryff & Keyes, 1995). En cambio, la dimensión que ha obtenido la puntuación más alta con respecto al resto, es la autonomía (M = 4.28), pero aun así, todavía se encuentra bastante lejos de obtener la puntuación más alta, que

en este caso es 6 y que indicaría que la persona es independiente, actúa con autodeterminación y se posiciona y defiende sus ideas ante las presiones u opiniones de los demás (Ryff & Keyes 1995).

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la escala de bienestar psicológico de Ryff.

<b>Dimensión</b>	<b>Personas con trastorno mental grave (N=100)</b>
Autoaceptación	3.87 (1.1 DT)
Relaciones positivas	3.94 (.8 DT)
Autonomía	4.28 (.7 DT)
Dominio del entorno	3.78 (.8 DT)
Propósito en la vida	3.7 (1.2 DT)
Crecimiento personal	4.15 (.9 DT)

Para obtener una idea un poco más completa sobre los resultados que se han obtenido sobre bienestar psicológico, se ha recurrido a un estudio donde se analizan las puntuaciones que obtiene la población general, en cada una de las dimensiones propuestas por Ryff. En la Tabla 9, se presentan los resultados de esta investigación y los resultados obtenidos en el trabajo de Rodríguez-Carvajal et al., (2010). Como se puede observar los participantes de nuestro estudio obtienen puntuaciones inferiores en todas las dimensiones de bienestar psicológico.

Tabla 9. Tabla comparativa sobre los resultados de bienestar psicológico en población general y en personas con trastorno mental severo.

<b>Dimensión</b>	<b>Población general (N=419)</b>	<b>Personas con trastorno mental severo (N=100)</b>
Autoaceptación	4.32 (0.86 DT)	3.87 (1.1 DT)
Relaciones positivas	4.58 (0.85 DT)	3.94 (0.8 DT)
Autonomía	4.24 (0.73 DT)	4.28 (0.7 DT)
Dominio del entorno	5.83 (0.72 DT)	3.78 (0.8 DT)
Propósito en la vida	4.47 (0.83 DT)	3.7 (1.2 DT)
Crecimiento personal	4.57 (0.64 DT)	4.15 (0.9 DT)

En este caso nos ha parecido interesante hacer una pequeña valoración sobre las puntuaciones mínimas y máximas que se establecen en ambas poblaciones. En el caso de la población general la dimensión que obtiene los valores más bajos es la de autonomía, con una media de 4.24, en cambio, la puntuación más baja que se obtiene en las personas con un trastorno mental severo se manifiesta en la dimensión de propósito en la vida, con una media de 3.7. Las puntuaciones más altas para la población general se sitúan en torno a una media de 5.83, muy cerca de la puntuación máxima que puede alcanzarse (Máximo = 6), en cambio, la puntuación más alta que se ha hallado en la población de estudio es en la dimensión de autonomía, con una media de 4.28. Llama especialmente la atención la distancia que se establece entre ambas poblaciones, en dimensiones como la del dominio del entorno, ya que les separa una diferencia de dos puntos, en una escala que tiene un breve recorrido desde la puntuación mínima (Mínimo = 1), hasta la puntuación máxima (Máximo = 6). Es curioso también, que la dimensión en la que la población general obtiene mayores indicadores de bienestar psicológico, sea una de las que peores indicadores muestra en las personas diagnosticadas de una enfermedad mental severa.

### 5.3.1.3. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LAS ÁREAS DE LA ESCALA BELS.

Para el análisis de los datos que se han obtenido a través de la aplicación de la escala de habilidades de la vida diaria se presentan 4 tablas, que corresponden a las 4 áreas de evaluación de la BELS, con la media y desviación típica de cada una de las 26 habilidades incluidas en dicho instrumento (ver Tabla 10, 11, 12 13).

#### **Área de autocuidados**

Dentro del área de autocuidados, la higiene personal parece ser la actividad que dispone de mayor oportunidad para su desempeño, ya que las personas pueden usar el cuarto de baño sin restricciones o supervisión. Junto a la higiene personal, se encuentran otras dos actividades que obtienen puntuaciones por encima de 1.8, que son las relacionadas con la ropa y el vestido; por lo tanto, parece que la persona dispone de oportunidad para seleccionar su ropa y decidir cuándo debe cambiarla; por el contrario, las habilidades que disponen de menor oportunidad, puesto que obtienen puntuaciones por debajo de 1, son las relacionadas con la medicación. En esta población la medicación es controlada y administrada por los profesionales o familiares, puesto que sólo algunas de las personas tienen la oportunidad de participar en la toma, colaborando con los horarios o con el tipo de tratamiento, pero siempre bajo la supervisión de alguien. En cuanto al desempeño, la mayoría de las habilidades de la vida diaria son realizadas de manera independiente, ya que obtienen puntuaciones superiores a 3. Las habilidades que obtienen puntuaciones inferiores, son las relacionadas con la medicación; ya que la persona se involucra en su tratamiento, pero necesita apoyo para realizar las tomas de manera adecuada y con la higiene; ya que la persona requiere la necesidad de apoyo, ya que de lo contrario, podría presentar algún descuido ocasional.

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de las actividades incluidas en el área de autocuidado de la escala BELS.

Habilidades de la vida diaria	Escala	Media	DT
Independencia de movimientos	Oportunidad	1.74	.64
	Desempeño	3.08	1.49
Despertarse y levantarse	Oportunidad	1.66	.69
	Desempeño	3.05	1.40
Vestirse	Oportunidad	1.82	.38
	Desempeño	3.12	1.34
Vuelta a casa por la noche	Oportunidad	1.70	.66
	Desempeño	3.26	1.37
Comidas	Oportunidad	2.00	.0
	Desempeño	3.22	1.29
Medicación	Oportunidad	.856	.86
	Desempeño	2.49	1.39
Higiene personal	Oportunidad	1.85	1.55
	Desempeño	2.99	1.37
Ropa	Oportunidad	1.83	.37
	Desempeño	3.01	1.37
Incontinencia	Oportunidad	2.00	0.0
	Desempeño	3.50	1.18
Comportamiento en el cuarto de baño	Oportunidad	2.00	0.0
	Desempeño	3.27	1.23

### Área de habilidades domésticas

En esta área el grado de oportunidad disminuye con respecto al grado de oportunidad del que disponen las personas para las habilidades de autocuidado; de hecho, las habilidades que obtienen mayor oportunidad, por encima de 1.5, son las relacionadas con las compras, lo que indica que la persona tiene libertad para salir, aunque debe informar previamente a los profesionales (Tabla 11). Las habilidades relacionadas con el lavado de ropa y con el cuidado del espacio personal obtienen también puntuaciones altas; esto indica que la mayoría de las personas pueden utilizar la lavadora para lavar su ropa y disponen de la oportunidad y de la responsabilidad de mantener de forma limpia y ordenada su espacio personal. Por último, otras habilidades que obtienen puntuaciones adecuadas son las relacionadas con el cuidado de la casa o de las zonas comunes, lo que indica que la persona tiene la oportunidad de realizar las tareas domésticas y de mantener de manera adecuada su hogar. Por el contrario, las



habilidades que disponen de menor oportunidad, es decir, que obtienen puntuaciones inferiores a 1.5, son las relacionadas con la preparación de las comidas, la preparación de comidas simples y la compra de comestibles. Estas puntuaciones indican que la persona tiene acceso a la utilización de la cocina, pero de una manera estructurada, ya que sólo puede utilizarla en ciertos momentos del día o bajo la supervisión del personal o del familiar. En cuanto a la actividad de compras, la persona puede participar en la compra de los ingredientes, pero no tiene la oportunidad de poder cocinarlos.

En cuanto al desempeño, las puntuaciones oscilan entre 2.08 y 2.72, lo que indica la existencia de algún problema menor o moderado, que dificulta el desempeño. Las habilidades que mejores puntuaciones obtienen son las relacionadas con el lavado de ropa y con el cuidado del espacio personal, en cambio, las que obtienen puntuaciones más bajas son las relacionadas con la preparación de comidas como el desayuno, almuerzo o la cena y con la preparación de comidas más simples como puede ser un bocadillo o la preparación de alguna bebida como té o café.

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de las actividades incluidas en el área de habilidades domésticas de la escala BELS.

Habilidades de la vida diaria	Escala	Media	DT
Preparación de comidas	Oportunidad	1.26	.93
	Desempeño	2.08	1.99
Preparación de comidas simples	Oportunidad	1.38	.89
	Desempeño	2.21	1.80
Compra de comestibles	Oportunidad	1.47	.82
	Desempeño	2.35	1.66
Compras	Oportunidad	1.70	.66
	Desempeño	2.56	1.55
Lavado de ropa	Oportunidad	1.63	.70
	Desempeño	2.72	1.51
Cuidado de espacio personal	Oportunidad	1.62	.72
	Desempeño	2.71	1.48
Cuidado de su casa o zonas comunes	Oportunidad	1.59	.74
	Desempeño	2.59	1.49

### Área de habilidades comunitarias

En cuanto al área de habilidades comunitarias, las actividades que disponen de mayor grado de oportunidad son las relacionadas con el uso de locales y servicios públicos y con la utilización de los medios de transporte (Tabla 12). Esto quiere decir que las personas se encuentran en un recurso de régimen abierto, que les permite salir y hacer uso de los servicios de la comunidad como la biblioteca, el cine, el teatro, los bares, los clubs de ocio, etc. Estas dos actividades son las que reciben mayores puntuaciones en desempeño, coinciden con las habilidades que disponen de mayor oportunidad. A pesar de ser las habilidades con mayor puntuación, la persona hace un uso de los recursos de la comunidad con poca regularidad, es decir, utiliza los recursos con menor frecuencia que el resto de la población. La habilidad que recibe las puntuaciones más bajas dentro del área de habilidades comunitarias es la relacionada con la utilización y el manejo del dinero. Estas puntuaciones muestran que las personas tienen dificultades para controlar su dinero, por lo que se les proporciona apoyo a través de asignaciones periódicas.

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de las actividades incluidas en el área de habilidades comunitarias de la escala BELS

Habilidades de la vida diaria	Escala	Media	DT
Uso de transporte público	Oportunidad	1.72	.65
	Desempeño	2.74	1.55
Uso de servicios asistenciales	Oportunidad	1.14	.86
	Desempeño	2.69	1.48
Uso de los locales y servicios públicos	Oportunidad	1.73	.65
	Desempeño	2.79	1.52
Uso de dinero o capacidad de controlar su presupuesto	Oportunidad	.93	.89
	Desempeño	2.22	1.59

### Área de actividad y relaciones sociales

Por último, en cuanto al área de actividad y relaciones sociales, parece que todas las habilidades disponen de oportunidad para su desempeño, ya que las puntuaciones que se

obtienen están por encima de 1.8 (Tabla 13), lo que indica que las personas residen en un recurso de régimen abierto que les permite participar libremente en actividades significativas, tanto de manera individual como grupal.

En cuanto al grado de desempeño, parece que las personas con un trastorno mental severo necesitan algún tipo de apoyo en cada una de las habilidades incluidas en esta área. Las habilidades que más lo necesitan son las relacionadas con el ocio y el tiempo libre, ya que a pesar de que disponen de otras posibilidades, la mayoría de las personas suelen elegir actividades individuales como pasear o ver la televisión. Parece que las personas no participan en actividades en grupo o en actividades que requieran la interacción con otras personas. Otros apoyos en esta área van dirigidos al grado de ocupación que la persona dedica en su día a día, ya que en esta población parecen destacar algunos periodos de inactividad. También es necesario proveer apoyos para que la persona mantenga contacto con su red cercana, como amigos o familiares. En cambio, la habilidad que mayor puntuación obtiene en esta área, en concreto 2.78, es la relacionada con prestar auxilio en una situación de emergencia, donde los resultados muestran que la persona puede solicitar ayuda ante alguna situación crítica, pero difícilmente podría hacerlo de una manera rápida y apropiada.

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de las actividades incluidas en el área de actividad y relaciones sociales de la escala BELS.

Habilidades de la vida diaria	Escala	Media	DT
Ocupación diaria	Oportunidad	1.90	.29
	Desempeño	2.62	1.40
Actividades de tiempo libre	Oportunidad	1.91	.27
	Desempeño	2.49	1.32
Sociabilidad	Oportunidad	1.92	.27
	Desempeño	2.69	1.37
Consideración y preocupación por otros	Oportunidad	2.00	.0
	Desempeño	2.63	1.36
Prestar auxilio en una emergencia	Oportunidad	1.89	.35
	Desempeño	2.78	1.28

Tras el análisis de cada una de las habilidades de la vida diaria incluidas en la BELS, se presenta una tabla en la que se incluye la media y desviación típica del grado de oportunidad y del grado de desempeño para las cuatro áreas de evaluación que contiene el instrumento (Tabla 14). También se añade una última categoría donde se recoge la puntuación total, es decir, la correspondiente a la media y desviación típica de las cuatro áreas de evaluación, tanto en oportunidad como en desempeño. Tras el análisis de los resultados, parece que las habilidades de la vida diaria que disponen de menor oportunidad son las actividades que se realizan en la comunidad. Otro dato interesante que se ha obtenido a través del análisis de los resultados obtenidos en la BELS, es que las puntuaciones en desempeño se sitúan entre 2.46 - 3.10, obteniendo una media en autonomía total de 2.76, lo que implica, según la clasificación de la BELS, que el desempeño de los participantes de este estudio se sitúa entre: 2 (la existencia de un problema moderado o necesidad ocasional de una sugerencia) – 3 (la existencia de problemas menores que no afectan a la independencia de tales actividades).

Tabla 14. Estadísticos descriptivos de las áreas del cuestionario de habilidades de la vida diaria BELS.

Áreas	Personas con trastorno mental grave
<b>Nivel de desempeño</b>	
Habilidades de autocuidado	3.10 (1.16 DT)
Habilidades domésticas	2.46 (1.41 DT)
Habilidades comunitarias	2.61 (1.41 DT)
Actividades y relaciones sociales	2.64 (1.21 DT)
Autonomía total	2.76 (1.17 DT)
<b>Grado de oportunidad</b>	
Habilidades de autocuidado	1.74 (.38 DT)
Habilidades domésticas	1.52 (.68 DT)
Habilidades comunitarias	1.38 (.62 DT)
Actividades y relaciones sociales	1.92 (.21 DT)
Oportunidad total	1.66 (.43 DT)

### ***5.3.2. Análisis de diferencia de medias.***

A continuación se presentan los resultados obtenidos tras los análisis de comparación entre grupos establecidos en función del género, lugar de residencia, estado civil, lugar de nacimiento, diagnóstico, tipo de recurso y tipo de vivienda, en las distintas dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud, de bienestar psicológico y en las áreas de habilidades de la vida diaria.

A continuación, se expone de forma detallada cada uno de los resultados que se han obtenido tras la realización de dichas pruebas. Para facilitar la lectura de los datos, se ha organizado la información en base a los tres instrumentos de evaluación utilizados. En primer lugar, se presentan los resultados obtenidos en calidad de vida relacionada con la salud, en segundo lugar, los relacionados con el bienestar psicológico y, por último, los obtenidos tras el análisis del grado de oportunidad y del grado de desempeño para las habilidades de la vida diaria.

#### **5.3.2.1. Cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud SF-36.**

En lo que respecta a las 8 dimensiones evaluadas por el instrumento de calidad de vida relacionada con la salud, no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos establecidos en función del lugar de nacimiento, estado civil, diagnóstico y género. En cambio, se han encontrado diferencias significativas entre los grupos establecidos en función del lugar de residencia, el recurso al que acude y el tipo de vivienda en la que reside [p < .05].

En cuanto al lugar de residencia, como puede observarse en la Tabla 15, parecen existir diferencias significativas en las dimensiones de dolor corporal, función física y rol físico entre las personas que residen en Salamanca, Zamora o Toro.

Tabla 15. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal - Wallis en función del lugar de residencia.

SF-36	N	Rango promedio	Mediana	$\chi^2$	P
<b><i>Función física</i></b>				13.26	.01
Salamanca	37	62.24	75		
Zamora	97	97.32	95		
Toro	49	101.67	100		
<b><i>Rol físico</i></b>				21.38	.00
Salamanca	37	62.43	25		
Zamora	97	96.10	100		
Toro	49	106.21	100		
<b><i>Dolor corporal</i></b>				33.09	.00
Salamanca	37	59.58	62		
Zamora	97	91.23	100		
Toro	49	118	100		
<b><i>Salud general</i></b>				5.64	.05
Salamanca	37	73.77	45		
Zamora	97	95.46	60		
Toro	49	98.92	52		
<b><i>Vitalidad</i></b>				3.93	.14
Salamanca	37	78.14	50		
Zamora	97	92.85	60		
Toro	49	100.80	60		
<b><i>Función social</i></b>				4.24	.11
Salamanca	37	89.95	50		
Zamora	97	98.84	50		
Toro	49	80.02	25		
<b><i>Rol emocional</i></b>				.99	.60
Salamanca	37	88.97	33.33		
Zamora	97	95.21	100		

Toro	49	87.93	0.0		
<b>Salud mental</b>				2.56	.27
Salamanca	37	80.43	52		
Zamora	97	93.10	60		
Toro	49	98.56	68		

En cuanto al recurso al que asisten, se encuentran diferencias significativas en las dimensiones de rol físico, dolor corporal y función social del cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud (Tabla 16).

Tabla 16. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del recurso al que acude.

SF-36	N	Rango promedio	Mediana	$\chi^2$	P
<b>Función física</b>				6.00	.11
C.D.	44	97.45	85		
C.R.L.	36	98.08	90		
C.R.P.	49	98.20	100		
Ningún recurso	54	77.87	80		
<b>Rol físico</b>				13.29	.00
C.D.	44	103.97	100		
C.R.L.	36	99.21	100		
C.R.P.	49	96.15	100		
Ningún recurso	54	73.68	25		
<b>Dolor corporal</b>				28.48	.00
C.D.	44	118.53	100		
C.R.L.	36	94.72	100		
C.R.P.	49	92.48	100		
Ningún recurso	54	68.13	72		
<b>Salud general</b>				6.79	.07
C.D.	44	99.98	52		
C.R.L.	36	97.69	62		
C.R.P.	49	97.96	62.5		
Ningún recurso	54	76.30	45		
<b>Vitalidad</b>				6.97	.07

C.D.	44	98	60		
C.R.L.	36	101.86	65		
C.R.P.	49	96.65	60		
Ningún recurso	54	76.31	45		
<b><i>Función social</i></b>				8.64	.03
C.D.	44	77.85	25		
C.R.L.	36	108.14	75		
C.R.P.	49	100.17	56.25		
Ningún recurso	54	85.35	37.5		
<b><i>Rol emocional</i></b>				4.83	.18
C.D.	44	84.16	0		
C.R.L.	36	102.01	100		
C.R.P.	49	98.53	100		
Ningún recurso	54	85.79	0		
<b><i>Salud mental</i></b>				5.6	.13
C.D.	44	96.86	68		
C.R.L.	36	95.32	58		
C.R.P.	49	100.63	72		
Ningún recurso	54	77.99	52		

C.D. = Centro de día; C.R.L. = Centro de Rehabilitación Laboral; C.R.P. = Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Por último, se han encontrado diferencias significativas en las dimensiones de rol físico, dolor corporal, salud general y función social, en calidad de vida relacionada con la salud y los grupos establecidos en función del tipo de vivienda en el que reside la persona, unidad residencial, piso con apoyo, piso sin apoyo y unidad de rehabilitación (Tabla 17).

Tabla 17. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del tipo de vivienda en el que reside.

SF-36	N	Rango promedio	Mediana	$\chi^2$	P
<b><i>Función física</i></b>				5.830	.12
Residencia	46	83.60	70		
Piso con apoyo	56	95.84	95		
Piso sin apoyo	65	99.75	95		
U. R.	16	71.25	80		
<b><i>Rol físico</i></b>				17.72	.00



Residencia	46	92.79	87.5		
Piso con apoyo	56	94.59	100		
Piso sin apoyo	65	100.15	100		
U. R.	16	47.53	0		
<b><i>Dolor corporal</i></b>				20.10	.00
Residencia	46	106.84	100		
Piso con apoyo	56	89.70	100		
Piso sin apoyo	65	94.65	100		
U. R.	16	46.66	47		
<b><i>Salud general</i></b>				9.33	.02
Residencia	46	83.28	41.87		
Piso con apoyo	56	103.53	67		
Piso sin apoyo	65	95.61	55		
U. R.	16	62.06	43.5		
<b><i>Vitalidad</i></b>				4.47	.21
Residencia	46	91.03	50		
Piso con apoyo	56	90.97	55		
Piso sin apoyo	65	99.34	60		
U.R.	16	68.56	40		
<b><i>Función social</i></b>				14.07	.00
Residencia	46	72.38	25		
Piso con apoyo	56	94.89	37.5		
Piso sin apoyo	65	107.64	62.5		
U.R.	16	74.75	37.5		
<b><i>Rol emocional</i></b>				3.79	.28
Residencia	46	86.64	50		
Piso con apoyo	56	95.33	100		
Piso sin apoyo	65	97.10	100		
U.R.	16	75.03	0		
<b><i>Salud mental</i></b>				4.99	.17
Residencia	46	92.17	68		
Piso con apoyo	56	103.09	64		
Piso sin apoyo	65	86.83	56		
U.R.	16	73.69	52		

U.R. = Unidad de Rehabilitación.

### 5.3.2.2. Bienestar psicológico de Ryff.

En lo que respecta a las 6 dimensiones evaluadas por el instrumento de bienestar psicológico, no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos establecidos en función del lugar de residencia, lugar de nacimiento, estado civil, recurso al que acude y diagnóstico. En cambio, se han encontrado diferencias significativas entre los grupos establecidos en función del género y el tipo de vivienda en el que reside la persona [ $p < .05$ ].

En el caso de los grupos establecidos en base al género, los resultados de la prueba indican que existen diferencias significativas en las 6 dimensiones de bienestar psicológico (Tabla 18).

Tabla 18. Diferencias a través de la prueba de Mann - Whitney en función del género en las puntuaciones de bienestar psicológico.

Bienestar psicológico	N	Rango promedio	Mediana	U	Z	P
<i>Autoaceptación</i>				906	-2.18	.02
Mujer	42	43.07	15			
Hombre	58	55.88	16.5			
<i>Relaciones positivas</i>				764	-3.18	.00
Mujer	42	39.69	18			
Hombre	58	58.33	21			
<i>Autonomía</i>				634	-4.09	.00
Mujer	42	36.61	23			
Hombre	58	60.56	27			
<i>Dominio entorno</i>				765.500	-3.24	.00
Mujer	42	39.51	18			
Hombre	58	58.46	21			
<i>Propósito vital</i>				680	-3.78	.00
Mujer	42	37.69	13			
Hombre	58	59.78	22			
<i>Crecimiento personal</i>				621	-4.19	.00
Mujer	42	36.29	14.5			

Hombre 58 60.79 18

En cuanto al tipo de vivienda, parecen existir diferencias significativas en las dimensiones de dominio del entorno y propósito en la vida, de la escala de bienestar psicológico, entre el grupo de personas que residen en un piso con necesidad de apoyo y las que viven en un piso sin estas necesidades (Tabla 19).

Tabla 19. Diferencias a través de la prueba de Mann - Whitney en función del tipo de vivienda en las puntuaciones de bienestar psicológico.

<b>Bienestar</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Mediana</b>	<b>U</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b><i>Autoaceptación</i></b>				987	-1.816	.06
Piso con apoyo	49	55.86	16			
Piso sin apoyo	51	45.35	14			
<b><i>Relaciones positivas</i></b>				1207	-.294	.76
Piso con apoyo	49	49.63	20			
Piso sin apoyo	51	51.33	18.5			
<b><i>Autonomía</i></b>				1111.5	-.955	.33
Piso con apoyo	49	53.32	26			
Piso sin apoyo	51	47.79	23			
<b><i>Dominio entorno</i></b>				944	-2.117	.03
Piso con apoyo	49	56.73	21			
Piso sin apoyo	51	44.51	18			
<b><i>Propósito vital</i></b>				953	-2.05	.04
Piso con apoyo	49	56.55	22			
Piso sin apoyo	51	44.69	13.5			
<b><i>Crecimiento personal</i></b>				1082	-1.163	.24
Piso con apoyo	49	53.92	17			
Piso sin apoyo	51	47.22	16			

Tampoco se han encontrado correlaciones significativas entre la variables edad y tiempo de evolución de la enfermedad con las dimensiones de bienestar psicológico.

### 5.3.2.3. Habilidades básicas de la vida diaria.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la comparación entre los grupos establecidos en función de las variables sociodemográficas en las variables medidas por el cuestionario BELS, tanto en grado de oportunidad como en nivel desempeño de habilidades en cada una de las áreas evaluadas, es decir, habilidades de autocuidado, habilidades domésticas, habilidades comunitarias y actividades y relaciones sociales. Además se incluye una puntuación total en oportunidad y en desempeño, que incluye la media y la desviación típica de las 4 áreas de evaluación.

En lo que respecta al grado de oportunidad que proporciona el contexto en las 4 áreas de habilidades de la vida diaria, no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos establecidos en función del lugar de nacimiento y el género. Sí se han encontrado diferencias significativas entre los grupos establecidos en función del lugar de residencia, el estado civil, el recurso al que acude, el tipo de vivienda en el que reside y el diagnóstico [ $p < .05$ ].

Con respecto al lugar de residencia se han encontrado diferencias significativas en el grado de oportunidad para las habilidades domésticas, comunitarias, sociales y el total, entre las personas que residen en Salamanca, Zamora o Toro (Tabla 20).

Tabla 20. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del lugar de residencia.

<b>GRADO DE OPORTUNIDAD</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Mediana</b>	$\chi^2$	<b>P</b>
<b><i>AUTOCUIDADO</i></b>				5.77	.056
Salamanca	56	88.12	1.85		
Zamora	97	110.70	1.8		
Toro	49	98.59	1.9		
<b><i>DOMÉSTICAS</i></b>				81.12	.00
Salamanca	56	72.70	1.57		
Zamora	97	136.25	2		
Toro	49	65.62	1.14		
<b><i>COMUNITARIAS</i></b>				18.33	.00
Salamanca	56	92.66	1.62		
Zamora	97	118.44	1.62		
Toro	49	78.07	1.25		
<b><i>SOCIALES</i></b>				51.96	.00
Salamanca	56	72.09	2		
Zamora	97	115.87	2		
Toro	49	106.66	2		
<b><i>TOTAL</i></b>				33.67	.00
Salamanca	56	85.36	1.78		
Zamora	97	125.61	1.88		
Toro	49	72.21	1.57		

En cuanto al estado civil, en la Tabla 21 se puede observar que se establecen diferencias significativas en el grado de oportunidad para las habilidades domésticas y sociales.

Tabla 21. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del estado civil.

<b>GRADO DE OPORTUNIDAD</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Mediana</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
<b><i>AUTOCUIDADO</i></b>				3.64	.30
Soltero	148	93.76	1.8		
Casado	12	100.67	1.8		
Divorciado	22	91.16	1.8		
Viudo	3	38.33	1		
<b><i>DOMÉSTICAS</i></b>				8.94	.03
Soltero	148	90.02	2		
Casado	12	124.29	2		
Divorciado	22	101.66	2		
Viudo	3	51.50	0		
<b><i>COMUNITARIAS</i></b>				5.16	.16
Soltero	148	93.31	1.5		
Casado	12	105.54	1.5		
Divorciado	22	92.68	1.25		
Viudo	3	29.83	0		
<b><i>SOCIALES</i></b>				10.36	.01
Soltero	148	91.60	2		
Casado	12	106.50	2		
Divorciado	22	101.95	2		
Viudo	3	42.50	1.4		
<b><i>TOTAL</i></b>				4.62	.20
Soltero	148	92.95	1.8		
Casado	12	109.83	1.84		
Divorciado	22	91.89	1.80		
Viudo	3	36.50	.65		

En cuanto a los grupos establecidos en función del recurso al que acuden los participantes de este estudio, se han encontrado diferencias significativas en el grado de

oportunidad para las cuatro áreas de habilidades de la vida diaria, además de la puntuación total, lo que incluye a las 26 actividades que se recogen en la BELS (Tabla 22).

Tabla 22. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del recurso al que acude.

<b>GRADO DE OPORTUNIDAD</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Mediana</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
<b><i>AUTOCAUIDADO</i></b>				9.11	.02
C.D.	44	99.36	1.9		
C.R.L.	36	127	1.9		
C.R.P.	49	96.49	1.8		
Ningún recurso	73	93.58	1.8		
<b><i>DOMÉSTICAS</i></b>				75.59	.00
C.D.	44	62.36	1.14		
C.R.L.	36	139.19	2		
C.R.P.	49	137.94	2		
Ningún recurso	73	82.04	1.64		
<b><i>COMUNITARIAS</i></b>				27.30	.00
C.D.	44	78.17	1.25		
C.R.L.	36	142.81	2		
C.R.P.	49	101.12	1.25		
Ningún recurso	73	95.45	1.5		
<b><i>SOCIALES</i></b>				38.75	.00
C.D.	44	105.60	2		
C.R.L.	36	116	2		
C.R.P.	49	117.76	2		
Ningún recurso	73	80.97	2		
<b><i>TOTAL</i></b>				36.74	.00
C.D.	44	70.8	1.57		
C.R.L.	36	145.82	1.96		
C.R.P.	49	110.89	1.80		
Ningún recurso	73	91.85	1.80		

C.D. = Centro de día; C.R.L. = Centro de Rehabilitación Laboral; C.R.P. = Centro de Rehabilitación Psicosocial.

En la misma línea, los resultados obtenidos en función de los grupos establecidos en base al tipo de vivienda en el que reside la persona, muestran la existencia de diferencias

significativas para el grado de oportunidad en las 4 áreas de evaluación de la BELS; habilidades de autocuidado, habilidades domésticas, habilidades comunitarias, actividades y relaciones sociales y, la puntuación total (Tabla 23).

Tabla 23. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del tipo de vivienda en el que reside.

<b>GRADO DE OPORTUNIDAD</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Mediana</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
<b><i>AUTOUIDADO</i></b>				54.48	.00
Residencia	62	63.25	1.7		
Piso con apoyo	57	99.39	1.8		
Piso sin apoyo	66	126.10	2		
U.R.	16	154.19	2		
<b><i>DOMÉSTICAS</i></b>				126.01	.00
Residencia	62	39.02	.85		
Piso con apoyo	57	132.61	2		
Piso sin apoyo	66	129.03	2		
U.R.	16	117.50	2		
<b><i>COMUNITARIAS</i></b>				85.71	.00
Residencia	62	50.82	1		
Piso con apoyo	57	103.79	1.5		
Piso sin apoyo	66	133.12	2		
U.R.	16	157.31	2		
<b><i>SOCIALES</i></b>				53.90	.00
Residencia	62	79.39	2		
Piso con apoyo	57	114.27	2		
Piso sin apoyo	66	115.92	2		
U.R.	16	104.56	2		
<b><i>TOTAL</i></b>				94.41	.00
Residencia	62	44.09	1.5		
Piso con apoyo	57	112.25	1.84		
Piso sin apoyo	66	135.08	1.96		
U.R.	16	145.03	1.96		

U.R. = Unidad de Rehabilitación.



En cuanto al diagnóstico, parecen existir diferencias significativas entre los grupos de personas diagnosticadas de esquizofrenia u otro trastorno psicótico, personas diagnosticadas de un trastorno del estado de ánimo y personas diagnosticadas de un trastorno de la personalidad, en el grado de oportunidad que ofrece el contexto para la realización de actividades comunitarias y la puntuación total (Tabla 24).

Tabla 24. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del diagnóstico.

<b>GRADO DE OPORTUNIDAD</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Mediana</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
<b><i>AUTOCUIDADO</i></b>				4.60	.10
Esquizofrenia y otros T. psicóticos	126	83.99	1.8		
T. del estado de ánimo	24	86.13	1.8		
T. de personalidad	24	107.29	2		
<b><i>DOMÉSTICAS</i></b>				5.82	.05
Esquizofrenia y otros T. Psicóticos	126	83.48	2		
T. del estado de ánimo	24	88.73	2		
T. de personalidad	24	107.40	2		
<b><i>COMUNITARIAS</i></b>				6.95	.03
Esquizofrenia y otros T. Psicóticos	126	82.51	1.25		
T. del estado de ánimo	24	90.17	1.37		
T. de personalidad	24	111.04	2		
<b><i>SOCIALES</i></b>				2.18	.33
Esquizofrenia y otros T. Psicóticos	126	86.67	2		
T. del estado de ánimo	24	83.19	2		
T. de personalidad	24	96.17	2		
<b><i>TOTAL</i></b>				7.20	.02
Esquizofrenia y otros T. Psicóticos	126	83.09	1.80		
T. del estado de ánimo	24	85.33	1.80		
T. de personalidad	24	112.81	1.96		

Finalmente, no se han encontrado correlaciones significativas entre las puntuaciones obtenidas en el grado de oportunidad y variables como la edad y tiempo de evolución.

En lo que respecta al grado de desempeño para las habilidades de la vida diaria incluidas en la BELS, se han encontrado diferencias significativas entre los grupos establecidos en función del lugar de residencia, estado civil, recurso de atención, tipo de vivienda, diagnóstico y género [ $p < .05$ ]. Por lo contrario no se han encontrado diferencias significativas en base al lugar de nacimiento y tampoco correlaciones entre las puntuaciones en las distintas áreas y variables como la edad y los años que han pasado desde el diagnóstico.

En cuanto al lugar de residencia se han encontrado diferencias significativas en el grado de desempeño para las cuatro áreas incluidas en la BELS así como en la puntuación total (Tabla 25).

Tabla 25. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del lugar de residencia.

<b>GRADO DE DESEMPEÑO</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Mediana</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
<b><i>AUTOCUIDADO</i></b>				16.90	.00
Salamanca	56	69.97	2.85		
Zamora	97	115	3.8		
Toro	49	110.81	3.6		
<b><i>DOMÉSTICAS</i></b>				7.70	.00
Salamanca	56	71.94	1.21		
Zamora	97	123.48	3.35		
Toro	49	90.16	2		
<b><i>COMUNITARIAS</i></b>				10.91	.00
Salamanca	56	78.24	1.5		
Zamora	97	126.66	3.75		
Toro	49	78.28	2.5		
<b><i>SOCIALES</i></b>				16.90	.00
Salamanca	56	81.19	2.5		
Zamora	97	115.29	3.2		
Toro	49	97.41	2.8		
<b><i>TOTAL</i></b>				10.91	.00
Salamanca	56	73.86	2.13		
Zamora	97	122.47	3.46		
Toro	49	89.95	2.92		

En cuanto al estado civil se han hallado diferencias significativas en desempeño para las habilidades domésticas y para la puntuación total (Tabla 26).

Tabla 26. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del estado civil

<b>GRADO DE DESEMPEÑO</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Mediana</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
<b><i>AUTOCUIDADO</i></b>				7.76	.051
Soltero	148	88.81	3.6		
Casado	12	103.50	3.8		
Divorciado	22	119.48	3.8		
Viudo	3	63.67	2.3		
<b><i>DOMÉSTICAS</i></b>				11.93	.00
Soltero	148	86.87	2.57		
Casado	12	124.50	4		
Divorciado	22	116.98	3.71		
Viudo	3	61.00	0		
<b><i>COMUNITARIAS</i></b>				6.22	.10
Soltero	148	89.03	3		
Casado	12	116.63	4		
Divorciado	22	110.09	3.75		
Viudo	3	69.17	.25		
<b><i>SOCIALES</i></b>				5.35	.14
Soltero	148	88.48	3		
Casado	12	109.88	3.5		
Divorciado	22	112.32	3.5		
Viudo	3	106.67	3		
<b><i>TOTAL</i></b>				10.08	.01
Soltero	148	86.93	3.03		
Casado	12	120	3.86		
Divorciado	22	117.45	3.55		
Viudo	3	72.67	1.5		

En cuanto a los grupos establecidos en base al recurso al que asiste la persona, centro de día, centro de rehabilitación laboral, centro de rehabilitación psicosocial o ninguno de

ellos, se han encontrado diferencias significativas para las 4 áreas incluidas en la BELS y para la puntuación total (Tabla 27).

Tabla 27. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del recurso al que acuden.

<b>GRADO DE DESEMPEÑO</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Mediana</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
<b><i>AUTOCUIDADO</i></b>				30.67	.00
C.D.	44	110.30	3.6		
C.R.L.	36	99.36	3.45		
C.R.P.	49	133.73	3.8		
Ningún recurso	73	75.62	3.05		
<b><i>DOMÉSTICAS</i></b>				46.30	.00
C.D.	44	89.10	1.92		
C.R.L.	36	99.53	2.71		
C.R.P.	49	147.61	4		
Ningún recurso	73	77.28	1.92		
<b><i>COMUNITARIAS</i></b>				46.28	.00
C.D.	44	78.06	2.37		
C.R.L.	36	110.31	3.37		
C.R.P.	49	145.98	4		
Ningún recurso	73	81.43	2.37		
<b><i>SOCIALES</i></b>				30.49	.00
C.D.	44	96.03	2.9		
C.R.L.	36	91.15	2.8		
C.R.P.	49	140.60	3.8		
Ningún recurso	73	83.65	2.4		
<b><i>TOTAL</i></b>				49.11	.00
C.D.	44	88.66	2.96		
C.R.L.	36	96.71	3.17		
C.R.P.	49	150.07	3.88		
Ningún recurso	73	77.29	2.34		

De la misma manera, como ya ocurrió con el grado de oportunidad, se han encontrado diferencias significativas entre los grupos establecidos en función del tipo de vivienda, residencia, piso con apoyo, piso sin apoyo y unidad de rehabilitación, y todas las áreas de evaluación incluidas en la BELS, habilidades de autocuidado, habilidades domésticas, habilidades comunitarias, actividades y relaciones sociales y puntuación total (Tabla 28).

Tabla 28. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del tipo de vivienda.

<b>GRADO DE DESEMPEÑO</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Mediana</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
<b><i>AUTOUIDADO</i></b>				26.74	.00
Residencia	62	70.18	2.7		
Piso con apoyo	57	110.76	3.7		
Piso sin apoyo	66	117.53	3.75		
U.R.	16	122.75	3.75		
<b><i>DOMÉSTICAS</i></b>				58.12	.00
Residencia	62	54.82	1.07		
Piso con apoyo	57	119.11	3.14		
Piso sin apoyo	66	121.98	3.5		
U.R.	16	128.84	3.57		
<b><i>COMUNITARIAS</i></b>				80.44	.00
Residencia	62	48.30	1		
Piso con apoyo	57	113.32	3.25		
Piso sin apoyo	66	132.93	3.87		
U.R.	16	133.94	3.87		
<b><i>SOCIALES</i></b>				34.56	.00
Residencia	62	67.55	2.3		
Piso con apoyo	57	108.54	3		
Piso sin apoyo	66	117.28	3.4		
U.R.	16	141.94	3.8		
<b><i>TOTAL</i></b>				58.82	.00
Residencia	62	54.61	2.03		
Piso con apoyo	57	114.74	3.30		
Piso sin apoyo	66	124.79	3.53		
U.R.	16	133.69	3.65		

En cuanto a los grupos establecidos en base a las tres categorías diagnósticas, se han hallado diferencias significativas en el grado de desempeño para las habilidades domésticas y las habilidades comunitarias, así como para la puntuación total (Tabla 29).

Tabla 29. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias a través de la prueba de Kruskal-Wallis en función del diagnóstico.

<b>GRADO DE DESEMPEÑO</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Mediana</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
<b><i>AUTOCUIDADO</i></b>				3.04	.21
Esquizofrenia y otros T. psicóticos	126	84.30	3.6		
T. del estado de ánimo	24	88.06	3.75		
T. de personalidad	24	103.73	3.75		
<b><i>DOMÉSTICAS</i></b>				7.21	.02
Esquizofrenia y otros T. Psicóticos	126	81.16	2.42		
T. del estado de ánimo	24	95.29	3.07		
T. de personalidad	24	109.15	3.78		
<b><i>COMUNITARIAS</i></b>				6.66	.03
Esquizofrenia y otros T. Psicóticos	126	81.98	2.75		
T. del estado de ánimo	24	94.83	3.75		
T. de personalidad	24	109.13	3.75		
<b><i>SOCIALES</i></b>				4.47	.10
Esquizofrenia y otros T. Psicóticos	126	83.17	3		
T. del estado de ánimo	24	91.38	2.9		
T. de personalidad	24	106.35	3.30		
<b><i>TOTAL</i></b>				6.32	.04
Esquizofrenia y otros T. Psicóticos	126	81.80	2.96		
T. del estado de ánimo	24	91.79	3.55		
T. de personalidad	24	109.27	3.59		

T: trastornos

Por último, los resultados muestran que existen diferencias significativas entre los grupos establecidos en función del género y las puntuaciones obtenidas en el desempeño para las habilidades domésticas y para la puntuación total (ver Tabla 30).

Tabla 30. Diferencias a través de la prueba de Mann - Whitney en función del género en las puntuaciones en desempeño para las habilidades de la vida diaria.

<b>GRADO DE DESEMPEÑO</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Mediana</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b><i>AUTOUIDADO</i></b>				4800.50	-.557	.57
Mujer	89	3.6	104.06			
Hombre	113	3.6	99.48			
<b><i>DOMÉSTICAS</i></b>				3902.50	-2.64	.00
Mujer	89	3.21	113.15			
Hombre	113	2.28	91.54			
<b><i>COMUNITARIAS</i></b>				4399	-1.55	.12
Mujer	89	3.25	108.57			
Hombre	113	3	95.93			
<b><i>SOCIALES</i></b>				4302	-1.76	.07
Mujer	89	3.2	109.66			
Hombre	113	2.8	95.07			
<b><i>TOTAL</i></b>				4115.50	-2.09	.03
Mujer	89	3.30	110.73			
Hombre	113	2.96	93.42			

Una vez analizados todos los resultados que se han obtenido a través de los análisis de independencia, de todas las variables utilizadas para el desarrollo de este trabajo, el siguiente apartado va dirigido a describir las principales conclusiones derivados de los análisis de correlación.

### ***5.3.3. Análisis de correlación.***

Para analizar la posible relación entre las variables estudiadas, se llevaron a cabo análisis de correlación a través de la prueba no paramétrica de Spearman.



En primer lugar se presenta la matriz de correlaciones entre las variables del cuestionario BELS (Tabla 31). Como puede observarse se obtienen relaciones significativas y positivas entre todas las variables analizadas. Es de destacar que en todas las áreas de actividades las correlaciones entre el grado de oportunidad disponible y el nivel de desempeño son moderadas y altas. Es decir, a medida que la persona dispone de más oportunidades para desarrollar las actividades de vida diaria, su desempeño en las mismas es también mayor. Con respecto a las correlaciones obtenidas entre las diferentes áreas de actividades, estas son moderadas y en algunos casos altas.

Tabla 31. Matriz de correlaciones entre las áreas evaluadas por el instrumento de habilidades de la vida diaria BELS.

		Aut		Dom		Com		Soc		Tot	
		O	D	O	D	O	D	O	D	O	D
Aut	O	1	.538**	.558**	.384**	.741**	.529**	.444**	.401**	.839**	.460**
	D	.538**	1	.521**	.712**	.424**	.741**	.498**	.670**	.516**	.834**
Dom	O	.558**	.521**	1	.693**	.708**	.741**	.619**	.514**	.836**	.688**
	D	.384**	.712**	.693**	1	.478**	.808**	.534**	.684**	.543**	.930**
Com	O	.741**	.424**	.708**	.478**	1	.575**	.554**	.395**	.898**	.490**
	D	.529**	.741**	.741**	.808**	.575**	1	.518**	.745**	.656**	.908**
Soc	O	.444**	.498**	.619**	.534**	.554**	.518**	1	.417**	.574**	.518**
	D	.401**	.670**	.514**	.684**	.395**	.745**	.417**	1	.455**	.852**
Tot	O	.839**	.516**	.836**	.543**	.898**	.656**	.574**	.455**	1	.575**
	D	.460**	.834**	.688**	.930**	.490**	.908**	.518**	.852**	.575**	1

Aut = Autocuidado; Dom = Domésticas; Com = Comunitarias; Soc = Sociales; Tot = Total autonomía

O = Oportunidad; D = Desempeño.

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0. 01 (bilateral).

En la Tabla 32, se presentan las correlaciones entre las variables del cuestionario BELS y el SF-36. Como puede observarse se obtienen relaciones significativas y positivas entre la dimensión de calidad de vida relacionada con la salud, función física, y las áreas de habilidades de la vida diaria como el grado de oportunidad que ofrece el contexto para las habilidades domésticas y las habilidades sociales y, con el grado de desempeño para las habilidades de autocuidado, domésticas, comunitarias y total. En cuanto a la dimensión de rol

físico, se han hallado relaciones significativas y positivas con el grado de oportunidad que ofrece el contexto para las habilidades sociales. La misma relación se ha hallado para la dimensión de calidad de vida, vitalidad, y las puntuaciones en el área de desempeño para las habilidades de autocuidado, sociales y total. De la misma forma que ocurre con la dimensión función social y el grado de oportunidad que ofrece el contexto para las habilidades sociales y para el grado de desempeño de las habilidades comunitarias y total. Esto quiere decir que mayores puntuaciones en la dimensión función social, que indica que los problemas físicos y emocionales apenas interfieren en el desarrollo de actividades sociales, se relaciona con mayores oportunidades para el desempeño de habilidades sociales donde se incluye estar activo, participar en actividades de ocio, tanto de forma individual como en grupo, mantener relaciones sociales con amigos, familiares o conocidos y mostrar consideración por otras personas. Obtener mayores puntuaciones en la dimensión de calidad de vida, función social, también se relaciona con mejores puntuaciones en desempeño para las habilidades comunitarias y para la puntuación total.

En este análisis sobre la relación que se establece entre las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud y las áreas de habilidades de la vida diaria, se han establecido algunas correlaciones significativas y negativas. Un ejemplo de ello, es la relación que se establece entre la dimensión de rol físico y el grado de oportunidad para las habilidades de autocuidado y, entre la dimensión de dolor corporal, y el grado de oportunidad para las habilidades de autocuidado y comunitarias.

En general, sin embargo, en todos los casos descritos las correlaciones son bajas ( $<.2$ )

Tabla 32. Matriz de correlaciones entre las dimensiones evaluadas por el instrumento de calidad de vida relacionado con la salud SF-36 y habilidades de la vida diaria BELS.

	<b>Función física</b>	<b>Rol físico</b>	<b>Dolor corporal</b>	<b>Salud general</b>	<b>Vitalidad</b>	<b>Función social</b>	<b>Rol emocional</b>	<b>Salud mental</b>
<b>O. Aut.</b>	.012	-.163*	-.153*	-.030	.015	.042	.49	-.096
<b>O. Dom.</b>	.150*	.015	-.140	-.006	.050	.138	.124	-.078
<b>O. Com.</b>	.007	-.126	-.227**	-.056	.034	.125	.114	-.108
<b>O. Soc.</b>	.179*	.207**	.075	.126	.130	.180*	.145	.091
<b>O. Tot.</b>	.048	-.124	-.200	-.023	.046	.115	.122	-.097
<b>D. Aut.</b>	.163*	.068	.109	.075	.162*	.058	.118	.053
<b>D. Dom.</b>	.164*	.100	-.012	.016	.111	.112	.081	-.019
<b>D. Com.</b>	.173*	.037	-.029	-.010	.105	.209**	.140	-.033
<b>D. Soc.</b>	.053	-.057	-.054	-.032	.222**	.135	.076	.065
<b>D. Tot.</b>	.156*	.032	-.011	.004	.165*	.157*	.102	.000

Aut = Autocuidado; Dom = Domésticas; Com = Comunitarias; Soc = Sociales; Tot = Total autonomía

O = Oportunidad; D = Desempeño.

\*\* . La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral).

En los resultados obtenidos tras la Prueba de Spearman entre las dimensiones que evalúa el SF-36 y la escala de bienestar psicológico de Ryff, se ha hallado una correlación significativa entre las dimensiones de ambos instrumentos. Como puede observarse en la Tabla 33, la relación que se establece entre la dimensión salud general, del instrumento de calidad de vida, y, la dimensión propósito vital, de la escala de bienestar psicológico es significativa y positiva, pero su valor está muy próximo a 0 y esto no implica necesariamente que las variables sean independientes, puesto que pueden existir todavía relaciones no lineales entre las dos variables.

Tabla 33. Matriz de correlaciones entre las dimensiones evaluadas por el instrumento de calidad de vida relacionado con la salud SF-36 y bienestar psicológico de Ryff.

	<b>Función</b> física	<b>Rol</b> físico	<b>Dolor</b> corporal	<b>Salud</b> general	<b>Vitalidad</b>	<b>Función</b> social	<b>Rol</b> emocional	<b>Salud</b> mental
<b>Autoaceptación</b>	.105	.100	.152	.160	.033	-.110	.054	.149
<b>R. positivas</b>	.044	-.004	.073	.014	-.037	-.117	.053	.084
<b>Autonomía</b>	.093	.034	.134	.154	.068	-.066	.019	.145
<b>D. entorno</b>	.187	.099	.173	.110	.060	-.121	.038	.157
<b>Propósito vital</b>	.069	.060	.190	.218*	.097	-.040	.069	.188
<b>Crecimiento</b>	.057	.033	.082	.141	.063	-.026	.111	.175

\*. La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral).

El último análisis de este apartado, está dirigido a analizar la relación que se establece entre las dimensiones de bienestar psicológico y las áreas ocupacionales del instrumento de habilidades de la vida diaria. En la Tabla 34, se puede observar que se establece una relación significativa y negativa entre la dimensión de autonomía, de la escala de bienestar psicológico, y el grado de oportunidad que ofrece el contexto para las habilidades sociales. La misma relación se ha hallado entre la dimensión de propósito de vida de la escala de Ryff y el grado de oportunidad que ofrece el contexto para las habilidades sociales.

Tabla 34. Matriz de correlaciones entre las dimensiones evaluadas por el instrumento de calidad de vida relacionado con la salud SF- 36 y bienestar psicológico de Ryff.

	Oportunidad					Desempeño				
	Aut.	Dom.	Com.	Soc.	Tot.	Aut.	Dom.	Com.	Soci.	Tot.
<b>Autoaceptación</b>	-.113	-.029	-.066	-.168	-.121	.047	.000	.001	.139	.038
<b>R. positivas</b>	-.001	.019	.075	-.086	.008	.044	-.083	.056	.143	.021
<b>Autonomía</b>	-.016	-.160	.063	-.205*	-.012	-.016	-.136	-.018	.020	-.078
<b>D. entorno</b>	-.066	-.056	-.033	-.192	-.085	.026	-.051	.007	.141	.019
<b>Propósito vital</b>	-.061	-.146	-.009	-.217*	-.066	-.037	-.164	-.083	.032	-.099
<b>Crecimiento</b>	.034	-.136	.159	-.171	.094	.001	-.181	-.057	-.054	-.149

Aut = Autocuidado; Dom = Domésticas; Com = Comunitarias; Soc = Sociales; Tot = Total autonomía

\*. La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral).

#### 5.3.4. Análisis de regresión.

El objetivo de este apartado es realizar un análisis de regresión múltiple para conocer si existe relación entre una variable dependiente y otras variables que son independientes o predictoras. A continuación, se presentan los resultados obtenidos de los diversos análisis de regresión realizados, en los que el objetivo planteado era hallar las variables que mejor predicen las distintas dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud. Es importante destacar que ninguno de los modelos de regresión realizados, es significativo, aun así se presentan los principales resultados que se han hallado en cada uno de los ocho análisis de regresión realizados.

En el primer análisis que se realizó, se incluyeron las puntuaciones obtenidas en la dimensión de función física como variable dependiente y como posibles variables predictoras a las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de bienestar psicológico: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal; a las puntuaciones obtenidas en las áreas de habilidades de la vida diaria: grado de

oportunidad y grado de desempeño para las habilidades de autocuidado, domésticas, comunitarias, sociales y total; y a las variables edad y género. Los resultados de este modelo muestran una valoración que no es significativa [ $F = .671$ ,  $p .813$ ].

Posteriormente se realizaron otros 7 análisis de regresión utilizando como variables predictoras las mismas que se han señalado en el primer modelo y como variables dependientes, al resto de dimensiones incluidas en el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud. Por lo tanto, siguiendo estas indicaciones, los resultados del segundo análisis realizado, donde se incluye a la dimensión rol físico, muestran que este modelo tampoco tiene valores estadísticos significativos [ $F = .885$ ,  $p .588$ ], lo mismo que ocurre con la dimensión dolor corporal [ $F = .491$ ,  $p .944$ ], salud general [ $F = 1.403$ ,  $p .163$ ], vitalidad [ $F = .887$ ,  $p .586$ ], función social [ $F = 1.285$ ,  $p .229$ ], rol emocional [ $F = 1.22$ ,  $p .272$ ] y salud mental [ $F = .995$ ,  $p .471$ ].

#### **5.4. CONCLUSIONES**

Los resultados que se han obtenido en este trabajo, en relación a las puntuaciones obtenidas en calidad de vida relacionada con la salud y bienestar psicológico de personas diagnosticadas de un trastorno mental severo, coinciden con los resultados que se han alcanzado en otras investigaciones previas y que manifiestan bajos niveles de calidad de vida y bienestar psicológico, que se hacen más evidentes cuando se les compara con otro tipo de poblaciones. Cuando se analizan dichas comparaciones los resultados muestran que las personas diagnosticadas de un trastorno mental severo presentan niveles más bajos de calidad

de vida (Evans et al., 2007), de calidad de vida relacionada con la salud (Alonso et al., 2004) y de bienestar psicológico (Valiente et al., 2012).

En cuanto a la calidad de vida, los resultados de esta investigación indican que las dimensiones con las puntuaciones más bajas son las relacionadas con el funcionamiento social y con el rol emocional; en cambio, otros autores han hallado que la vitalidad y la salud mental son las áreas que mayor apoyo necesitan (Herrán et al., 2000). En esta investigación, en la que participan personas diagnosticadas de esquizofrenia, las puntuaciones de calidad de vida se sitúan entre un valor mínimo de 49.9 de media, para la dimensión de vitalidad, y un valor máximo de 77.8 de media, para la dimensión de dolor corporal (Herrán et al., 2000). Los valores que se han obtenido en este trabajo son muy parecidos, ya que la media más baja que se ha obtenido es de 45.8, para la dimensión de función social y la más alta de 80, para la dimensión de dolor corporal. En cambio, para la población general los valores de las medias obtenidas en las 8 dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud son más altos y se sitúan entre una puntuación mínima de 66.9 (vitalidad) y una puntuación máxima de 88.6 (rol emocional) (Alonso et al., 1998).

En cuanto a los resultados obtenidos en bienestar psicológico, la dimensión que obtiene la puntuación más baja es la de propósito en la vida ( $M = 3.7$ ), seguida de la de dominio del entorno ( $M = 3.78$ ). La dimensión de propósito en la vida, que en población general obtiene valores más altos ( $M = 4.47$ ) (Rodríguez-Carvajal et al., 2010), está relacionada con el diseño y el desarrollo de un proyecto que dote de sentido y de significado la vida de una persona. La dimensión de dominio del entorno, que en población general obtiene una media de 5.83 (Rodríguez-Carvajal et al., 2010), está relacionada con las competencias que dispone la persona para poder para elegir o crear entornos que sean favorables a la hora de satisfacer sus deseos y necesidades, lo que le otorga una sensación de control sobre su vida (Ryff & Keyes, 1995).

Otro aspecto importante a destacar y que se ha reflejado a través de los resultados obtenidos en las diferentes escalas utilizadas en este trabajo y que valoran la calidad, el bienestar y el grado de desempeño en actividades que requieren la participación e interacción con otras personas, es el que se manifiesta a través de las bajas puntuaciones que se han alcanzado en la dimensión de función social, del SF-36 ( $M = 45.8$ ), en la dimensión de relaciones positivas, de la escala de bienestar psicológico de Ryff ( $M = 3.94$ ) y en el área de actividades y relaciones sociales de la BELS ( $M = 2.64$ ). De los resultados del SF-36 se extrae que existen problemas emocionales que impiden o dificultan la participación de la persona en actividades sociales; las puntuaciones en la dimensión de bienestar psicológico de Ryff muestran que la persona considera que dispone de pocos amigos, que apenas puede confiar en las relaciones que tiene y que prefiere permanecer solo la mayor parte del tiempo (Ryff & Keyes, 1995); en la misma línea, la puntuación de la BELS muestra que para el desempeño de actividades y relaciones sociales es necesario algún apoyo de manera ocasional ( $M = 2.64$ ), puesto que la persona muestra periodos frecuentes de inactividad, prefiere elegir actividades de ocio que pueda realizar de manera individual, se relaciona con pocas personas, no suele o suele buscar muy poco la compañía de otros, muestra poca consideración y preocupación hacia otras personas y sería poco probable que buscara ayuda ante una situación de emergencia (Jiménez et al., 2002). Los resultados en esta área de la BELS, coinciden con los hallados en otra investigación realizada en el contexto español y con una población con características similares a la de los participantes de este estudio, ya que se trata de personas diagnosticadas de un trastorno mental severo y que residen en una vivienda con apoyo (García Pérez & Torío, 2014). En esta investigación, se destaca el área de actividades y relaciones sociales ( $M = 2.28$ ) y, en concreto, la habilidad de sociabilidad ( $M = 1.86$ ) como la actividad con mayor necesidad de apoyo (García Pérez & Torío, 2014).



En definitiva, la conclusión que se extrae de los resultados obtenidos a través de la dimensión función social (SF-36), relaciones positivas (bienestar psicológico de Ryff) y actividades y relaciones sociales (BELS), es la necesidad de apoyo que existe en las personas con un trastorno mental severo en estas áreas, tan importantes y tan relacionadas con los niveles de calidad de vida (García-Pérez, Fernández & Inda, 2017) y con la recuperación (Alonso, 2016).

Otra conclusión que se puede extraer del análisis de los resultados de la BELS, está relacionada con las puntuaciones que se han obtenido y con la clasificación que propone dicha escala. De las 4 áreas de evaluación que propone, solo una de ellas obtiene puntuaciones con valores entre 3 - 4, que según esta clasificación indica que la persona es independiente en el desempeño de una habilidad y en este caso, es el área de autocuidado. En cambio, las que destacan por presentar mayor necesidad de apoyo son las áreas de habilidades domésticas y de habilidades comunitarias, coincidiendo con los resultados obtenidos en investigaciones previas (Villalta et al., 2009). Es importante destacar que estas dos áreas, que son las que presentan mayor necesidad de apoyo, son las que disponen de menor oportunidad para su desempeño. De hecho, es importante resaltar que las puntuaciones que se han obtenido en las cuatro áreas de la BELS muestran que los participantes de este estudio disponen de alguna oportunidad para la independencia, pero en ninguna de ellas se ha obtenido puntuaciones que muestren una oportunidad total para las habilidades de la vida diaria. Es más, la media total que se obtiene para las cuatro áreas de evaluación de la BELS así lo confirman ( $M = 1.66$ ) y, según los criterios que la clasificación utiliza, estas puntuaciones dependen principalmente de la forma de trabajar de los profesionales y de las características del entorno (Jiménez et al., 2000).

Tras analizar y describir los resultados más significativos que se han hallado tras la aplicación de las tres escalas utilizadas en este trabajo, es importante recordar que el objetivo

general y principal del desarrollo de este capítulo ha sido acercarse, conocer y describir un poco más la realidad del día a día de las personas que viven con una enfermedad mental severa y mostrar la importancia de prestar servicios que cubran todas las necesidades de las personas, que no se dirijan únicamente a identificar el tipo de trastorno, a reducir y hacer desaparecer los síntomas y a aplicar el correspondiente tratamiento (Martín, 2017). Es necesario desarrollar líneas que proporcionen atención y respuesta a la presencia de sentimientos de tristeza, depresión o ansiedad que impactan en el desempeño de roles, en la atención, apoyo y acompañamiento en la búsqueda de un proyecto de vida que dote de sentido el día a día de la persona y que facilite la elección de contextos que puedan promover su crecimiento y desarrollo. Estas son las líneas que marcan los resultados que se han hallado en este capítulo y, para trabajar en ellas, es necesario que la persona se coloque en una posición central, donde se promueva su participación activa. Este hecho resulta clave puesto que son sus deseos, proyectos e inquietudes los que marcan y orientan las líneas a seguir. El incluir estos elementos hace que los profesionales tengan que alejarse de programas estructurados o talleres obligatorios y los acerca a espacios libres y voluntarios, lo que implica un equipo de trabajo donde la creatividad, la flexibilidad y la formación son las señas de identidad (Martín, 2017).

Estos principios resultan clave, puesto que no se debe olvidar que la vida de una persona diagnosticada de un trastorno mental severo no se compone únicamente por las citas que tiene con los profesionales, por la asistencia y/o la participación en los recursos sanitarios y/o sociales, ni se centra únicamente en la búsqueda y en el alivio de su malestar, sino que también dispone de espacio para la búsqueda de posibilidades que le permiten divertirse, disfrutar, crecer como persona y desarrollar sus potencialidades (Davidson et al. 2006).

Por todo ello, el siguiente capítulo va dirigido a proporcionar una herramienta de evaluación que permita acercar a los profesionales a una atención basada en todo lo que se ha

mencionado anteriormente, que respete el proceso y la subjetividad de la persona, que esté centrado en la búsqueda de su bienestar y en la participación de un proyecto significativo.



# CAPÍTULO 6

## ADAPTACIÓN DE LA RECOVERY ASSESSMENT SCALE





## **CAPÍTULO 6. ADAPTACION DE LA RECOVERY ASSESSMENT SCALE**

### **INTRODUCCIÓN**

Como se ha indicado previamente, la problemática que conlleva la enfermedad mental no se limita a la sintomatología presentada, afecta de forma importante al funcionamiento de la persona en distintas esferas de la vida. En efecto, como muestran numerosos estudios, las consecuencias de la enfermedad pueden traducirse en limitaciones en el funcionamiento personal, ocupacional, familiar y social, llevando asociado en muchos casos un progresivo deterioro de los aspectos más básicos de autocuidado y autonomía personal. Ello dificulta la vida independiente, la participación en la comunidad y la asunción de los roles propios de la edad adulta (Delgado, Actis, Domínguez, & Camarero, 2011; Paganizzi, 2004). Cuando la persona con estas limitaciones se encuentra en un contexto que impone barreras y/o no proporciona los apoyos apropiados, se pueden presentar importantes restricciones para la participación en situaciones vitales, situando a la persona en desventaja, limitando su bienestar y calidad de vida, y poniendo restricciones importantes a sus posibilidades de recuperación. En este sentido, a menudo las personas con enfermedad mental deben enfrentarse además al estigma, tanto en su vertiente social como en su flanco más subjetivo, internalizado o autoestigma, el cual se considera uno de los mayores obstáculos para la recuperación (Garay, Pousa & Pérez, 2014).

La atención prestada a este colectivo ha de tener en cuenta toda esta realidad psicosocial. Debe entonces contemplar objetivos dirigidos no sólo a la remisión de los síntomas sino a mejorar el funcionamiento global, a promocionar la participación y a apoyar el proceso de recuperación de la persona. Para ello es necesario mejorar el funcionamiento

psicosocial, pero también los apoyos que esta recibe, incorporando los recursos disponibles para disminuir las posibles fuentes de estrés (Valiente, Vázquez & Simón, 2010).

La valoración de la eficacia de las intervenciones no debe limitarse entonces sólo a una evaluación clínica de signos y síntomas de enfermedad sino que debe incluir la evaluación de variables como el funcionamiento, la participación y la calidad de vida (Vázquez et al., 2000). En definitiva, considerar variables que reflejen que la persona dispone de los apoyos necesarios que le ayudan a conseguir resultados personales relacionados con el empleo, la independencia, o la vivienda y la satisfacción. De hecho, ya hemos visto como diferentes estudios muestran que la sintomatología y la psicopatología en general son importantes, pero contribuyen modestamente a la calidad de vida de personas con enfermedad mental (Eack & Newhill, 2007). Hasta ahora, la mayor parte de la investigación se había centrado en valorar las intervenciones en base a los resultados centrados en la existencia de cambios en tasas de hospitalización, en reincidencias, en adherencia a los medicamentos, en sintomatología positiva, o en duración de la estancia hospitalaria. En la actualidad existe acuerdo sobre la necesidad de evaluar logros en resultados relacionados con el funcionamiento diario, con la calidad de vida y la satisfacción de la persona con los servicios, así como identificar los apoyos requeridos para ello (Tierney & Kane, 2011). Es importante además identificar variables tanto personales como del contexto que contribuyen a tales resultados personales. Sólo la evaluación de estos aspectos nos permitirá conocer a fondo los componentes que los servicios y programas de intervención deben incluir (Guillén & Muñoz, 2011). En este sentido podemos decir que se han producido importantes avances tanto en la evaluación como en los servicios de rehabilitación dirigidos a la promoción de estos aspectos.

Sin embargo, aún es necesario avanzar en las prácticas de evaluación de la recuperación de personas con enfermedades mentales severas. Y ello porque en los últimos años, como indican Noiseux et al., (2009), diversos estudios de investigación han analizado y descrito la



naturaleza del proceso de recuperación, así como de las condiciones externas e internas asociadas al mismo, contribuyendo a nuevos conocimientos sobre dicho proceso. La literatura indica que la recuperación no es una cura, es un camino profundamente personal que la persona debe seguir y que incluye trabajar, trabajar particularmente en sí mismos, en los sentimientos, deseos, competencias, roles y planes de futuro (Noiseux et al., 2009). Hoy debemos tener en cuenta entonces que el concepto de recuperación ha evolucionado y es un concepto amplio que, si bien tiene relación, va más allá de la mera remisión de síntomas y más allá de los resultados obtenidos en empleo y/o condiciones de vida o en funcionamiento independiente. Se considera un proceso personal y único de cambio de las propias actitudes, valores, sentimientos, habilidades, objetivos y roles (Valiente, Vázquez & Simón, 2010). Tiene que ver, como en otras enfermedades crónicas, con vivir de forma satisfactoria y esperanzada, a pesar de las limitaciones causadas por la enfermedad (Burgess et al., 2011). Supone afrontar la enfermedad reduciendo el impacto de esta en la vida cotidiana, y desarrollar una identidad que no sea definida únicamente por esta. Implica descubrir un sentido positivo de sí mismo y unas relaciones sociales satisfactorias que permitan desarrollar roles significativos (Palomer et al., 2010). Más aún, como se pone de manifiesto en los discursos de los propios afectados, en el proceso de recuperación cobran un marcado énfasis las capacidades y horizontes del desarrollo personal, más que los síntomas o la enfermedad. Por ello se enfatiza la importancia de que la persona tenga esperanza y crea en la posibilidad de conseguir objetivos y cambios positivos, de que sepa que dispone de profesionales, amigos y familiares que confían en ella, de que se sienta capaz de conseguir los objetivos y con la posibilidad de tomar el control de la propia vida (Rosillo et al., 2013).

En definitiva, en el proceso de recuperación influyen, más allá de los síntomas y los resultados de funcionamiento, variables como el propósito de alcanzar metas, la esperanza, la autodeterminación y empoderamiento, la autoeficacia percibida o la autoestima (McNaught et

al., 2007; Palomer et al., 2010; Rosillo et al., 2013; Valiente, Vázquez & Simón, 2010). Diversos estudios cualitativos, así como artículos teóricos y autobiografías, refuerzan esta concepción orientada al proceso y a la experiencia subjetiva, aspectos que se consideran centrales al proceso de recuperación (Noiseux et al., 2010). De este modo, en los últimos años el abordaje de las personas con enfermedad mental grave se ha orientado hacia el complejo y largo proceso de superación personal, llevando consigo un incremento del análisis de los factores intervinientes en el mismo, enfatizando la perspectiva personal y valorando las percepciones subjetivas que subyacen a todo su entramado psicológico (Garay et al., 2014).

En esta línea, existe un llamamiento a nivel internacional para que los servicios de salud mental estén orientados hacia la recuperación y utilicen medias de resultados orientadas a la recuperación entendida como un proceso que conduce a una vida significativa, con sentido, independientemente de la presencia de episodios de enfermedad y se critica el uso exclusivo de medidas clínicas tradicionales o aquellas demasiado orientadas hacia el funcionamiento o la discapacidad (Andresen, Oades & Caputi, 2010).

En este contexto, y gracias al avance en el conocimiento de los componentes del proceso de recuperación, se ha progresado también en el desarrollo de instrumentos de evaluación centrados en la persona y en los aspectos subjetivos centrales a dicho proceso. De este modo en otros países se dispone de diversos instrumentos dirigidos a tal fin, algunos de los cuales disponen de evidencias acumuladas sobre sus adecuadas propiedades psicométricas. Entre ellos es de destacar la Escala de Evaluación de la Recuperación (Recovery Assessment Scale, RAS) desarrollada por Giffort et al. (1995) y revisada por Corrigan et al, (1999, 2004) que evalúa diversos aspectos de la recuperación desde el punto de vista del consumidor: a) confianza personal y esperanza, b) disponibilidad para pedir ayuda, c) orientación hacia metas y al éxito, d) confianza en otros y e) control de los síntomas. Diversos estudios han mostrado que la RAS tiene una adecuada consistencia

interna y se han aportado diversas evidencias sobre su validez (Corrigan et al., 2004; McNaught et al., 2007; Mukoloko et al., 2011; Roe et al., 2012). La escala ha sido adaptada y validada en población australiana y japonesa (McNaught et al., 2007; Chiba et al., 2010).

En la actualidad en España no existe, que conozcamos, ningún instrumento dirigido a la evaluación de la recuperación desde la perspectiva previamente expuesta por lo que la meta del estudio que se propone y la aportación del mismo es avanzar en este sentido y proporcionar un instrumento válido y fiable dirigido a la evaluación de la recuperación de personas con enfermedades mentales severas en España. Dado que adaptar un instrumento tiene indudables ventajas sobre la creación de uno nuevo, hemos decidido realizar la adaptación de la Escala de Evaluación de la Recuperación, RAS, por tratarse de un instrumento basado en la perspectiva del consumidor, que incluye dimensiones que han mostrado ser importantes en el proceso y porque existen diversos estudios que acumulan evidencias sobre su fiabilidad y validez.

## **6.1.OBJETIVOS**

1. El primer objetivo del estudio es traducir y adaptar al español la Escala de Evaluación de la Recuperación, Recovery Assessment Scale (Corrigan et al. 2004), siguiendo las directrices para la traducción y adaptación de tests de la Comisión Internacional de Tests (International Test Commission, ITC).

2. En segundo lugar, se pretende validar la versión española de la escala mediante la aplicación a una muestra de personas diagnosticadas de un trastorno mental severo.

**Objetivos específicos:**

Se pretende en concreto:

- Traducir y adaptar la Recovery Assessment Scale (RAS), en su versión de 24 ítems al español asegurando su equivalencia transcultural.
- Aplicar la adaptación española de la RAS a una muestra de personas diagnosticadas de un trastorno mental grave.
- Analizar las propiedades psicométricas de la RAS utilizando el Modelo de Escalas de Calificación (Andrich, 1978); se trata de una extensión del modelo de Rasch (1961), uno de los modelos más conocidos de la Teoría de Respuesta al Ítem.
- Estudiar la validez de la versión española de la RAS.

**6.2.MÉTODO****6.1.1. Participantes.**

Participaron en el estudio 147 personas diagnosticadas de un trastorno mental severo, de edades comprendidas entre los 20 y los 66 años, siendo la media de edad de 47.2 años. Se trata de una muestra de conveniencia; así se seleccionaron para participar aquellas personas que cumplieran los siguientes criterios:

- a) Ser mayor de 18 años.
- b) Tener un diagnóstico de trastorno mental que en el DSM-IV se clasifique en el apartado de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o bien tener uno de los

trastornos del estado de ánimo o trastornos de la personalidad que cursen con severidad y cronicidad.

- c) Requerir el apoyo continuado de la red de servicios de salud mental, tanto sanitarios como sociales, de forma dilatada en el tiempo; en concreto, se estableció un mínimo de un año de atención en alguno de los servicios de la red de atención a la salud mental.
- d) Necesidad de apoyo continuado en el día a día de la persona.

Del total de participantes, el 58.5% eran hombres y el 41.5% mujeres; un 63.9% residían en Zamora, y el resto en Toro o Salamanca. En relación con el estado civil, la mayoría eran personas solteras (74.6%). En cuanto a la procedencia, un 57.6% procedía de un entorno rural y el resto de entornos urbanos.

Todos los participantes eran usuarios de los servicios de salud mental del hospital de Zamora y presentaban distintos diagnósticos; en concreto, un 73.9% de personas tenían esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; un 10.1%, trastornos del estado de ánimo; y un 16% trastornos de la personalidad. La media en años de evolución del trastorno es de 14.03 años (DT = 9.2). En relación con los servicios en los que éstos son atendidos, la mayoría, en concreto el 86.4% de los participantes, acuden al Centro de Rehabilitación Psicosocial; un 53.1% acude al Centro de Rehabilitación Laboral; y un 29.3% acude al Centro de Día. En cuanto a la vivienda, el 38.1% reside en un piso con apoyo, un 36.7% reside en una vivienda sin apoyo, y un 25.2% vive en una residencia. En la Tabla 35 se muestran las características de la muestra.

Tabla 35. Características sociodemográficas de los participantes (N=147).

VARIABLES	Categorías	N	%	% Válido
<b>Género</b>	Mujer	61	41.5	41.5
	Hombre	86	58.5	58.5
	Total	147	100	100
<b>Lugar de residencia</b>	Salamanca	5	3.4	3.4
	Zamora	94	63.9	63.9
	Toro	48	32.7	32.7
	Total	147	100	100
<b>Estado civil</b>	Soltero	97	66	74.6
	Casado/pareja de hecho	12	8.2	9.2
	Divorciado/separado	20	13.6	15.4
	Viudo	1	0.7	0.8
	Sin datos	17	11.6	-
	Total	147	100	100
<b>Lugar de nacimiento</b>	Entorno rural	83	56.5	57.6
	Entorno urbano	61	41.5	42.4
	Sin datos	3	2	-
	Total	147	100	100
<b>Diagnóstico</b>	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	88	59.9	73.9
	Trastornos del estado de ánimo	12	8.2	10.1
	Trastornos de personalidad	19	12.9	16
	Sin datos	28	19	-
	Sin datos	147	100	100
	Total	147	100	100
<b>Recurso</b>	Centro de Día	43	29.3	29.3
	Centro de Rehabilitación Laboral	35	23.8	23.8
	Centro de Rehabilitación Psicosocial	49	33.3	33.3
	Ningún recurso	20	13.6	13.6
	Total	147	100	100
<b>Vivienda</b>	Residencia	37	25.2	25.2
	Piso supervisado	56	38.1	38.1
	Piso normalizado	54	36.7	36.7
	Total	147	100	100

### 6.1.2. Instrumentos.

#### *Recovery Assessment Scale RAS (Corrigan et al., 2004)*

Tal como se ha planteado en los objetivos, el principal instrumento utilizado fue la Escala de Evaluación de la Recuperación, Recovery Assessment Scale, en su versión de 24 ítems (Corrigan et al. 2004); en este estudio en el que participan 1.824 personas diagnosticadas de un trastorno mental severo, los análisis factoriales de la escala (Corrigan et al. 2004) muestran la presencia de 5 factores: a) confianza personal y esperanza, b) disponibilidad para pedir ayuda, c) orientación hacia metas y al éxito, d) confianza en otros y

e) control de los síntomas. A continuación, se presenta una tabla con los factores y sus indicadores correspondientes (Tabla 36).

Tabla 36. Factores e indicadores implicados en la escala de evaluación de la recuperación

Factores	Indicadores
<i>Confianza personal y esperanza.</i>	Evalúa en qué medida la persona tiene confianza en sí misma, tiene esperanza en un futuro y se siente capaz de manejar el estrés.
<i>Voluntad de pedir ayuda.</i>	Posibilidad de reconocer, solicitar o buscar ayuda en caso de necesitarla.
<i>Orientación hacia el éxito y consecución de objetivos.</i>	Posibilidad de diseñar un proyecto de vida, diseñar las metas y objetivos necesarios para alcanzarlos.
<i>Confianza en los demás.</i>	Posibilidad y deseo de confiar y solicitar apoyo en otras personas.
<i>Control sobre los síntomas.</i>	Grado de importancia que otorga la persona a la clínica de su trastorno mental. Grado en que los síntomas interfieren en su día a día.

En cuanto a las características de esta escala, las alternativas de respuesta, se establecen en una escala Likert de 5 puntos (1: completamente en desacuerdo, 5: completamente de acuerdo) y su procedimiento se realiza a través de una entrevista, en la que el evaluador no necesita ningún entrenamiento previo, y puede aplicarse en 20 min.

Con el fin de obtener evidencias sobre la validez de esta escala, se utilizaron los datos de los otros instrumentos aplicados en esta tesis doctoral, en concreto; la adaptación española del cuestionario SF-36 (Alonso et al., 1995), la adaptación española del Basic Everyday Living Schedule (BELS), (Jiménez et al. 2000) y la adaptación Española de las Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Diaz et al. 2006).

### **6.1.3. Procedimiento.**

El procedimiento de traducción y adaptación al español de la Recovery Assessment Scale (Corrigan et al, 2004), siguió las directrices para la traducción y adaptación de los tests de la Comisión Internacional de Tests (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000). Para ello, se llevaron a cabo distintas tareas de traducción y retro-traducción y otros procedimientos de análisis tal como se especifica en dichas recomendaciones. A continuación, se detallan las distintas fases del proceso:

#### *Fase 1. Traducción inglés-español.*

La traducción del inglés al castellano fue realizada por dos traductores que no sólo conocían bien el idioma, sino que también eran expertos y tenían experiencia previa en atención e investigación en personas con un trastorno mental severo; así se realizaron dos traducciones independientes por una psicóloga y una terapeuta ocupacional con conocimientos sobre construcción de test y con experiencia en el campo de la salud mental.

#### *Fase 2. Síntesis y primera versión.*

Ambos traductores se reunieron para tomar decisiones sobre posibles discrepancias acerca de algunas palabras que podían crear confusión o que podían adaptarse mejor al contexto para el que dicha escala está siendo desarrollada. El resultado final es una primera versión de la RAS en español, aceptada por ambos traductores.

#### *Fase 3. Grupo focal personas con trastorno mental.*

Con el objetivo de obtener información sobre el grado de utilidad, y para identificar posibles problemas en la aplicación de la adaptación de la RAS a la población objeto de estudio, se concertó una reunión con personas diagnosticadas de un trastorno mental severo. En



dicha reunión se realizó, en primer lugar, un grupo focal en el que se siguió un guion semi-estructurado, en el que se trataron los siguientes temas:

- 1) Significado de la recuperación. Factores implicados en el proceso de recuperación de personas con un trastorno mental severo.
- 2) Posibilidades de recuperación de personas con un trastorno mental severo.
- 3) Apoyos necesarios durante el proceso de recuperación de personas con un trastorno mental severo.

Por último, se realizó una última ronda de preguntas, donde se recogía la opinión de los participantes, sobre el grado de utilidad de la escala, así como el grado de comprensión; para no perder ningún tipo de información, toda esta prueba fue grabada bajo consentimiento informado de los participantes en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Zamora, con una duración aproximada de una hora y media. Toda la información recogida en las fases anteriores fue analizada y valorada, y se tuvo en cuenta para tomar decisiones sobre la versión final de la adaptación al español de la RAS.

Una vez terminada esta primera parte, se procedió a la aplicación de la escala a los participantes. De forma grupal, el investigador fue leyendo cada uno de los ítems, para así poder responder a las dudas. Todos los ítems que generaron problemas de comprensión fueron anotados para su posterior análisis.

#### *Fase 4. Retrotraducción*

Partiendo de la versión final obtenida por ambos traductores, se realizó la retrotraducción al idioma original de la escala. El objetivo era poder comparar ésta con la versión original, para así asegurar que la escala mantiene el mismo contenido. La persona que llevó a cabo la retro-traducción fue una persona de habla inglesa nativa, ajena al proceso que se estaba desarrollando y que desconocía la escala original.

*Fase 5. Análisis y comparación de la versión traducida al inglés con la original.*

Las personas responsables de la investigación se reunieron para analizar ambas versiones y comprobar la equivalencia de las mismas.

*Fase 6. Análisis jueces expertos.*

Para asegurar la adecuación de la traducción de la escala al español, un comité de expertos en el campo de la salud mental analizó aspectos como el grado de comprensión y claridad de los ítems para la población a la que va dirigida, o la utilidad de la escala para su práctica diaria de la versión traducida. Se les pidió además que realizaran las siguientes tareas:

1. Indicar la categoría a la que pertenece cada uno de los ítems de la escala.
2. Determinar el grado de intensidad en el cual se considera que cada uno de los ítems mide los aspectos descritos en la categoría elegida. La intensidad es evaluada a través de un rango que va desde 1, que corresponde a muy poca intensidad, a 5, que corresponde a mucha intensidad.
3. Indicar si cada uno de los ítems está formulado positiva o negativamente, es decir, si tiene valencia + o –.

Con los datos obtenidos se realizó un análisis de concordancia entre las valoraciones realizadas acerca de la asignación de los ítems a las categorías y se tuvieron en cuenta los comentarios sobre los ítems para la elaboración de la versión final.

Después del proceso de traducción y adaptación de la versión española de la Recovery Assessment Scale, se inició la fase correspondiente a la búsqueda y selección de la muestra necesaria para la validación de la escala. Este procedimiento ha sido el mismo que se ha

descrito en el capítulo 5 para el resto de herramientas de evaluación utilizadas en el desarrollo de este trabajo.

#### ***6.2.4. Codificación y análisis de datos.***

Los datos de los participantes se codificaron e incluyeron en una base de datos siguiendo las especificaciones propias de cada instrumento.

Para obtener los estadísticos descriptivos se utilizó el programa SPSS 20.0. Para el análisis de datos de la escala RAS se utilizó el programa Winsteps (Linacre & Wright. 2000). En primer lugar se analizó la funcionalidad de las categorías de respuesta siguiendo las recomendaciones de Linacre (2004). Estas incluyen los siguientes criterios: a) un mínimo de 10 observaciones por cada categoría de respuesta; b) una distribución apropiada de las observaciones entre categorías; c) un incremento monotónico de las medias de las categorías; d) ausencia de categorías con desajuste severo ( $\text{outfit} < 2$ ); y e) un incremento monotónico en el orden de los pasos entre las categorías sucesivas. Así, se agruparon aquellas categorías que no mostraron un funcionamiento adecuado. Se realizó además un análisis visual del funcionamiento de las categorías.

Puesto que es un supuesto básico de los modelos tipo Rasch, se analizó en segundo lugar la unidimensionalidad de la escala; para ello, se realizó el análisis de Rasch de los componentes principales de los residuos (las diferencias entre las respuestas observadas y las predichas por el modelo); se consideró que la unidimensionalidad era suficiente si la dimensión principal (estimada con el modelo) explicaba al menos un 20% de la varianza (Reckase, 1998), y si era pequeño (menor de 2) el autovalor del primer componente de los residuos. Para finalizar, se analizó el ajuste de los ítems y de las personas al modelo, se

estimaron los parámetros de ítems y personas y se realizó el análisis del mapa conjunto. Para analizar los ajustes se utilizaron los índices infit y outfit, los cuales se interpretaron siguiendo el criterio de Linacre (2011), que establece que los valores inferiores a 0,5 de estos índices indican *sobreajuste* (menores discrepancias de las esperables por azar); los valores entre 0,5 y 1,5, desajustes de tamaño muy bajo; los valores entre 1,5 y 2,0, un desajuste moderado; y los valores superiores a 2,0, un desajuste severo. Los ítems con desajuste severo suelen excluirse del instrumento.

En último lugar se analizó la relación entre los datos obtenidos en la RAS y los obtenidos en el Cuestionario SF-36, la escala BELS y el Cuestionario de Bienestar Psicológico, mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Estos análisis se llevaron a cabo con el programa SPSS.

## **6.3.RESULTADOS**

### ***6.3.1. Adaptación al español de la RAS.***

A continuación, se describen los resultados de las distintas fases de adaptación de la Recovery Assessment Scale, en su versión de 24 ítems (Corrigan et al. 2004) al español:

FASE 1: En primer lugar se realizaron dos traducciones independientes por una psicóloga y una terapeuta ocupacional, con conocimientos en el ámbito de la trastorno mental y en la metodología de adaptación de instrumentos.

FASE 2: En un segundo momento, ambas traducciones fueron analizadas por los miembros del equipo de investigación para comprobar su equivalencia. Tal como arrojaron

los resultados de dicha revisión, había un acuerdo perfecto entre ambas traducciones en el 38% de los ítems de la escala. En el 62% restante, si bien las traducciones no eran completamente iguales, sí que eran equivalentes. En esta fase se llegó a un acuerdo sobre la primera versión de la escala traducida al español.

FASE 3: En un tercer momento se organizó un grupo focal de personas con trastorno mental, a fin de recoger información sobre el significado que para ellos tenía la recuperación, en qué medida pensaban que las personas con trastorno mental podían recuperarse; o qué apoyos consideraban que eran necesarios para ello. Dicha información se obtuvo mediante discusión del grupo en base a un guión semi-estructurado; participaron en el grupo focal 7 personas con trastorno mental con edades comprendidas entre 43 y 62 años, siendo la media de edad de 53 años; la media de años de evolución del diagnóstico de trastorno mental fue de 14.6 años. En relación con el género, un 14% eran hombres y un 86% mujeres. Los diagnósticos psiquiátricos que presentaban eran esquizofrenia (43%), trastornos del estado de ánimo (43%) y trastornos de personalidad (14%). Los participantes tenían diversos niveles educativos; así un 25% tenían estudios primarios; un 12%, formación profesional de grado superior; un 38% formación profesional; el restante 25% tenía estudios universitarios. El 57% eran personas solteras, un 29% divorciadas y un 14% viudas. En relación con el lugar de vivienda, un 43% vivían en una vivienda sin apoyo y un 57%, en un piso con apoyo. Todos ellos acudían al Centro de Recuperación Psicosocial (CRPS). El análisis del discurso de los participantes indica que éstos consideran que la recuperación tiene que ver con aspectos relacionados con el bienestar, como ponerse mejor, sentirse bien, con tener control, decisión, estabilidad en el día a día, ser independiente, ser feliz y manejar las tareas diarias sin que los síntomas se lo impidan. Manifiestan que el trastorno mental es algo que les va a acompañar a lo largo de su vida, pero que la recuperación implica tener calidad de vida a pesar de ello; además, aluden a algunas variables que consideran necesarias para la recuperación, como: 1)

tener fuerza de voluntad; 2) tener contacto, comunicación y relaciones con los compañeros, los profesionales y la familia; 3) tener objetivos que alcanzar y alicientes para “tirar”; y 4) tener confianza en sí mismo y ser consciente de la posibilidad de recuperarse. Estos resultados muestran que para las personas diagnosticadas de un trastorno mental en España, el concepto de recuperación es similar al propuesto por diversos autores y que está reflejado en los ítems de la escala RAS.

Adicionalmente, a fin de comprobar la aplicabilidad de la versión española de la RAS, los miembros del grupo focal cumplimentaron individualmente la escala y posteriormente se realizó una discusión en grupo en relación con la claridad y facilidad de comprensión de los ítems. Se pudo comprobar que la escala era adecuada, adaptada a la población, y éstos no presentaban dificultades para responderla. Si bien, del análisis de la misma se decidió cambiar la formulación de algún ítem, considerando las opiniones de estas personas; así, el ítem 14 “Puedo controlar mi vida” se reformuló del siguiente modo: Puedo manejar lo que ocurre en mi vida; el ítem 39 “Incluso cuando no creo en mí mismo hay otras personas que sí lo hacen”, se reformuló en “Incluso cuando no creo en mí mismo, otras personas lo hacen”. En definitiva, se trata de variaciones mínimas, pero que se han tenido en cuenta y han servido para redactar la segunda versión española de la escala.

FASE 4: En esta fase se llevó a cabo la retro-traducción al idioma original, el inglés de la segunda versión. Como ya se ha comentado, dicha traducción la realizó una persona nativa sin conocimientos previos sobre la escala RAS.

FASE 5: Una vez realizada la traducción, se comparó ésta con la versión original; así, el equipo de investigación se reunió para revisar ambas versiones y considerar su equivalencia. Los ítems se clasificaron en función de la equivalencia presentada en ambas versiones. Los resultados muestran que un 21% de los ítems quedaron asignados a la

categoría A (totalmente equivalentes), y el restante 79% se clasificaron en la categoría B (con alguna expresión dudosa).

FASE 6: Como paso final, la versión resultante se sometió al análisis de jueces expertos en el ámbito de la salud mental, a los cuales se les pidió que juzgaran: 1) la categoría a la que pertenecía cada ítem; 2) determinar el grado de intensidad con que el ítem medía tal categoría. Para ello contamos con un total de 9 jueces con una experiencia media de 8 años de trabajo en el ámbito de la salud mental. La mayor parte eran profesionales de la psicología (56%), un 11% eran neuropsiquiatras, otro 11%, enfermeras; un 11%, trabajadores sociales; y el restante 11%, terapeutas ocupacionales. Con los datos obtenidos se calculó el acuerdo entre jueces mediante la K de Cohen; se obtuvieron acuerdos entre .41 y .78, con una media de acuerdo de .62; se puede decir que el nivel de acuerdo es elevado. Por otro lado, el análisis cualitativo de los comentarios realizados por los jueces en el apartado observaciones, indica que los participantes consideran la escala comprensible y de utilidad; no obstante, consideran que es mejor aplicarla mediante entrevista. Finalmente, consideran que las opciones de respuesta son excesivas, por lo que recomiendan reducir las.

Todos estos resultados permitieron concluir que la adaptación española de la escala RAS fue adecuada, y por ello se decidió comenzar la aplicación de la misma para comprobar sus propiedades psicométricas.

### ***6.3.2. Resultados de la aplicación de la adaptación española de la escala RAS a población de personas con trastorno mental.***

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del análisis de los datos obtenidos tras la aplicación de la versión española a las personas con trastorno mental descritas en el apartado *participantes*.

**Funcionalidad de las categorías de respuesta**

En primer lugar, los análisis de la funcionalidad de las categorías, realizados con la escala de 24 ítems y cinco categorías de respuesta, muestran que no se cumplen todas las recomendaciones propuestas por Linacre (2004, 2011). Como se puede observar en la Tabla los pasos entre las categorías sucesivas (Andrich Threshold) no están ordenados monótonicamente; así se observa que, entre las categorías 3 y 4, se produce un decremento, lo que evidencia que las categorías no funcionan correctamente. Por otra parte, la categoría 3 fue elegida por un porcentaje bajo de veces, en concreto 7%, menor del 10% deseable, lo que indica que no tiene la misma capacidad funcional que el resto de categorías.

En base a estos resultados, se decide declarar como missing la categoría central, dado que, además, fueron pocas las personas que la eligieron. De este modo, las categorías quedaron recodificadas del siguiente modo: 12.45. En las tablas (Tabla 37 y Tabla 38) aparecen los estadísticos después de la recodificación.

Tabla 37. Estadísticos de las categorías de la RAS (24 ítems, 5 categorías)

```

-----
|CATEGORY|OBSERVED|OBSVD SAMPLE|INFIT|OUTFIT||ANDRICH|CATEGORY|
|LABEL SCORE COUNT %|AVRGE EXPECT| MNSQ MNSQ||THRESHOLD| MEASURE|
-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----
| 1 1 647 18| -.31 -.33| 1.05 1.23|| NONE |(-1.47)| 1
| 2 2 385 11| -.03 -.12| 1.19 1.27|| .29 | -.62 | 2
| 3 3 250 7| .03 .09| .91 .90|| .41 | -.11 | 3
| 4 4 1223 35| .23 .33| 1.16 1.07|| -1.38 | .47 | 4
| 5 5 999 29| .72 .62| .82 1.01|| .67 |( 1.89)| 5
-----

```

Tabla 38. Estadísticos de las categorías de la RAS (24 ítems, 4 categorías)

```

-----
|CATEGORY|OBSERVED|OBSVD SAMPLE|INFIT|OUTFIT||ANDRICH|CATEGORY|
|LABEL SCORE COUNT %|AVRGE EXPECT| MNSQ MNSQ||THRESHOLD| MEASURE|
-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----
| 1 1 647 20| -.49 -.54| 1.08 1.25|| NONE |(-1.74)| 1
| 2 2 385 12| -.05 -.11| 1.06 1.12|| .19 | -.61 | 2
| 3 3 1223 38| .25 .37| 1.01 .92|| -1.03 | .39 | 4
| 4 4 999 31| 1.01 .93| .89 1.07|| .84 |( 2.06)| 5
-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----
|MISSING| 250 7| .06 | || | |
-----

```



De nuevo, como se puede observar, no se cumple la recomendación 5 de Linacre (2004) ya que los pasos (Andrich threshold) no están ordenados monotónicamente; se observa, en concreto, un decremento entre las categorías 2 y 4. Se decide, por ello, agrupar las categorías en un modelo dicotómico; en concreto, las categorías 1 y 2 se agrupan en una sola, y las categorías 4 y 5 pasan a formar conjuntamente otra categoría.

Con los datos derivados de esta nueva agrupación, se procede a realizar un análisis de la dimensionalidad de la escala RAS (24 ítems, 2 categorías).

### ***6.3.3. Análisis del ajuste de los ítems y de la dimensionalidad de la escala RAS (24 ítems reducida a un modelo dicotómico).***

En la Tabla 39 aparecen los resultados del análisis del ajuste de los ítems al modelo; como se puede observar, la mayoría de los ítems presenta un ajuste aceptable; sin embargo, dos ítems (REC6 y REC27) presentan un desajuste severo ( $\text{outfit} > 2$ ) y baja homogeneidad ( $R_iX < 20$ ); en concreto, el ítem REC 6 presenta un outfit de 2.27 y una homogeneidad de .01. El ítem REC27, tiene un outfit de 2.23 y una homogeneidad de .17.

Tabla 39. Ajuste de los ítems al modelo

ENTRY NUMBER	TOTAL SCORE	TOTAL COUNT	MEASURE	MODEL S.E.	INFIT MNSQ	INFIT ZSTD	OUTFIT MNSQ	OUTFIT ZSTD	PTMEASUR-CORR.	AL-EXP.	EXACT OBS%	MATCH EXP%	ITEM
1	125	140	-1.48	.29	.99	.0	.64	-.9	.35	.31	89.1	89.6	REC1
2	95	138	.07	.21	.95	-.5	.90	-.5	.47	.43	75.6	74.0	REC2
3	82	143	.68	.19	.85	-2.1	.81	-1.5	.56	.46	77.9	70.0	REC3
4	67	128	.96	.20	.75	-3.5	.68	-2.7	.64	.47	84.0	69.8	REC4
5	78	142	.80	.19	.83	-2.5	.75	-2.1	.58	.46	77.7	69.6	REC5
6	102	137	-.25	.22	1.46	3.8	2.27	4.8	.01	.40	69.4	77.0	REC6
7	82	140	.65	.19	1.11	1.4	1.07	.6	.39	.46	64.2	70.2	REC11
8	81	133	.57	.20	.85	-2.1	.84	-1.3	.54	.43	77.7	70.0	REC14
9	109	135	-.75	.24	1.10	.8	1.10	.4	.31	.38	82.6	82.2	REC15
10	94	111	-.87	.28	1.01	.1	.87	-.3	.32	.32	85.2	84.9	REC16
11	74	138	.87	.19	.99	-.1	1.00	.0	.47	.46	67.4	69.4	REC20
12	87	135	.29	.20	1.03	.3	1.01	.1	.42	.44	70.7	72.0	REC22
13	79	132	.53	.20	1.03	.4	.95	-.3	.44	.45	68.5	70.7	REC24
14	82	133	.45	.20	.95	-.6	.91	-.5	.50	.46	75.4	71.6	REC25
15	31	140	2.74	.23	1.34	2.4	2.23	3.5	.17	.46	76.6	81.7	REC27
16	92	131	.03	.21	1.03	.3	1.02	.2	.40	.42	73.4	74.6	REC28
17	94	132	-.02	.21	1.00	.1	1.02	.2	.41	.42	72.9	75.2	REC29
18	113	140	-.70	.24	.99	.0	1.14	.6	.37	.38	83.3	82.2	REC30
19	116	142	-.81	.24	.90	-.7	.82	-.6	.44	.38	84.3	83.1	REC31
20	104	135	-.51	.23	.89	-.9	.84	-.6	.47	.40	82.0	79.4	REC32
21	75	132	.74	.20	.99	-.2	.95	-.3	.47	.46	68.2	69.8	REC36
22	124	139	-1.49	.29	.91	-.4	.66	-.8	.39	.31	90.4	89.4	REC37
23	105	138	-.32	.22	1.09	.8	1.17	.8	.33	.40	78.5	78.4	REC39
24	131	140	-2.17	.37	.81	-.6	.66	-.5	.37	.26	94.2	93.6	REC40
MEAN	92.6	135.6	.00	.23	.99	-.2	1.01	-.1			77.9	77.0	
P.S.D	21.5	6.5	1.00	.04	.16	1.5	.40	1.5			7.7	7.2	

Para analizar la dimensionalidad de la escala, se tuvieron en cuenta los criterios establecidos por Reckase (1979) y por Linacre (2011); así, como indica Reckase, para considerar que la escala es unidimensional, el porcentaje de la varianza explicado por las medidas debe ser superior al 20% y, además, el autovalor correspondiente al primer componente de los residuos debe ser menor que 2. En base a estos criterios, como se puede observar en la Tabla 40, los resultados muestran que no es posible considerar que la escala es unidimensional. Así, aunque el porcentaje de la varianza explicado por las medidas es superior al 20%, explicando en concreto el 29%, el autovalor correspondiente al primer componente de los residuos es mayor de 2. Presenta, en concreto, una magnitud de 3.49, que corresponde a un 10.3% de la varianza de los datos. Todo ello apunta a que existe al menos una segunda dimensión relevante. En la Figura 7 se muestra el scree plot de los componentes de la varianza.

Tabla 40. Análisis de la dimensionalidad de la RAS (24 ítems, modelo dicotómico)

Table of STANDARDIZED RESIDUAL variance in		Eigenvalue	Observed	Expected
Total raw variance in observations	=	33.8262	100.0%	100.0%
Raw variance explained by measures	=	9.8262	29.0%	28.5%
Raw variance explained by persons	=	4.5745	13.5%	13.3%
Raw Variance explained by items	=	5.2518	15.5%	15.2%
Raw unexplained variance (total)	=	24.0000	71.0%	100.0%
Unexplned variance in 1st contrast	=	3.4941	10.3%	14.6%
Unexplned variance in 2nd contrast	=	2.5733	7.6%	10.7%
Unexplned variance in 3rd contrast	=	2.1324	6.3%	8.9%
Unexplned variance in 4th contrast	=	1.6818	5.0%	7.0%
Unexplned variance in 5th contrast	=	1.5481	4.6%	6.5%

STANDARDIZED RESIDUAL VARIANCE SCREE PLOT

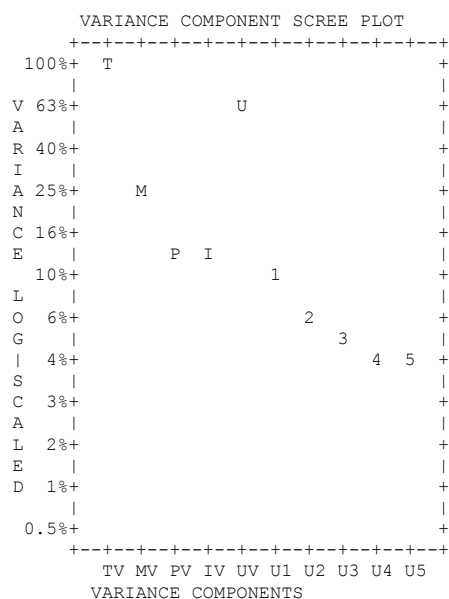


Figura 7. Scree plot de la varianza de los residuos estandarizados

Para interpretar el significado del Primer Componente de los Residuos, se procedió a identificar las saturaciones de los ítems que lo conforman. Como se puede apreciar en la tabla 41, los ítems aparecen polarizados en dos dimensiones; ocho ítems presentan pesos positivos (los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 20, 25 y 40), y dieciséis ítems, pesos negativos (los ítems 6, 11, 14, 15, 16, 22, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 36, 37 y 39), entre los que se encuentran los ítems (REC6 y REC27) con desajuste severo ( $outfit > 2$ ).

A la luz de los resultados expuestos, se optó por construir dos subescalas y analizarlas separadamente.

Tabla 41. Componentes principales

CON-	TRAST	LOADING	MEASURE	INFIT	MNSQ	OUTFIT	MNSQ	ENTRY	NUMBER	ITEM
1	1	.88	.80	.83	.75	A	5	REC5		
1	1	.86	.68	.85	.81	B	3	REC3		
1	1	.72	.96	.75	.68	C	4	REC4		
1	2	.50	.45	.95	.91	D	14	REC25		
1	2	.43	.87	.99	1.00	E	11	REC20		
1	2	.22	-1.48	.99	.64	F	1	REC1		
1	2	.22	.07	.95	.90	G	2	REC2		
1	2	.06	-2.17	.81	.66	H	24	REC40		
1	3	-.33	-.25	1.46	2.27	a	6	REC6		
1	3	-.32	.29	1.03	1.01	b	12	REC22		
1	3	-.31	.53	1.03	.95	c	13	REC24		
1	3	-.29	-.75	1.10	1.10	d	9	REC15		
1	3	-.29	2.74	1.34	2.23	e	15	REC27		
1	3	-.26	-.87	1.01	.87	f	10	REC16		
1	3	-.25	-.51	.89	.84	g	20	REC32		
1	3	-.25	-.32	1.09	1.17	h	23	REC39		
1	3	-.24	-.81	.90	.82	i	19	REC31		
1	3	-.23	-.70	.99	1.14	j	18	REC30		
1	3	-.21	.03	1.03	1.02	k	16	REC28		
1	3	-.19	.65	1.11	1.07	l	7	REC11		
1	3	-.17	-1.49	.91	.66	L	22	REC37		
1	3	-.14	-.02	1.00	1.02	K	17	REC29		
1	3	-.13	.57	.85	.84	J	8	REC14		
1	3	-.11	.74	.99	.95	I	21	REC36		

### *Análisis de la dimensión 1*

La dimensión 1, compuesta por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 20, 25 y 40, fue sometida, en primer lugar, a un análisis del ajuste de los ítems. El ítem REC40 presentó un desajuste severo, con un outfit = 2.85. Se decidió eliminar este ítem de los análisis posteriores.

Con los ítems restantes (1, 2, 3, 4, 5, 20, 25) se procedió a estimar los parámetros del modelo, el ajuste de los ítems y de las personas y se analizó su fiabilidad.

Como muestran los resultados del análisis de componentes principales de los residuos (ver Tabla 42), el porcentaje de varianza explicada por las medidas es del 41.2%, superior al 20% propuesto como criterio por Reckase (1979). Si bien el autovalor de la varianza explicada en el primer contraste es de 2.2, algo superior al propuesto por Lincacre (2011), se puede hacer una interpretación flexible de la unidimensionalidad, apoyada en el adecuado ajuste de los ítems al modelo que se expone a continuación.

Tabla 42. Análisis de los componentes principales de los residuos

```

-----
Eigenvalue   Observed   Expected
Total raw variance in observations =      11.9083 100.0%      100.0%
  Raw variance explained by measures =       4.9083 41.2%      41.0%
    Raw variance explained by persons =       2.8370 23.8%      23.7%
    Raw Variance explained by items =        2.0713 17.4%      17.3%
Raw unexplained variance (total) =        7.0000 58.8% 100.0%   59.0%
  Unexplned variance in 1st contrast =       2.2048 18.5%   31.5%
  Unexplned variance in 2nd contrast =       1.3247 11.1%   18.9%
  Unexplned variance in 3rd contrast =       1.1784  9.9%   16.8%
  Unexplned variance in 4th contrast =        .9986  8.4%   14.3%
  Unexplned variance in 5th contrast =        .8152  6.8%   11.6%

STANDARDIZED RESIDUAL VARIANCE SCREE PLOT

VARIANCE COMPONENT SCREE PLOT
+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
100%+  T                                     +
|
V 63%+ |                                     +
A      |                                     +
R 40%+ |      M      U                       +
I      |                                     +
A 25%+ |                                     +
N      |      P      I      1                 +
C 16%+ |      |      |      |                 +
E      |      |      |      |                 +
10%+   |      |      |      |      2         +
L      |      |      |      |      |      3 4   +
O 6%+  |      |      |      |      |      |      5   +
G      |      |      |      |      |      |      |   +
I 4%+  |      |      |      |      |      |      |   +
S      |      |      |      |      |      |      |   +
C 3%+  |      |      |      |      |      |      |   +
A      |      |      |      |      |      |      |   +
L 2%+  |      |      |      |      |      |      |   +
E      |      |      |      |      |      |      |   +
D 1%+  |      |      |      |      |      |      |   +
0.5%+ |      |      |      |      |      |      |   +
+-----+-----+-----+-----+-----+
TV MV PV IV UV U1 U2 U3 U4 U5
VARIANCE COMPONENTS

```

En la Tabla 43 se presentan los resultados sobre el ajuste de los ítems al modelo. Como se puede ver, el ajuste es aceptable. Los índices infit se encuentran en valores entre .54 y 1.56. La media es de 1.0, y la desviación típica, de .37. Todos los outfits presentan valores inferiores a 2. En concreto, los valores de estos oscilan entre 0.41 y 1.56. La media es de 1.06, con una P.DS de 0.44. No hay ningún ítem que presente desajuste moderado (infit y/o outfit >1.50 y <.2) ni severo (infit y/o outfit >2). Las correlaciones ítem-total son elevadas oscilando entre .47 y .87.

Los parámetros de los ítems se encuentran entre 0.94 y - 2.81 logit, con una media de .00 y una desviación típica de .123. Todos los errores típicos de medida de los ítems son

inferiores a .40, situándose entre .26 y .35, con una media de .29 y una desviación típica de .03. Adicionalmente, se observa que el estadístico Item Separation Reliability presenta un valor elevado (.95).

Se puede concluir a partir de estos datos que se han estimado con una precisión aceptable los parámetros de localización (dificultad) de los ítems en la variable latente.

Como se puede observar, el ítem REC 20 es el indicador de mayor nivel en el constructo, y el ítem REC1, el de menor nivel. El ítem 20 evalúa si la persona tiene una idea de qué o quién quiere llegar a ser. El ítem 1 valora si la persona desea tener éxito.

Tabla 43. Ajuste de los ítems al modelo

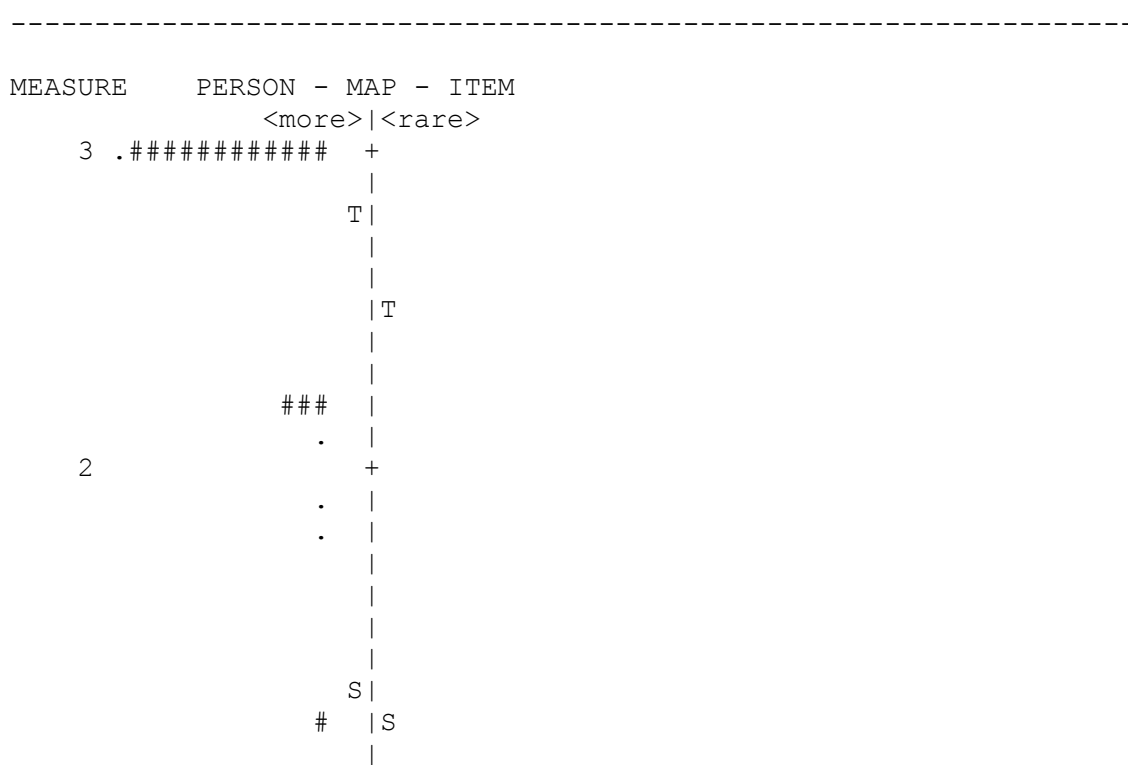
ENTRY NUMBER	TOTAL SCORE	TOTAL COUNT	MEASURE	MODEL S.E.	INFIT MNSQ	INFIT ZSTD	OUTFIT MNSQ	OUTFIT ZSTD	PTMEASUR-AL CORR.	EXP.	EXACT MATCH OBS%	EXACT MATCH EXP%	ITEM
1	125	140	-2.81	.35	1.04	.3	1.43	.8	.47	.49	87.2	87.1	REC1
2	95	138	-.47	.26	1.41	3.1	1.49	2.3	.58	.69	56.8	75.0	REC2
3	82	143	.52	.27	.57	-3.7	.45	-3.1	.86	.76	91.1	77.5	REC3
4	67	128	.88	.30	.79	-1.4	1.09	.4	.82	.79	87.7	81.0	REC4
5	78	142	.74	.27	.54	-3.9	.41	-3.1	.87	.77	92.2	78.3	REC5
11	74	138	.94	.28	1.56	3.3	1.56	1.8	.68	.78	62.8	79.2	REC20
14	82	133	.20	.27	1.08	.6	.96	-.1	.73	.74	68.7	76.3	REC25
MEAN	86.1	137.4	.00	.29	1.00	-.2	1.06	-.2			78.1	79.2	
P.SD	17.7	4.9	1.23	.03	.37	2.7	.44	2.0			13.7	3.7	

En relación con las personas, los infit oscilan entre .21 y 2.39, siendo la media de .98 y la desviación típica de .51. Los outfits se encuentran entre 8.54 y 0,14. Un 90.05% de las personas presenta valores infit y/o outfits inferiores a 2.0 y el promedio de ajuste es aceptable (M = 1.6 y DT= .121). Un 6,1% presenta un desajuste severo (outfit superior a 2), y otro 1.4% presenta un desajuste moderado (outfit entre 1,5 y 2).

Los parámetros de las personas oscilan entre 3.51 y -4.03 logit, con una media de .92 logit, y una desviación típica de 2.24 (si se consideran todas las personas). Si se eliminan las personas con puntuaciones extremas (37,6%), los parámetros se encuentran entre 2.16 y -2.33. La media en este caso es de -.19 y la desviación típica es 1.50. El estadístico Pearson

Separation Reliability arroja un valor de .50, lo que indica que la fiabilidad global de las personas no alcanza el nivel mínimamente aceptable (.70).

En la Figura 8 se presenta el escalamiento conjunto de personas e ítems; en este mapa se puede observar de forma gráfica la posición de los ítems (parte derecha del gráfico) y de las personas (zona izquierda del gráfico) a lo largo del constructo. En la parte superior se localizan las personas con los mayores niveles en el constructo y los ítems indicativos de un mayor nivel de recuperación. Puede observarse que hay una gran variabilidad en las personas en el atributo medido; sin embargo, la variabilidad de los ítems es menor (se localizan la mayoría de ellos en el sector central). Como se puede apreciar, la media de las personas ( $M = .92$ ;  $DT = 2.24$ ) es casi 1 logit superior a la de los ítems ( $M = 0$ ;  $DT = 1.23$ ). La amplitud del rango de las medidas de las personas (desde 3.51 y - 4.03 logit,) es mucho mayor a la del rango de las medidas de los ítems (desde 0.94 y -2.81 logit). El escaso número de ítems y su moderada variabilidad son los factores que explican la insuficiente fiabilidad de las puntuaciones de las personas.



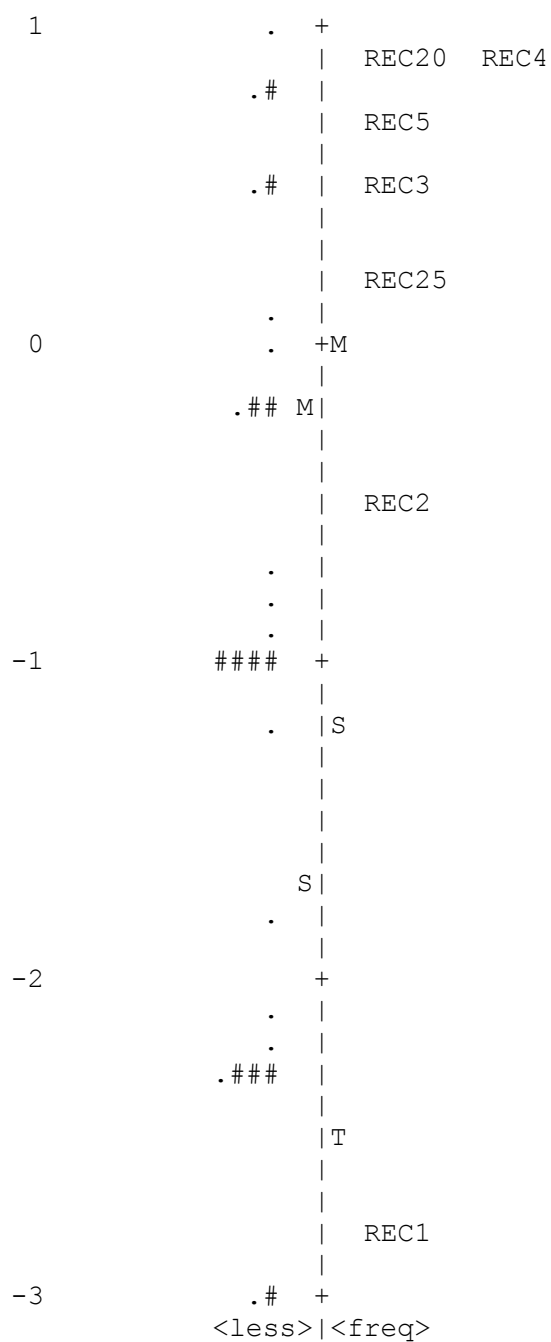


Figura 8. Mapa de escalamiento conjunto personas-ítems dimensión 1

### ***Análisis de la dimensión 2***

La dimensión 2 está conformada por los ítems 6, 11, 14, 15, 16, 22, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 36, 37 y 39.



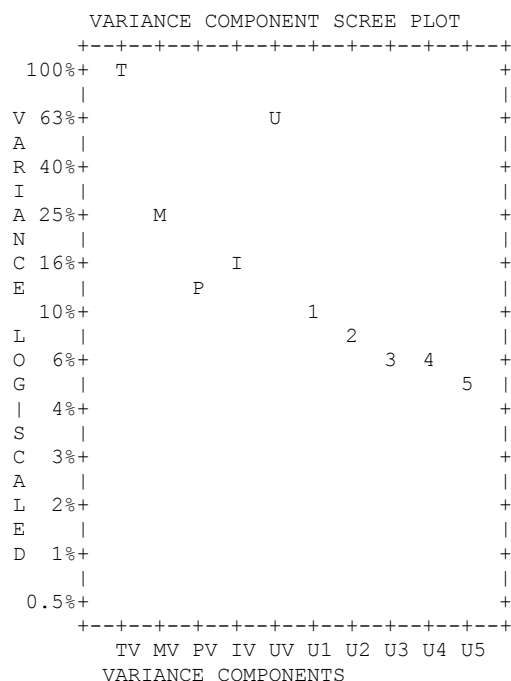
Como muestran los resultados del análisis de componentes principales de los residuos (ver Tabla 44), el porcentaje de varianza explicada por las medidas es del 29.2%, superior al valor mínimo propuesto por Reckase (1979). Si bien el autovalor de la varianza explicada en el primer contraste es de 2.6, superior al propuesto por Lincacre (2011), se puede hacer una interpretación flexible de la unidimensionalidad, apoyada en el adecuado ajuste de los ítems al modelo que se expone a continuación.

Tabla 44. Análisis de los componentes principales de los residuos de la dimensión 2

```

-----
Empirical --      Modeled
Total raw variance in observations =      22.6 100.0%      100.0%
Raw variance explained by measures =      6.6 29.2%      29.4%
  Raw variance explained by persons =      2.9 13.0%      13.0%
  Raw Variance explained by items =      3.7 16.3%      16.3%
Raw unexplained variance (total) =      16.0 70.8% 100.0%      70.6%
Unexplned variance in 1st contrast =      2.6 11.6% 16.4%
Unexplned variance in 2nd contrast =      2.2 9.6% 13.6%
Unexplned variance in 3rd contrast =      1.6 7.1% 10.1%
Unexplned variance in 4th contrast =      1.5 6.4% 9.1%
Unexplned variance in 5th contrast =      1.3 5.6% 8.0%
  
```

STANDARDIZED RESIDUAL VARIANCE SCREE PLOT



Así, como se puede observar en la Tabla 51, el ajuste de los ítems al modelo es aceptable. Los índices infit se encuentran en valores entre .83 y 1.38; la media es de 1.0, y la desviación típica, de .15. Todos presentan outfits menores a 2, por lo que ninguno de ellos

presenta un desajuste severo; en concreto, los valores de los mismos oscilan entre 0.60 y 1.83; la media es de 0.98, con una P.DS de 0.33. Hay dos ítems que presentan un desajuste moderado; son el REC 6 (outfit=1.77) y el REC 27 (outfit=1.83). Las correlaciones ítem-total son en general moderadamente altas, oscilando entre .14 y .57.

Los parámetros de los ítems se encuentran entre 2.86 y -1.51 logit, con una media de .00 y una desviación típica de .97. Todos los errores típicos de medida de los ítems son inferiores a .40, situándose entre .20 y .30, con una media de .23 y una desviación típica de .03. Este dato indica que la fiabilidad de los ítems es adecuada.

El ítem REC 27 es el indicador de mayor nivel en el constructo, y el ítem 37, el de menor nivel. El ítem 27 evalúa si el trastorno no es el principal objetivo de la persona. El ítem 37 evalúa si la persona considera que tiene personas con quienes contar.

Finalmente hay que destacar que la fiabilidad del modelo es alta, como indica el estadístico Item separation reliability, que presenta un valor de .94.

Tabla 45. Ajuste de los ítems al modelo

ENTRY NUMBER	TOTAL SCORE	TOTAL COUNT	MEASURE	MODEL S.E.	INFIT MNSQ	ZSTD	OUTFIT MNSQ	ZSTD	PT-MEASURE CORR.	EXP.	OBS%	EXACT MATCH EXP%	ITEM
6	102	137	-.25	.22	1.38	3.2	1.77	3.2	.14	.41	67.2	76.8	REC6
7	82	140	.67	.20	1.06	.8	1.07	.6	.45	.48	66.2	69.7	REC11
8	81	133	.61	.20	.83	-2.4	.78	-1.8	.57	.45	74.6	69.1	REC14
9	109	135	-.72	.24	1.03	.2	.90	-.3	.39	.40	81.3	82.3	REC15
10	94	111	-.85	.28	.91	-.5	.83	-.4	.39	.33	85.6	84.4	REC16
12	87	135	.27	.20	.95	-.6	.83	-1.2	.50	.46	69.2	71.8	REC22
13	79	132	.53	.20	.96	-.5	.92	-.6	.51	.48	69.8	70.0	REC24
15	31	140	2.86	.25	1.32	2.1	1.83	2.2	.31	.52	77.4	83.3	REC27
16	92	131	.03	.22	.96	-.4	.85	-.8	.48	.44	72.6	74.5	REC28
17	94	132	-.02	.22	.99	.0	.90	-.5	.45	.44	72.0	75.1	REC29
18	113	140	-.70	.24	.93	-.5	.93	-.2	.43	.39	83.6	82.4	REC30
19	116	142	-.84	.24	.85	-1.1	.75	-.9	.48	.39	86.8	83.3	REC31
20	104	135	-.52	.23	.87	-1.1	.77	-1.0	.50	.42	82.2	79.6	REC32
21	75	132	.74	.20	1.00	.0	.95	-.3	.49	.49	71.2	69.2	REC36
22	124	139	-1.51	.30	.93	-.3	.60	-1.0	.40	.33	88.6	89.4	REC37
23	105	138	-.31	.22	1.06	.5	1.02	.1	.38	.41	79.4	78.4	REC39
MEAN	93.0	134.5	.00	.23	1.00	.0	.98	-.2			76.7	77.5	
S.D.	21.2	6.9	.97	.03	.15	1.2	.33	1.2			7.1	6.2	

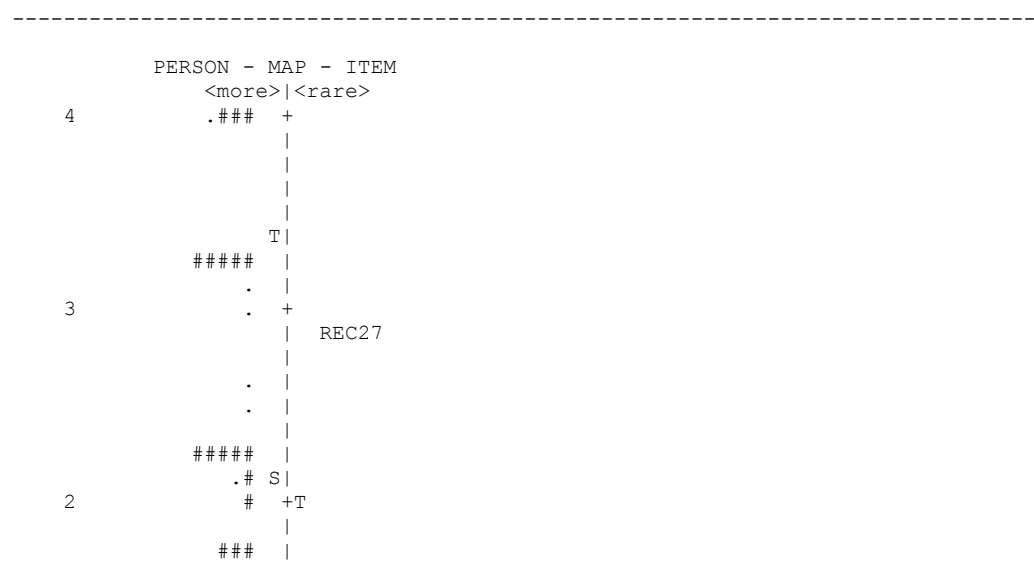
En relación con las personas, los infit oscilan entre 1.99 y .42, siendo la media de .98 y la desviación típica de .28. Los outfits se encuentran entre 4.18 y 0.12. Un 94.5 % de las

personas presenta valores infit o utfit inferiores a 2.0 y el promedio de ajuste es aceptable ( $M = .98$  y  $D.T. = .28$ ). Un 5.4% presentan un desajuste severo (outfit superior a 2), y otro 8.22% presenta un desajuste moderado (outfit entre 1.5 y 2).

Los parámetros de las personas oscilan entre 4.59 y -2.78 logit, con una media de 1.13 logit, y una desviación típica de 1.40 (si se consideran todas las personas); si se eliminan las personas con puntuaciones extremas (4.79%), los parámetros se encuentran entre 3.20 y -2.78. La media en este caso es de .96 y la SD es 1.20.

El estadístico Pearson separation reliability arroja un valor de .65, lo que indica que la fiabilidad global de las personas es moderada.

En la Figura 9 se presenta el escalamiento conjunto de personas e ítems. En este mapa se puede observar de forma gráfica la posición de los ítems (parte derecha del gráfico) y de las personas (zona izquierda del gráfico) a lo largo del constructo. Como se puede comprobar, las personas con mayor nivel en el constructo se sitúan en la parte alta del gráfico; también los ítems que miden niveles más elevados. Se observa, además, que los rangos de los ítems y las personas se solapan parcialmente, lo que indica que los ítems han evaluado a sujetos de distintos niveles.



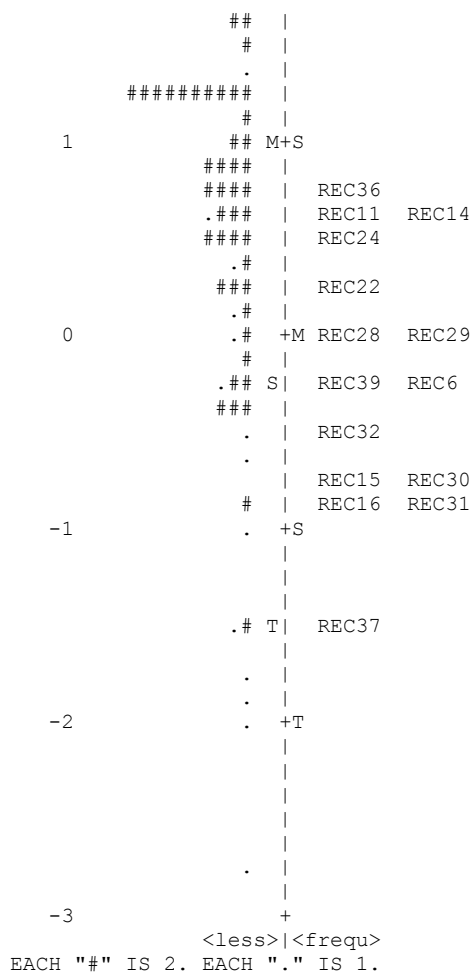


Figura 9. Mapa de escalamiento conjunto personas-ítems dimensión 2.

Como se puede apreciar, la media de las personas ( $M=1.13$ ;  $DT=1.40$ ) es superior a la de los ítems ( $M=0$ ;  $DT=.97$ ). La amplitud del rango de las medidas de las personas (desde 4.59 hasta -2.78 logits) es mayor a la del rango de las medidas de los ítems (desde 2.86 hasta -1.51 logits). Los resultados del conteo de número de personas que puntúan por debajo del rango de los ítems arrojan la cifra de 7 personas (4.8%). El número de personas que puntúan por encima del rango de los ítems es de 11 personas (7.5%).

#### 6.3.4. *Análisis de correlación entre las dimensiones obtenidas y el resto de medidas de los instrumentos utilizados.*

A fin de disponer de evidencias sobre la validez de la versión española, se procedió a calcular las correlaciones (Pearson) entre las puntuaciones de las dimensiones obtenidas y las distintas dimensiones del resto de instrumentos aplicados.

Los resultados muestran la existencia de correlaciones positivas, significativas y moderadas entre las puntuaciones obtenidas en la Dimensión 1 y las siguientes dimensiones de la escala de evaluación de la calidad de vida SF-36: Salud general (.22), Vitalidad (.39), Funcionamiento social (.26), Salud mental (.27) y Componente mental Estandarizado (.27). Se obtienen también correlaciones significativas entre esta dimensión 1 y las siguientes sub-escalas de la BELS: Desempeño doméstico (.23), Desempeño comunitario (.29), Desempeños sociales (.30)

Finalmente, también en la Dimensión 2 se obtienen correlaciones significativas con las siguientes dimensiones de la SF-36: Funcionamiento físico (.18), Salud general (.41), Vitalidad (.46), F. Social (.31), Salud mental (.53), Componente mental estandarizado (.51). Se obtiene también una correlación significativa entre las puntuaciones obtenidas en esta dimensión 2 y la sub-escala de Desempeño en actividades sociales de la BELS (.21).

No se encontraron correlaciones significativas con las dimensiones del resto de instrumentos.

#### **6.4.CONCLUSIONES**

Los resultados del análisis muestran que la adaptación española de la versión de 24 ítems de la RAS no presenta una estructura unidimensional, sino que está compuesta por dos dimensiones.

La primera dimensión es unidimensional y está formada por 7 ítems que evalúan el grado en que la persona tiene objetivos y propósitos vitales, tiene una idea de la persona que quiere llegar a ser y hace planes para estar bien; además, evalúa la media en que tiene

confianza en alcanzar esas metas y objetivos que se propone, y está orientada al éxito para conseguirlo. Los índices de fiabilidad indican que la dimensión presenta una elevada fiabilidad para los ítems, aunque la fiabilidad de las personas es baja. Probablemente, ello se debe a que son pocos ítems los que componen esta dimensión, y que estos presentan una baja variabilidad en comparación con la variabilidad de las personas. Sería conveniente tratar de valorar posibles ítems que pueden formar parte de esta dimensión y contribuir a una mayor variabilidad en los niveles de medida del constructo. Las correlaciones obtenidas entre las puntuaciones en esta dimensión y varias escalas del SF36 y de la BELS, apoyan a la misma como una medida válida. Así, se han encontrado correlaciones moderadas, positivas y significativas entre las puntuaciones obtenidas en esta dimensión, y distintas dimensiones de la escala de evaluación de la calidad de vida SF-36, como la salud general, la vitalidad, el funcionamiento social o la salud mental. También se obtienen correlaciones positivas y significativas con el desempeño de la persona en actividades domésticas, comunitarias y sociales, evaluadas mediante el instrumento BELS. Todo ello parece indicar que las personas que presentan mejores desempeños en las actividades y relaciones cotidianas en sus ambientes domésticos, comunitarios y en sus relaciones sociales, se proponen en mayor medida objetivos y propósitos vitales hacia los que se dirigen con confianza, y motivados para tener éxito al conseguirlos. Las personas con estas características parecen también ser personas con mayores niveles de vitalidad y salud general, que presentan un mejor funcionamiento social y mayores niveles de salud mental. Todo ello es coherente con la literatura sobre el constructo recuperación y el significado del mismo.

La segunda dimensión, igualmente unidimensional, está compuesta por 16 ítems que evalúan aspectos como la medida en que la persona confía en sí misma y considera que no se encuentra dominada por los síntomas. Evalúa, además, la confianza en disponer de personas que puedan apoyarle y la disponibilidad para solicitar ayuda a estas personas si lo necesita.

Además presenta correlaciones positivas y significativas con dimensiones de calidad de vida evaluadas mediante el SF-36, y con el desempeño en actividades sociales evaluado por la escala BELS. Todo ello parece indicar que las personas que confían más en sí mismos y en la disponibilidad de apoyo de otras personas, son personas que tienen una mejor calidad de vida en lo que se refiere a su funcionamiento físico, con una mejor salud general, mayor vitalidad y mejor funcionamiento social y salud mental; además, su desempeño en actividades sociales es mejor. Estos datos aportan igualmente evidencias de validez a la medida. Esta segunda dimensión presenta además una alta fiabilidad para los ítems, y la fiabilidad para las personas es moderada.

Los resultados obtenidos en el estudio pueden ser de utilidad para aportar evidencias que ayuden a responder a la pregunta que se viene planteando sobre si la recuperación es un constructo unidimensional o multidimensional en el que se dan distintos dominios de recuperación que ocurren simultáneamente (Hancock & et al., s.f.); al menos en población de personas con trastorno mental en España, los datos parecen apoyar esta segunda idea. Así, parece haber dos dimensiones paralelas en el proceso de recuperación; una tiene que ver con la orientación, planificación y la confianza en relación con la consecución de propósitos y objetivos vitales; la segunda incluye aspectos como la confianza en sí mismo, confiar en no estar dominado por los síntomas y la confianza también en la disponibilidad de personas de apoyo a las que poder pedir ayuda si es necesario.





# CAPÍTULO 7

## CONCLUSIONES GENERALES, ASPECTOS DE MEJORA Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN





## **CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES GENERALES, ASPECTOS DE MEJORA Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN**

### **INTRODUCCIÓN**

A lo largo del desarrollo de este trabajo se ha visto que la atención de las personas con la experiencia del trastorno mental está avanzando, en el sentido de promover, cada vez más, la participación e inclusión en la comunidad, la recuperación y la calidad de vida (Pfeiffer, Brusilovskiy, Bauer, & Salzer, 2014). El recorrido que ha tenido alguno de estos constructos, como el de calidad de vida, muestra que su delimitación conceptual no siempre ha estado tan clara (Garay et al., 2014), como puede ser el caso de lo que ocurre con la recuperación hoy en día. Para contribuir a esclarecer el significado de este constructo, algunos autores consideran que es necesario investigar y avanzar en cómo puede el contexto generar y promover oportunidades hacia la recuperación (Onken et al., 2007) y dentro de esta línea se incluye el papel que pueden desempeñar los profesionales. El vínculo que se establece entre los profesionales y las personas es uno de los principios esenciales que se incluyen en la recuperación, puesto que, de lo contrario, se puede correr el riesgo de que el modelo pueda convertirse en simple retórica y el único cambio significativo que se le atribuya sea la incorporación de un concepto “nuevo” que no promueve el cambio en la práctica diaria y que persigue los mismos objetivos de siempre (Alonso, 2016), dirigidos a la administración de un tratamiento farmacológico y a la atención y al soporte por parte de los recursos sanitarios, sobre todo, en los procesos agudos (Burhouse et al., 2015). La perspectiva desde la cual la recuperación es entendida como un proceso personal y único, implica que la relación que se establece entre los profesionales y las personas sea diferente a la que se ha establecido hasta ahora, puesto que implica cambios significativos en la actitud y en la práctica profesional,

puesto que se inicia una búsqueda y un deseo de establecer una relación más igualitaria (Burhouse et al., 2015), donde el profesional pueda apoyar a la persona y dar libertad, independencia y confianza al mismo tiempo (Martín, 2017).

De acuerdo con el contenido con el que se introduce este último capítulo de esta tesis doctoral, en el que se destaca la necesidad de continuar avanzando y promoviendo la participación y la inclusión en la comunidad, la recuperación y la calidad de vida de las personas diagnosticadas de una enfermedad mental severa (Pfeiffer et al., 2014), a continuación se exponen las principales conclusiones obtenidas del análisis de la calidad de vida, el bienestar psicológico y el funcionamiento como variables relevantes en el proceso de recuperación de las personas con un trastorno mental severo.

### **7.1. CONCLUSIONES GENERALES DERIVADAS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, BIENESTAR PSICOLÓGICO Y FUNCIONAMIENTO**

El análisis de los resultados obtenidos en el capítulo 5, en base a las puntuaciones en calidad de vida relacionada con la salud, bienestar psicológico y funcionamiento, muestra la necesidad de proporcionar otras alternativas que no se dirijan únicamente al tratamiento farmacológico (Burhouse et al. 2015), puesto que existen otro tipo de necesidades relacionadas con: la presencia de sentimientos de tristeza, depresión o ansiedad que impactan en el desempeño de roles, sobre todo en los relacionados con la participación e inclusión en la comunidad y con la realización de actividades que impliquen a familiares, amigos, vecinos u otras personas significativas; la falta de estrategias, herramientas y oportunidades que promuevan el bienestar psicológico de la persona, donde se incluye la autodeterminación, la independencia, el dominio del entorno, la búsqueda de oportunidades que promuevan el

crecimiento de las personas, la posibilidad de establecer relaciones satisfactorias y de confianza con otros, el diseño de un proyecto de vida significativo y la aceptación de uno mismo; la falta de oportunidad y la necesidad de apoyo para el desempeño de habilidades de la vida diaria.

Para cubrir este tipo de necesidades son necesarios recursos y servicios que proporcionen atención y apoyo en esas líneas. En la actualidad, existen algunos servicios que cuentan con experiencias muy interesantes, de hecho, la mayor parte de la población que ha participado en esta investigación se encuentra incluida en una red de atención dirigida a la inclusión de la persona en la comunidad, a través de una serie de recursos residenciales, en su mayoría, pisos con diferente grado de apoyo que están diseñados en función de las necesidades de las personas. Proporcionar apoyo en la vivienda es muy importante, de hecho, en esta investigación se ha comprobado, a través de los análisis de independencia, que el tipo de vivienda en el que reside la persona (residencia, piso con apoyo, piso sin apoyo y unidad de rehabilitación), es la única variable que establece relaciones significativas con los 3 instrumentos de evaluación utilizados; calidad de vida relacionada con la salud, bienestar psicológico y funcionamiento (grado de oportunidad que proporciona el contexto y grado de desempeño). Este servicio, además, dispone de otros recursos complementarios que prestan atención en otras áreas que también son importantes para la persona (educación, trabajo, ocio y participación social). Este tipo de atención donde la persona cuenta con una red sólida de apoyo en diferentes áreas y en diferentes grados, es el tipo de atención que se corresponde con la actualidad, puesto que es en la comunidad y no en recursos segregados, donde se facilitan los procesos de inclusión y la posibilidad de disfrutar de un rol social con sentido, con significado y con satisfacción para la persona dentro de su contexto (Alonso, 2016).

## 7.2. CONCLUSIONES GENERALES DERIVADAS DEL PROCESO DE ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA RECOVERY ASSESSMENT SCALE

Tras los resultados obtenidos en el capítulo 6, parece que es necesario un mayor apoyo científico para determinar si esta herramienta puede convertirse, como ya lo ha hecho en otros contextos, en una medida de carácter continuo que pueda servir de orientación y guía a lo largo del proceso de recuperación de la persona (Andresen et al., 2006). Para comprobar si tal afirmación puede hacerse una realidad en el contexto español, es necesario disponer de evidencias científicas que apoyen los resultados obtenidos; un modelo dicotómico de las categorías de respuesta de la RAS, donde la categoría central, que corresponde a “*no estoy seguro*”, desaparece y las categorías de respuesta se establecen de la siguiente forma: 1: en desacuerdo, 2: de acuerdo; un modelo de recuperación que responde a un constructo de dos dimensiones que ocurren de forma paralela durante el proceso de recuperación; la primera de ellas, relacionada con el grado en que la persona diseña un proyecto de vida, marca unos objetivos, establece las líneas y los pasos necesarios para alcanzarlos, confiando en ella misma y orientándose hacia el éxito; la segunda, relacionada con todos los aspectos incluidos con la confianza en uno mismo, con la posibilidad de solicitar apoyo a personas cercanas y con el papel que juegan los síntomas en el día a día de la persona. Ambas dimensiones han correlacionado de forma positiva y significativa con: a) mejores puntuaciones en actividades y relaciones sociales, lo que muestra la estrecha relación que se establece entre la inclusión y la recuperación (Alonso, 2016) b) mejores puntuaciones en las dimensiones de vitalidad, que indican la presencia de sentimientos de energía y ganas de estar activo c) mejores puntuaciones en la dimensión de salud en general, lo que implica que la persona percibe que su estado de salud actual es bueno y puede mejorar con el paso del tiempo y, por último, d) con mejores puntuaciones en funcionamiento social y salud mental, es decir, personas que alcanzan mayores puntuaciones en recuperación, muestran mayor presencia de sentimientos

relacionados con la felicidad, con la tranquilidad y con la calma, y además, evidencian que los problemas, tanto físicos como emocionales, interfieren menos en la participación en actividades con amigos, familiares, vecinos u otras personas significativas.

### **7.3. ASPECTOS DE MEJORA**

Tras el desarrollo de esta tesis doctoral, consideramos importante incluir un apartado donde se realice una valoración de todos los aspectos que podrían mejorarse y podrían ayudar a completar los resultados y las conclusiones que se han obtenido en este trabajo. Con esta intención, el principal aspecto que se destaca es el relacionado con la selección de la muestra, a pesar de que el número de participantes ha permitido garantizar la calidad de los análisis estadísticos que se han realizado, es verdad que una muestra más amplia y más representativa nos hubiera permitido realizar análisis más globales. Además es importante destacar que existen algunos casos de información perdida, sobre todo, relacionada con los años de evolución de la enfermedad.

En cuanto a la metodología, consideramos que haber realizado análisis de comparación, entre los grupos establecidos en función de las variables sociodemográficas analizadas, que determinen en qué dimensiones las diferencias son significativas, hubiera completado y enriquecido el contenido de este trabajo. La incorporación de pruebas post hoc nos hubiera permitido saber qué grupo difiere significativamente de otro u otros y cuáles no.

Otro hecho que podría mejorarse y que se ha hecho patente a través del análisis teórico desarrollado, es el relacionado con la presencia de ciertas habilidades identificadas como importantes por las personas con un trastorno mental, y que no se han incluido en el desarrollo empírico de este trabajo. Este hecho que ha estado desencadenado, en parte, por la

dificultad de encontrar una herramienta de evaluación completa, en la que se incluyan todas las habilidades de la vida diaria que son identificadas como importantes en la vida de una persona, unido a la intención de querer utilizar una medida de evaluación que incluya el grado de oportunidad que ofrece el contexto para el desempeño de las habilidades de la vida diaria, inclinaron finalmente la balanza hacia la utilización de la BELS. Ante este hecho, una propuesta de mejora puede ser la incorporación de algunas medidas de carácter cualitativo, puesto que tienen en cuenta la experiencia subjetiva de la persona y pueden recoger información más amplia y detallada (Noiseux et al., 2010). De hecho, algunas autoras consideran que es importante recoger información cualitativa que sirva de complemento y ayude a la comprensión de los factores que pueden estar contribuyendo a la falta de oportunidades que proporciona el contexto (Cruz, Pérez, Jenaro, Flores, & Vega, 2013), sobre todo, en la participación de ciertas áreas o actividades que disponen de menor apoyo científico, pero que son identificadas por las personas como importantes. Un ejemplo de ellas son las actividades relacionadas con la satisfacción sexual, considerada, al igual que la higiene y el cuidado personal, como una actividad básica según el marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional (AOTA, 2014). El análisis de los factores que contribuyen a la falta de oportunidades en áreas o en habilidades concretas, es necesario, puesto que en la actualidad se dispone de información suficiente que muestra que las personas diagnosticadas de un trastorno mental severo presentan dificultades para el desempeño de ciertas habilidades, sobre todo, en las domésticas y sociales (De Heer-Wunderink, Visser, Sytema, & Wiersma, 2012), pero existe menos información destinada a analizar las dificultades que se encuentran en otras actividades y, todavía menos, en identificar los factores que contribuyen a que tales dificultades estén presentes. Un ejemplo de ello, son los resultados que se obtienen en una investigación donde se compara el deseo y las prácticas sexuales de dos grupos de mujeres; el primero de ellos, donde se incluye a mujeres sin diagnóstico



psiquiátrico y el segundo, a mujeres diagnosticadas de un trastorno psicótico. Ambos grupos coinciden en el deseo de mantener relaciones sexuales, pero solo la mitad de las mujeres que pertenecen al segundo grupo, dicen mantenerlas. En esta investigación se subraya que la mayoría de los clínicos no valoran ni proporcionan atención a estos aspectos en su práctica diaria, lo que impide y dificulta que la persona pueda encontrar apoyo en un área tan importante (Huguelet et al., 2015). Este es un ejemplo muy visible del papel que puede desempeñar el contexto, en este caso, actuando como barrera. Por ello consideramos que la incorporación de medidas de carácter cualitativo, que recojan información sobre ciertas actividades menos exploradas y que contribuyan a esclarecer el papel que desempeñan ciertos factores, como facilitadores o como barreras, hubiera podido enriquecer este trabajo.

Otro aspecto que quizás no sea de mejora, pero que conviene matizar, es el relacionado con la forma de describir el apartado que define los criterios de los trastornos mentales severos. El hecho de que en este trabajo se haya profundizado en describir las enfermedades que se incluyen dentro del primer criterio de este grupo, que hace referencia al diagnóstico, no implica que se atribuya un mayor peso con respecto a los otros que completan la definición de los trastornos mentales severos; tiempo y presencia de discapacidad. De hecho, este último criterio ha sido de gran peso a la hora de incluir a ciertos participantes. Quizás en este momento puede resultar interesante explicar la razón que nos ha llevado a utilizar el término “trastorno” y no el de “enfermedad”. En primer lugar, este es el concepto que se utiliza a la hora de hablar del grupo de “trastornos mentales severos”, que es la población elegida para el desarrollo de este estudio. Pero esta decisión también se argumenta en que el concepto de “enfermedad” tradicionalmente ha estado está asociado a una alteración, que solo permite actuar de una determinada manera: la búsqueda de la curación y la vuelta a la “normalidad”; puesto que este trabajo se desarrolla bajo los principios de la recuperación, que nada tienen que ver con la curación o la vuelta al estado previo de la

persona antes de estar diagnosticada, sino que está relacionado con un proceso de búsqueda y de crecimiento personal, consideramos que la mejor forma de representar y de ser consecuentes con la filosofía de este trabajo, es situar a la persona en la posición que se merece y por ello se ha recurrido a los grupos de apoyo mutuo que se han desarrollado en este país y que han contribuido a la toma de esta decisión. En estos grupos, donde las personas luchan para *“conseguir una transformación integral de la comprensión de la locura, que posibilite la recuperación, elección de los tratamientos, construcción de un proyecto propio y el respeto a la diversidad”* (FLIPAS, 2017), se incluyen términos como “salud mental”, “personas con la experiencia del trastorno mental”, “locura”, “sufrimiento psíquico”, “trastorno mental”, para hablar sobre su experiencia. La utilización de estos conceptos, entre los que no se incluye ninguno que haga referencia a “enfermedad”, reafirma nuestra consideración de utilizar el término trastorno. Pero llegados a este punto es importante recordar que este trabajo apoya y comparte la idea de que es necesario intentar no abusar de los diagnósticos (Colina, 2014), por ello se ha destacado la igualdad de los tres criterios que definen a los trastornos mentales severos: diagnóstico, tiempo de evolución y presencia de discapacidad. Compartimos la idea de otras profesionales que consideran que “las categorías clínicas poco dicen sobre la locura, nada nos dicen de los que la sufren” (Martín, 2014).

#### **7.4. DISCUSIÓN GENERAL Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN**

La propuesta inicial de este trabajo fue proporcionar, a través de las puntuaciones obtenidas en calidad de vida relacionada con la salud, bienestar psicológico y funcionamiento, información sobre los aspectos que son importantes en el día a día de las personas, además de disponer de un instrumento de evaluación de recuperación, que pudiera

contribuir a que los valores propios de este constructo estuvieran más presentes en los servicios de atención. Consideramos que estos objetivos cobran sentido a través de los mensajes de los protagonistas, puesto que ponen de manifiesto la importancia de la búsqueda de un proyecto significativo, de la posibilidad de tener esperanza y metas por alcanzar, por saber y creer que hay personas que están dispuestas a acompañarles y darles el apoyo que necesitan. Si estos mensajes con sentido y con significado para las personas, compartidos y defendidos por algunos autores y profesionales, se le añaden algunas experiencias positivas que se están llevando a cabo en otros países, promueve la idea de que la recuperación necesita un desarrollo más amplio, para que así pueda contribuir, impulsar y proporcionar las oportunidades de cambio y crecimiento que se necesitan en este campo (Shepherd et al. 2008). Un ejemplo de estas experiencias son las que se han llevado a cabo en otros países con la intención de promover la recuperación (Burhouse et al. 2015); en concreto, en Reino Unido, se han desarrollado talleres de formación dirigidos a todas las personas interesadas en la recuperación en el campo de la salud mental, ya sean familiares, amigos y/o profesionales del ámbito sanitario y/o social. Los formadores son personas con la experiencia de la locura, y dicha experiencia les ha proporcionado un conocimiento que puede servir de vía para la comprensión, el respeto y el apoyo a otras personas con experiencias similares. El objetivo de este proyecto es conocer si, a través de un modelo educativo y de entrenamiento, se puede promover la recuperación. Tras esta formación, los datos muestran evidencias positivas; un 94% de las personas afirma tener más esperanza en ellos mismos y un 91%, mayor conocimiento y conciencia de sí mismo (Burhouse et al. 2015). Desarrollar este tipo de acciones promueve el desarrollo de servicios diseñados en función de las necesidades de las personas a través de programas flexibles, con contenidos significativos (De Heer-Wunderink et al., 2012). Y con la intención de asegurar que los servicios cumplen con los principios de la recuperación, algunos autores consideran que es necesario disponer de medidas que ofrezcan

cierto grado de operatividad. Este es el caso de la Developing Recovery Enhancing Environment Measure (DREEM) (Ridgway, 2004), una herramienta útil para evaluar las prácticas orientadas a la recuperación (Shepherd et al. 2008). Esta medida fue diseñada para promover e impulsar la transformación de los sistemas, a través de la valoración de la persona como usuario de un recurso, donde se recogen sus preferencias, necesidades y deseos, y se valora la capacidad que tiene el servicio para dar respuesta a los principios que se incluyen en la recuperación (Ridgway, 2004).

En el contexto español existe otro tipo de experiencias muy interesantes, que no se han desarrollado bajo el paradigma de la recuperación, pero que marcan y defienden líneas que pretenden impulsar el desarrollo y el crecimiento de los servicios. Entre estas experiencias se encuentran las desarrolladas a través de los grupos de apoyo mutuo, entre los que se encuentran, entre otros, el colectivo *FLIPAS* que se define como (*“un grupo de personas comprometidas en construir herramientas, espacios, alternativas para afrontar el sufrimiento psíquico desde lo colectivo”*); y en el que hacen referencia a la necesidad de luchar por la construcción de un *“modelo alternativo de relación basado en el respeto, la escucha, la confianza, los cuidados, la solidaridad y el apoyo mutuo”*) y el colectivo *ActivaMent*, (*“un grupo de personas que han pasado por la experiencia de un trastorno mental y que han decidido unirse para mejorar su calidad de vida y ayudar a construir una sociedad más justa e inclusiva”*).

Por último y de acuerdo con la filosofía que se ha querido transmitir a lo largo del desarrollo de esta tesis doctoral, consideramos que las últimas palabras de este apartado deben ir dirigidas a destacar y subrayar los mensajes que trasladan las personas a través de estos grupos de apoyo; *“colectivo”, “modelo alternativo”, “respeto”, “escucha”, “confianza”, “apoyo”, “unión”, “calidad de vida”, “inclusión”, “recuperación”, “elección del tratamiento”, “proyecto propio”*, para que el significado de estas palabras sirvan de base y

orientación a las personas que de cualquier forma participan y forman parte del campo de la salud mental. Pretenden servir de reflexión y hacer visible la necesidad de continuar avanzando en la atención y en las prácticas profesionales en este campo.



# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS







## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ActivaMent. Recuperado de  
<http://www.activament.org/es/category/activament/#sthash.zf6xhS6k.dpbs>
- Agerbo, E., Byrne, M., Eaton, W. W., & Mortensen, P. B. (2004). Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 61, 28–33. doi: 10.1001/archpsyc.61.1.28
- Ahern, L., & Fisher, D. (2001). Recovery at your own PACE (Personal Assistance in Community existence). A recovery guide: National Empowerment Center *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 39(4), 22-32. Recuperado de: [https://www.power2u.org/downloads/pace\\_manual.pdf](https://www.power2u.org/downloads/pace_manual.pdf)
- Ajayi, S., Billsborough, J., Bowyer, T., Brown, P., & Hicks, A. (2009). Getting back into the world: Reflections on lived experiences of recovery. London: Rethink recovery series, 2. Recuperado de [http://www.twocanassociates.co.uk/perch/resources/files/Getting\\_back\\_into\\_the\\_world\\_JUL\\_2010.pdf](http://www.twocanassociates.co.uk/perch/resources/files/Getting_back_into_the_world_JUL_2010.pdf)
- Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., Bryson, H., & Gasquet, I. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(s420), 38-46. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00329.x

- Alonso, M. (2016). Reflexiones sobre el modelo de recuperación en salud mental. Asociación Madrileña de Salud Mental. Recuperado de <https://amsm.es/2016/09/24/reflexiones-sobre-el-modelo-de-recuperacion-en-salud-mental-por-maria-alonso-suarez/>
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Revista de medicina clínica*, 104(20), 771-776. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/gsv19n2/revision1.pdf>
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., & De la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina clínica*, 111(11), 410-416. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-valores-poblacionales-referencia-version-espanola-2551>
- American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational Therapy practice framework: domain and process (2<sup>a</sup> ed.) *The American Journal of Occupational Therapy*.
- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). *The American Journal of Occupational Therapy*, 68 (Suppl.1), S1–S48. Recuperado de: <http://www.terapia-ocupacional.org.ar/wp-content/uploads/2014/05/3%C2%AA-Edicion-Marco-de-Trabajo-2013.pdf>
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. Text revision ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreasen, N. C., Carpenter Jr, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441-449. doi: 10.1176/appi.ajp.162.3.441

- Andrés, A.I., & López, M. (2011). Variables asociadas a las necesidades psicosociales de personas con enfermedad mental grave usuarias de servicios comunitarios y de sus cuidadores familiares. *Anuario de psicología clínica y de la salud* (7), 15-24. Recuperado de [http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS\\_7\\_esp\\_15-24.pdf](http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_7_esp_15-24.pdf)
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australasian Psychiatry*, 37(5), 586-594. doi: 10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2010). Do clinical outcome measures assess consumer-defined recovery. *Psychiatry Research*, 177 (3), 309-317. doi: 10.1016/j.psychres.2010.02.013
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12), 972-980. Recuperado de <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1218&context=hbspapers>
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2013). Development of a short measure of psychological recovery in serious mental illness: The STORI-30. *Australasian Psychiatry*, 21(3), 267-270. doi: 10.1177/1039856213476352.
- Andrich, D. (1978). A rating formulation for ordered response categories. *Psychometrika*,
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatric rehabilitation journal*, 16(4), 11-23. Recuperado de [https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery\\_from\\_Mental\\_Illness\\_Anthony\\_1993.pdf](https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery_from_Mental_Illness_Anthony_1993.pdf)
- Arango, C. (2011). Panorama de las enfermedades mentales en España. En Foro Debate del INESME. “Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes”. (9-14) Ed.

Instituto de Estudios Médico. Científicos (INESME). Recuperado de <http://www.inesme.com/pdf/informediciembre11.pdf>

Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2002). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid, AEN. *Cuadernos Técnicos*, 6. Recuperado de [https://www.aen.es/docs/SRPS\\_RPS\\_y%20Tratamiento\\_Integral\\_TMS\\_AEN.pdf](https://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf)

Aubin, G., Stip, E., Gélinas, I., Rainville, C., & Chapparo, C. (2009). Daily activities, cognition and community functioning in persons with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 107(2), 313-318. doi: 10.1016/j.schres.2008.08.002

Awad, A., & Voruganti, L. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149-162. doi: 10.7860/JCDR/2015/11342.5654

Awad, G. (2008). Calidad de vida en esquizofrenia. Conceptos y medidas para la práctica clínica. *Revista de psiquiatría de Uruguay* 72(2), 121-129. Recuperado de [http://www.spu.org.uy/revista/dic2008/02\\_Trabajo%20Original.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2008/02_Trabajo%20Original.pdf)

Baldwin, M. L., & Marcus, S. C. (2011). Stigma, discrimination, and employment outcomes among persons with mental health disabilities. In *Work Accommodation and Retention in Mental Health* (pp. 53-69). *Springer New York*. doi: 10.1007/978-1-4419-0428-7\_3

Ballesteros, R. F. (2004). Introducción a la evaluación psicológica II.

Bartels, S. J., & Pratt, S. (2009). Psychosocial rehabilitation and quality of life for older adults with serious mental illness: recent findings and future research directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 381. doi: 10.1097/YCO.0b013e32832c9234.

- 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. Recuperado de <http://www.psychodyssey.net/wp-content/uploads/2012/05/Emotional-Stages-Consumers-and-Family-Members-Recovering-From-The-Trauma-of-Mental-Illness.pdf>
- Beaton, E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M.B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures.
- Becchi, A., Rucci, P., Placentino, A., Neri, G., & De Girolamo, G. (2004). Quality of life in patients with schizophrenia - comparison of self-report and proxy assessments. *Soc. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 39 (5), 397–40. doi: 10.1007/s00127-004-0761-5
- Becker, M., Diamond, R., & Sainfort, F. (1993). A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research*, 2(4), 239-251. Recuperado de [http://wqli.fmhi.usf.edu/\\_docs/knowledge-base/wqli-papers/ANewPatient-focusedIndexForMeasuringQoLInPersonsWithSMI\\_Becker\(1993\).pdf](http://wqli.fmhi.usf.edu/_docs/knowledge-base/wqli-papers/ANewPatient-focusedIndexForMeasuringQoLInPersonsWithSMI_Becker(1993).pdf)
- Bellack, A. S. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 432-442. doi: 10.1093/schbul/sbj044
- Bellack, A. S., Green, M. F., Cook, J. A., Fenton, W., Harvey, P. D., Heaton, R. K., (...) Wykes, T. (2007). Assessment of community functioning in people with schizophrenia and other severe mental illnesses: a white paper based on an NIMH-sponsored workshop. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3), 805-822. doi: 10.1093/schbul/sbl035
- Bentley, K. J. (2010). Psychiatric medication and meaning-making in a residential program for adults with serious mental illness. *Qualitative Social Work*, 9(4), 479-499. doi: 10.1177/1473325010367822

- Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S (...) & Weinstein, C. (2012). The global economic burden of noncommunicable diseases: Program on the Global Demography of Aging. Recuperado de: [https://www.hsph.harvard.edu/program-on-the-global-demography-of-aging/WorkingPapers/2012/PGDA\\_WP\\_87.pdf](https://www.hsph.harvard.edu/program-on-the-global-demography-of-aging/WorkingPapers/2012/PGDA_WP_87.pdf)
- Bobes, J., & Saiz, J. (2013). Impacto social de la esquizofrenia. Glosa. Recuperado de <http://www.unioviedo.es/psiquiatria/documentos/Libro-Impacto%20social%20de%20la%20esquizofrenia.pdf>
- Bobes, J., González, P., Bousoño, M., & Barcia, D. (2000). Calidad de vida en psiquiatría. Tratado de Psiquiatría. 1ra ed. Madrid: Arán, 831-843. Recuperado de [http://www.unioviedo.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1996/1996\\_Bobes\\_CalidadPsiquiatria.pdf](http://www.unioviedo.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1996/1996_Bobes_CalidadPsiquiatria.pdf)
- Bobes, J., Gutierrez, M., Gibert, J., González, M., Herraiz, L., & Fernández, A. (1998). Quality of life in schizophrenia: long-term follow-up in 362 chronic Spanish schizophrenic outpatients undergoing risperidone maintenance treatment. *European psychiatry*, 13(3), 158-163. doi:10.1016/S0924-9338(98)80141-7
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American psychologist*, 59(1), 20. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bonney, S., & Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: a review of the British literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.15(2):140-53. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01185.x.

- Bonnín, C., Torrent, C., Goikolea, J., Reinares, M., Solé, B., Valentí, M., (...) Vieta, E. (2014). The impact of repeated manic episodes and executive dysfunction on work adjustment in bipolar disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(3), 247-254. doi: 10.1007/s00406-013-0431-2
- Bonsaksen, T., & Lerdal, A. (2012). Relationships between physical activity, symptoms and quality of life among inpatients with severe mental illness. *The British Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 69-75. doi: <http://dx.doi.org/10.4276/030802212X13286281651036>
- Brown, C., Rempfer, M., & Hamera, E. (2008). Correlates of insider and outsider conceptualizations of recovery. *Psychiatric rehabilitation journal*, 32(1), 23-31. doi: 10.2975/32.1.2008.23.31
- Bulbena, V. A., Fernández, d. L. P. P., & Domínguez, P. A. (1991). Spanish adaptation of the Life Skills Profile. Profile of activities of daily living. Structure and factorial composition. *Actas luso-espanolas de neurologia, psiquiatria y ciencias afines*, 20(2), 51-60.
- Bullock W. A., Young S. L. (2003). The mental health recovery measure (MHRM). Paper presented at the 111th Annual Meeting of the. Toronto, ON: American Psychological Association
- 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. doi: 10.3109/00048674.2010.549996
- Burhouse, A., Rowland, M., Marie Niman, H., Abraham, D., Collins, E., Matthews, H., Denney, J. & Ryland, H. (2015). Coaching for recovery: a quality improvement project in mental healthcare. *BMJ Quality Improvement Programme*. doi:10.1136/bmjquality.u206576.w2641
- Burns, T. (2007). Evolution of outcome measures in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 191(50), s1-s6. doi: 10.1192/bjp.191.50.s1

- Carlborg, A., Winnerbäck, K., Jönsson, E., Jokinen, J., & Nordström, P. (2010). Suicide in schizophrenia. *Expert Review Neurotherapeutics*, 2010 Jul;10(7):1153-64. doi: 10.1586/ern.10.82
- Carpiniello, B., Pinna, F., Tusconi, M., Zaccheddu, E., & Fatteri, F. (2012). Gender Differences in Remission and Recovery of Schizophrenic and Schizoaffective Patients: Preliminary Results of a Prospective Cohort Study. *Schizophrenia Research & Treatment*, 1-8. doi: 10.1155/2012/576369
- Cavelti, M., Kvrjic, 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. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.01.007
- Cechnicki, A., Angermeyer, M. C., & Bielańska, A. (2011). Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(7), 643-650. doi: 10.1007/s00127-010-0230-2
- Cervera, S., Baca, E., Bobes, J., Leal, C., Ibañez, E. & Giner, J. (1997). Medida de la calidad de vida en la esquizofrenia. *Actas luso españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines* 25(Supl 2), 1-10. Recuperado de [http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1997/1997\\_Cervera\\_Medida.pdf](http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1997/1997_Cervera_Medida.pdf)
- Chan, S. W., Hsiung, P. C., Thompson, D. R., Chen, S. C., & Hwu, H. G. (2007). Health-related quality of life of Chinese people with schizophrenia in Hong Kong and Taipei: A cross-sectional analysis. *Research in nursing & health*, 30(3), 261-269. doi: 10.1002/nur.20189
- Chiba, R., Miyamoto, Y., & Kawakami, N. (2010). Reliability and validity of the Japanese version of the Recovery Assessment Scale (RAS) for people with chronic mental illness: Scale



development. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 314-322. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.07.006

Chino, B., Nemoto, T., Fujii, C., & Mizuno, M. (2009). Subjective assessments of the quality of life, well-being and self-efficacy in patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(4), 521-528. doi: 10.1111/j.1440-1819.2009.01995.x

Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. Plan Estratégico 2014-2016. Programa de Trastornos Psicossomáticos de Ansiedad y Control de Impulsos. Recuperado de [http://www.ciberisciii.es/ficheros/SAM/1\\_Plan%20Estrategico%20CIBERSAM\\_2014\\_vf\\_161213.pdf](http://www.ciberisciii.es/ficheros/SAM/1_Plan%20Estrategico%20CIBERSAM_2014_vf_161213.pdf)

Colina, F. (2014). Sobre la locura. Recuperado de <http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2014/08/sobre-la-locura-entrevista-fernando.html>

Connell, J., Brazier, J., O’Cathain, A., Lloyd-Jones, M., & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 1. doi: 10.1186/1477-7525-10-138

Connell, J., O’Cathain, A., & Brazier, J. (2014). Measuring quality of life in mental health: Are we asking the right questions? *Social Science & Medicine*, 120, 12-20. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.08.026

Connell, M., King, R., & Crowe, T. (2011). Can employment positively affect the recovery of people with psychiatric disabilities? *Psychiatric rehabilitation journal*, 35(1), 59-63. doi: <http://dx.doi.org/10.2975/35.1.2011.59.63>

Consejería de Salud. (2006). Proceso Asistencial Integrado del Trastorno Mental Grave. Sevilla. Recuperado de <http://www.asaenes.org/docs/ProcesoTMG.pdf>

- Consiglio, E., & Belloso, W. H. (2003). Nuevos indicadores clínicos: La calidad de vida relacionada con la salud. *Medicina (Buenos Aires)*, 63(2), 172-178. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v63n2/v63n2a14.pdf>
- Cook, J. A., & Razzano, L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 87. doi: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033448>
- Corrigan, P. W., Calabrese, J. D., Diwan, S. E., Keogh, C. B., Keck, L., & Mussey, C. (2002). Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness; I: qualitative analysis of program materials and testimonies. *Community Mental Health Journal*, 38(4), 287-301. Recuperado de <http://grow.ie/wp-content/uploads/2012/03/Some-Recovery-Processes-in-Mutual-Help-Groups-for-Persons-with-Mental-Illness.pdf>
- Corrigan, P. W., Giffort, 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., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035-1041.
- Corrigan, P., Salzer, M., Ralph, R., Sangster, Y. & Keck, L. (2004). Examining the factor structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (4), 1035-1041.
- Couture, S. M., Penn, D. L., & Roberts, D. L. (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophrenia Bulletin*, 32(suppl 1), S44-S63. doi: 10.1093/schbul/sbl029

- Cruz, M., Pérez M.C., Jenaro, C., Vega, V., & Flores, N. (2011). Vivenciando las necesidades de apoyo en la enfermedad mental. *Index de Enfermería*, 20(1-2), 16-20. doi:<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100004>
- Cruz, M., Pérez, M.C., Jenaro, C., Flores, N., & Vega, V. (2013). Identificación de necesidades de apoyo en personas con enfermedad mental severa utilizando la Escala de Intensidad de Apoyos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(5) Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es\\_0104-1169-rlae-21-05-1137.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es_0104-1169-rlae-21-05-1137.pdf)
- Cummins, R.A. (1997). Comprehensive Quality of Life Scale - Adult. Manual: Fifth Edition. Melbourne: School of Psychology, Deakin University, (pp.1-51). (ISBN 0 7300 2804 6). Recuperado de <http://www.acqol.com.au/instruments/comqol-scale/comqol-s5.pdf>
- Cummins, R. A., & Cahill, J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. *Intervención Psicosocial*. Vol. 9 N.º 2 - Págs. 185-198. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/63246.pdf>
- Dan, A., Kumar, S., Avasthi, A., & Grover, S. (2011). A comparative study on quality of life of patients of schizophrenia with and without depression. *Psychiatry Research*, 189(2), 185-189. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.02.017>
- Davidson, L., & McGlashan, T. H. (1997). The varied outcomes of schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*.
- 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. doi: 10.1080/09638230701482394

- Davidson, L., Harding, C., & Spaniol, L. J. (2005). Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice (Vol. 1): Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University.
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Staeheli, M., Weingarten, R., Tondora, J., & Evans, A. C. (2004). Concepts of Recovery in Behavioral Health-history, Review of the Evidence, and Critique: Yale University School of Medicine, Department of Psychiatry. Recuperado de <http://www.ct.gov/dmhas/LIB/dmhas/Recovery/concepts.pdf>
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Staeheli, M., & Evans, A. C. (s.f.). Recovery in serious mental illness: paradigm shift or shibboleth? In: Davidson L, Harding C, Spaniol L (eds). Recovery from severe mental illnesses: research evidence and implications for practice. Boston: Centre for Psychiatric Rehabilitation, 2005:5-26. Recuperado de <http://www.ct.gov/dmhas/LIB/dmhas/Recovery/paradigmshift.pdf>
- Davidson, L., O'Connell, 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. Recuperado de <http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.2006.57.5.640>
- Davidson, L., Schmutte, T., Dinzeo, T., & Andres-Hyman, R. (2008). Remission and recovery in schizophrenia: Practitioner and patient perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 5-8. doi: 10.1093/schbul/sbm122
- Davidson, L., Shahar, G., Lawless, M. S., Sells, D., & Tondora, J. (2006). Play, Pleasure, and Other Positive Life Events: “Non-Specific” Factors in Recovery from Mental Illness? *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 69(2), 151-163. doi: 10.1521/psyc.2006.69.2.151

- Davis, L., & Brekke, J. (2013). Social support and functional outcome in severe mental illness: the mediating role of proactive coping. *Psychiatry Research*. 2014 Jan 30; 215(1):39-45. doi: 10.1016/j.psychres.2013.09.010.
- De Heer-Wunderink, C., Visser, E., Sytema, S., & Wiersma D. (2012). Social Inclusion of People With Severe Mental Illness Living in Community Housing Programs. *Psychiatric Services* 63:1102–1107. doi: 10.1176/appi.ps.201100538)
- Delgado, D., Actis, C., Domínguez, S., & Camarero, C. (2011). Niveles de autonomía en población con comorbilidad psiquiátrica y neurológica. *Avances en Neurología*, 2:12. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Carlos\\_Chiclana/publication/256544170\\_Niveles\\_de\\_autonomia\\_en\\_poblacion\\_con\\_comorbilidad/links/02e7e523475ac88615000000.pdf?origin=publication\\_list](https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Chiclana/publication/256544170_Niveles_de_autonomia_en_poblacion_con_comorbilidad/links/02e7e523475ac88615000000.pdf?origin=publication_list)
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D., (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3255.pdf>
- Dixon, L., Goldberg, R., Lehman, A., & McNary, S. (2001). The impact of health status on work, symptoms, and functional outcomes in severe mental illness. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(1), 17-23
- Dopke, C. A., & Batscha, C. L. (2014). Cognitive-Behavioral Therapy for Individuals with Schizophrenia: A Recovery Approach. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 17(1), 44-71. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15487768.2013.876458>
- Drake, R. E., & Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness: Description and analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 236-242. Recuperado de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4079142/pdf/cjp-2014-vol59-may-236-242.pdf>

Dunn, E. C., Wewiorski, N. J., & Rogers, E. S. (2010). A qualitative investigation of individual and contextual factors associated with vocational recovery among people with serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(2), 185. doi: 10.1111/j.1939-0025.2010.01022.x

Eack, S. M., & Newhill, C. E. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1225-1237. doi: 10.1093/schbul/sbl071

Eklund, M., & Backstrom, M. (2005). A model of subjective quality of life for outpatients with schizophrenia and other psychoses. *Quality of Life Research*, 14(4), 1157-1168. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-004-2960-7>

Eklund, M., & Hansson, L. (2007). Social network among people with persistent mental illness: Associations with sociodemographic, clinical and health-related factors. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(4), 293-305. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0020764006074540>.

European Union Commission. (2004). The State of Mental Health in the European Union. Recuperado de [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ops\\_c\\_est18.pdf.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ops_c_est18.pdf.pdf)

Evans, S., Banerjee, S., Leese, M., & Huxley, P. (2007). The impact of mental illness on quality of life: A comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. *Quality of Life Research*, 16(1), 17-29. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-006-9002-6>

- Fan, X., Henderson, D. C., Chiang, E., Briggs, L. B. N., Freudenreich, O., Evins, A. E., & Goff, D. C. (2007). Sexual functioning, psychopathology and quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 94(1), 119-127. doi: 10.1016/j.schres.2007.04.033
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68–74. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219905/pdf/wpa060068.pdf>
- 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.
- Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. (2008). Salud mental y medios de comunicación. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/GUIADEESTILOSEGUNDAEDICION.pdf>
- Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista española de salud pública*, 84(2), 169-184. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v84n2/especial4.pdf>
- Fierro, D. L., Alabau, E. S., Solá, V. P., Fornós, B. R., & Grilló, J. V. (2012). Validación de la Escala de valoración de los Niveles de Atención Residencial, para personas con Trastorno Mental Severo (ENAR-CPB). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 481-498. doi: 10.4321/S0211-57352012000300004
- Fitzgerald, P. B., Williams, C., Corteling, N., Filia, S., Brewer, K., Adams, A. & Kulkarni, J. (2001). Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(5), 387-392. doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00254.x

- Fitzpatrick, C. (2002). A new word in serious mental illness: recovery. *Behavioral healthcare tomorrow*, 11(4), 16.
- FLIPAS. Recuperado de <https://flipartegam.wordpress.com/2017/02/08/manifiesto-flipas/>
- Frances, K. (2006). Outdoor recreation as an occupation to improve quality of life for people with enduring mental health problems. *The British Journal of Occupational Therapy*, 69(4), 182-186. doi: 10.1177/030802260606900406
- Galderisi, S., Bucci, P., Mucci, A., Kirkpatrick, B., Pini, S., Rossi, A., & Maj, M. (2013). Categorical and dimensional approaches to negative symptoms of schizophrenia: focus on long-term stability and functional outcome. *Schizophrenia research*, 147(1), 157-162. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.03.020>
- Galuppi, A., Turola, M. C., Nanni, M. G., Mazzoni, P., & Grassi, L. (2010). Schizophrenia and quality of life: how important are symptoms and functioning. *International journal of mental health systems*, 4(1), 1-8. doi: 10.1186/1752-4458-4-31
- Garay, M., Pousa, V. & Pérez, L. (2014). La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento subjetivo y el autoestigma con la experiencia subjetiva de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (123), 459-475. doi: 10.4321/S0211-57352014000300002
- García-Álvarez, L., Lemos-Giráldez, S., Vallejo-Seco, G., Ordóñez-Cambolor, N., Paino, M., Burón-Fernández, P. (...) & Solares-Vázquez, J. (2014). Key factors of recovery in psychotic disorders. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 44(2), 135-149. Recuperado de <http://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/10620/13404>



- García Pérez, O. & Torío, S. (2014). Funcionamiento básico y social de los usuarios de las viviendas supervisadas para personas con trastorno mental severo en Asturias: necesidad de una intervención pedagógica. doi: [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_RCED.2014.v25.n2.41659](http://dx.doi.org/10.5209/rev_RCED.2014.v25.n2.41659)
- García-Pérez, O., Fernández, C.M., & Inda, M. M. (2017). Calidad de vida, alojamiento con apoyo y trastorno mental severo: el valor de la perspectiva socioeducativa en su recuperación. *Revista Complutense de Educación*, 28 (2), 573-590.
- Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C., & Gervain, M. (1995). Construction of a scale to measure consumer recovery. Springfield, IL.: Illinois Office of Mental Health.
- Goldman, H., Gattozzi, A., & Taube, C. (1981). Defining and Counting the Chronically Mentally III. *Psychiatric Services*, 32(1), 21-27. doi: 10.1176/ps.32.1.21
- Gómez-Vela, M., & Verdugo, M. (2004). El cuestionario de evaluación de la calidad de vida de alumnos de educación secundaria obligatoria: Descripción, validación inicial y resultados obtenidos tras su aplicación en una muestra de adolescentes con discapacidad y sin ella. *Siglo cero*, 35(4), 5-17. Recuperado de [http://www.feaps.org/archivo/centro-documental/doc\\_download/196-el-cuestionario-de-evaluacion-de-la-calidad-de-vida-de-alumnos-de-educacion-secundaria-obligatoria-descripcion-validacion-inicial-y-resultados-obtenidos-tras-su-aplicacion-en-una-muestra-de-adolesc](http://www.feaps.org/archivo/centro-documental/doc_download/196-el-cuestionario-de-evaluacion-de-la-calidad-de-vida-de-alumnos-de-educacion-secundaria-obligatoria-descripcion-validacion-inicial-y-resultados-obtenidos-tras-su-aplicacion-en-una-muestra-de-adolesc)
- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 119-136. doi: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033430>
- Greenwood, K. E., Landau, S., & Wykes, T. (2005). Negative symptoms and specific cognitive impairments as combined targets for improved functional outcome within cognitive remediation therapy. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 910-921. doi: 10.1093/schbul/sbi035

- Gudjonsson, G. H., Savona, C. S., Green, T., & Terry, R. (2011). The recovery approach to the care of mentally disordered patients. Does it predict treatment engagement and positive social behaviour beyond quality of life? *Personality and Individual Differences*, 51(8), 899-903 doi: 10.1016/j.paid.2011.07.013
- Guilera, G., Gómez-Benito, J., Pino, Ó., Rojo, E., Vieta, E., Cuesta, M. J., (...) & Franco, M. (2015). Disability in bipolar I disorder: the 36-item world health organization disability assessment schedule 2.0. *Journal of affective disorders*, 174, 353-360 doi: 10.1016/j.jad.2014.12.028
- Guillén A.I. & Muñoz, M. (2011). Variables asociadas a las necesidades psicosociales de personas con enfermedad mental grave usuarias de servicios comunitarios y de sus cuidadores familiares. *Anuario de psicología clínica y de la salud* (7), 15-24. Recuperado de [http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS\\_7\\_esp\\_15-24.pdf](http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_7_esp_15-24.pdf)
- Guinea, R. (2007). Breve recorrido por la historia de la Rehabilitación Psicosocial en España. *Cuadernos Psiquiatría Comunitaria*, 7(2), 135-145. Recuperado de <http://www.aen.es/web/docs/Cuadernos7.2.pdf>
- Gunmo, P., & Bergman, H. F. (2011). What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 6(1). doi: 10.3402/qhw.v6i1.5412
- Gutiérrez-Maldonado, J. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, 24(2), 255-262. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/4008.pdf>
- Hansson, L. (2006). Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(s429), 46-50. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00717.x

- Harley, E.W., Boardman, J., & Craig, T. (2010). Sexual problems in schizophrenia: prevalence and characteristics. A cross sectional survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(7), 759-766. doi: 10.1007/s00127-009-0119-0
- Harrow, M., Grossman, L. S., Jobe, T. H., & Herbener, E. S. (2005). Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 723-734. doi: 10.1093/schbul/sbi026
- Harvey, P. D., Velligan, D. I., & Bellack, A. S. (2007). Performance-based measures of functional skills: Usefulness in clinical treatment studies. *Schizophrenia bulletin*, 33(5), 1138-1148. doi:10.1093/schbul/sbm040
- Hatfield, A., & Lefley, H. P. (1993). *Surviving mental illness: Stress, coping and adaptation*. New York: Guilford.
- Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E., & Carpenter, W. T. (1984). The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia bulletin*, 10(3), 388-398.
- Herrán, A., Sierra-Biddle, D., Cuesta, M., Sandoya, M., Díez-Manrique, J., & Vázquez-Barquero, J. (2000). Determinantes de la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia crónica.
- Herrero, M. R., Monsalve, M. H., & Smith, S. P. K. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 257-271. doi: 10.4321/S0211-57352013000200003
- Herrman, H., Hawthorne, G., & Thomas, R. (2002). Quality of life assessment in people living with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(11), 510-518. doi: 10.1007/s00127-002-0587-y

- Ho, W.W., Chiu, M.Y., Lo, W.T., & Yiu, M G., (2010). Recovery components as determinants of the health-related quality of life among patients with schizophrenia: structural equation modelling analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(1), 71-84. doi: 10.3109/00048670903393654
- Hsiao, C. Y., Hsieh, M. H., Tseng, C. J., Chien, S. H., & Chang, C. C. (2012). Quality of life of individuals with schizophrenia living in the community: relationship to socio-demographic, clinical and psychosocial characteristics. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16), 2367-2376. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04067.x.
- Hudson, C. G. (2009). Validation of a model for estimating state and local prevalence of serious mental illness. *International journal of methods in psychiatric research*, 18(4), 251-264. doi: 10.1002/mpr.294.
- Huguelet, P., Mohr, S., Miserez, C., Castellano, P., Lutz, C., Boucherie, M., (...) & Demicheli, F. B. (2015). An Exploration of Sexual Desire and Sexual Activities of Women with Psychosis. *Community Mental Health Journal*, 51(2), 229-238. doi: 10.1007/s10597-014-9768-x
- Iwasaki, Y., Coyle, C., Shank, J., Messina, E., Porter, H., Salzer, M., . . . Mitchell, L. (2014). Role of Leisure in Recovery From Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 17(2), 147-165. doi:http://dx.doi.org/10.1080/15487768.2014.909683
- Jacobson, N. (2001). Experiencing recovery: A dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatric rehabilitation journal*, 24(3), 248-256. doi: 10.1037/h0095087
- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485. doi: 10.1176/appi.ps.52.4.482
- Jiménez, J.F., Torres, F., Laviana, M., Luna, J.D., Trieman, N., & Rickard, C. (2000). Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución.

Adaptación y fiabilidad de la versión española del “Basic Everiday Living Skills” (BELS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(5), 284-8.

Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale- reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *The British Journal of Psychiatry*, 166(5), 654-659. doi: 10.1192/bjp.166.5.654

Karow, A., Naber, D., Lambert, M., & Moritz, S. (2012). Remission as perceived by people with schizophrenia, family members and psychiatrists. *European Psychiatry*, 27(6), 426-431. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.01.013>

Karow, A., Wittmann, L., Schöttle, D., Schäfer, I., & Lambert, M. (2014). The assessment of quality of life in clinical practice in patients with schizophrenia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 16(2), 185. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4140512/pdf/DialoguesClinNeurosci-16-185.pdf>

Katzenbach, R. J. (2012). Measuring Growth: The Reliability and Validity of the Utah Recovery Scale. Tesis doctoral. Brigham Young University – Provo. Recuperado de <http://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4560&context=etd>

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opfer, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261. doi: <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>

Kelly, S., McKenna, H., Parahoo, K., & Dusoir, A. (2001). The relationship between involvement in activities and quality of life for people with severe and enduring mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(2), 139-146. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00371.x>

- Kirkpatrick, B., Fenton, W. S., Carpenter, W. T., & Marder, S. R. (2006). The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 214-219. doi: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj053>
- Kokko, K., Tolvanen, A., & Pulkkinen, L. (2013). Associations between personality traits and psychological well-being across time in middle adulthood. *Journal of Research in Personality*, 47(6), 748-756. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2013.07.002>
- Hietalahti, M., Rantanen, J., & Kokko, K. (2016). Do life goals mediate the link between personality traits and mental well-being. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 4(1), 72-89. Recuperado de <http://www.journalofhappiness.net/frontend/articles/pdf/v04i01/7.pdf>
- Kraepelin, E. (1917). *Lectures on Clinical Psychiatry*.
- Krupa, T., McLean, H., Eastabrook, S., Bonham, A., & Baksh, L. (2003). Daily time use as a measure of community adjustment for persons served by assertive community treatment teams. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(5), 558-565. doi:10.5014/ajot.57.5.558
- Kurtz, M. M., Baker, E., Pearlson, G. D., & Astur, R. S. (2007). A virtual reality apartment as a measure of medication management skills in patients with schizophrenia: a pilot study. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1162-1170. doi: 10.1093/schbul/sbl039
- Larøi, F., Canlaire, J., Mourad, H., & Van der Linden, M. (2010). Relations between a computerized shopping task and cognitive tests in a group of persons diagnosed with schizophrenia compared with healthy controls. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(01), 180-189. doi: 10.1017/S1355617709991159.

- Lasebikan, V., & Owoaje, E. (2015). Quality of life in psychosis: prevalence and associated factors in a Nigerian clinical population. *Community Mental Health Journal*, 51(4), 491-496. doi: 10.1007/s10597-015-9842-z
- 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. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733
- Leese, M., Schene, A., Koeter, M., Meijer, K., Bindman, J., Mazzi, M., & Moreno, M. (2008). SF-36 scales, and simple sums of scales, were reliable quality-of-life summaries for patients with schizophrenia. *Journal of clinical epidemiology*, 61(6), 588-596. doi: 10.1016/j.jclinepi.2007.08.004
- Leposaviü, L., Dimitrijeviü, D., Çorÿeviü, S., Leposaviü, I., & Balkoski, G. N. (2015). Comorbidity of harmful use of alcohol in population of schizophrenic patients. *Psychiatria Danubina*, 27(1), 84-89. Recuperado de [http://www.hdbp.org/psychiatria\\_danubina/pdf/dnb\\_vol27\\_no1/dnb\\_vol27\\_no1\\_84.pdf](http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol27_no1/dnb_vol27_no1_84.pdf)
- Leufstadius, C., Erlandsson, L. K., & Eklund, M. (2006). Time use and daily activities in people with persistent mental illness. *Occupational Therapy International*, 13(3), 123-141. doi: 10.1002/oti.207
- Lezcano, F. (2004). Análisis de necesidades de las personas con enfermedad mental grave y prolongada en Castilla y León: Burgos: Universidad de Burgos.
- Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of psychiatry*, 14(4), 256-272. doi: 10.1080/0954026021000016905

- Linacre, J.M. (2004). Rasch Model Estimation: Further Topics. *Journal of applied measurement*, 5(1),95-110
- Linacre, J. M & wright, B.D. (2000). *Winsteps: A Rasch Computer Program*. Chicago: MESA Press.
- Lloyd, C., King, R., Lampe, J., & McDougall, S. (2001). The leisure satisfaction of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric rehabilitation journal*, 25(2), 107. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0095035>
- Lloyd, C., King, R., McCarthy, M., & Scanlan, M. (2007). The association between leisure motivation and recovery: A pilot study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54(1), 33-41. doi: 10.1111/j.1440-1630.2006.00648.x
- López, M. (2010). El empleo y la recuperación de personas con trastornos mentales graves. La experiencia de Andalucía. *Norte Salud Mental*, 36(8), 11-23. Recuperado de [http://www.faisem.es/index.php/es/documentacion/publicaciones-propias/item/download/154\\_d6ddf94a641f0893c27a544a09bd9da8](http://www.faisem.es/index.php/es/documentacion/publicaciones-propias/item/download/154_d6ddf94a641f0893c27a544a09bd9da8)
- López, M., & Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(1), 187-223. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v27n1/v27n1a16.pdf>
- Lora, A., Bezzi, R., & Erlicher, A. (2007). Estimating the prevalence of severe mental illness in mental health services in Lombardy (Italy). *Community Mental Health Journal*, 43(4), 341-357. doi: 10.1007/s10597-006-9078-z
- Lysaker, P. H., & Buck, K. D. (2008). Is Recovery from schizophrenia possible? An overview of concepts, evidence, and clinical implications. *Primary Psychiatry*, 15(6), 60-65. Recuperado



de <http://primarypsychiatry.com/is-recovery-from-schizophrenia-possible-an-overview-of-concepts-evidence-and-clinical-implications/>

Lysaker, P. H., Ringer, J., Maxwell, C., McGuire, A., & Lecomte, T. (2010). Personal narratives and recovery from schizophrenia. *Schizophrenia research*, 121(1), 271-276. doi: 10.1016/j.schres.2010.03.003

Lysaker, P.H., & Lysaker, J.T. (2011). Schizophrenia and alterations in first person experience: the convergence and divergence of six perspectives. *PSN-Psychiatrie Sciences Humaines Neurosciences*, 9(1), 31-40.

Macdonald, S., Halliday, J., MacEwan, T., Sharkey, V., Farrington, S., Wall, S., & McCreddie, R. (2003). Nithsdale Schizophrenia Surveys 24: sexual dysfunction Case - control study. *The British Journal of Psychiatry*, 182(1), 50-56. doi:10.1192/bjp.182.1.50

Mancini, A. D. (2008). Self-determination theory: A framework for the recovery paradigm. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(5), 358-365. doi: 10.1192/apt.bp.107.004036

Mancini, M. A., Hardiman, E. R., & Lawson, H. A. (2005). Making sense of it all: Consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatric rehabilitation journal*, 29(1), 48-55. doi: 10.2975/29.2005.48.55

Marcheschi, E., Laike, T., Brunt, D., Hansson, L., & Johansson, M. (2015). Quality of life and place attachment among people with severe mental illness. *Journal of Environmental Psychology*.

Martín, L. (2014). Subjetivismo crítico: una respuesta a los manuales diagnósticos. Asociación Madrileña de Salud Mental. Recuperado de <https://amsm.es/2014/12/25/colaboraciones-subjetivismo-critico-una-respuesta-a-los-manuales-diagnosticos-boletin-no-37-otono-2014/>

- Martín, L. (2017). Manual de instrucciones para deconstrucción de un dispositivo. *Atopos*. Recuperado de <http://www.atopos.es/images/eatopos3/6eatopos3.pdf>
- McCann, E. (2010). Investigating mental health service user views regarding sexual and relationship issues. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(3), 251-259. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01509.x
- McCrone, P., Leese, M., Thornicroft, G., Schene, A., Knudsen, H. C., Vázquez-Barquero, J. L., (...) & Becker, T. (2001). A comparison of needs of patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(5), 370-379.
- McNaught, M., Caputi, P., Oades, L. G., & Deane, F. P. (2007). Testing the validity of the Recovery Assessment Scale using an Australian sample. *Australasian Psychiatry*, 41(5), 450-457. doi: 10.1080/00048670701264792
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Recuperado de [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). La nueva Estrategia Nacional de Salud Mental aborda la lucha contra el suicidio como una de las principales líneas estratégicas. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3789>
- Morgan, V. A., Waterreus, A., Jablensky, A., Mackinnon, A., McGrath, J. J., Carr, V., (...) & Saw, S. (2012). People living with psychotic illness in 2010: The second Australian national survey of psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(8), 735-752. doi: 10.1177/0004867412449877

- Moruno, P. & Romero, D. (2004). Terapia ocupacional en Salud Mental: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*(1), 3. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num1/pdfs/num1art3.pdf>
- Mukoloko, A., Hefflinger, C., & Baxter, J. (2011). Recovery and selfsteem: Concurrent validity of the Recovery Assessment Scale. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 15* (2), 41-68. Recuperado de [http://www.psychosocial.com/IJPR\\_15/Recovery\\_and\\_Self\\_Esteem\\_Mukolo.html](http://www.psychosocial.com/IJPR_15/Recovery_and_Self_Esteem_Mukolo.html)
- Muñiz, J. & Hambleton, R.K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de tests. *Papeles del Psicólogo, 66*, 63-70.
- McCrone, P., Leese, M., Thornicroft., G, Schene, A., Knudsen, H.C. Vázquez-Barquero, J.L., Tansella, M., & Becker, T. (2001). A comparison of needs of patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 103*(5), 370-379.
- Namjoshi, M. A., & Buesching, D. P. (2001). A review of the health-related quality of life literature in bipolar disorder. *Quality of Life Research, 10*(2), 105-115.
- Narvaez, J. M., Twamley, E. W., McKibbin, C. L., Heaton, R. K., & Patterson, T. L. (2008). Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia research, 98*(1), 201-208. doi: 10.1016/j.schres.2007.09.001
- Nenke, M. A., Hahn, L. A., Thompson, C. H., Liu, D., & Galletly, C. A. (2015). Psychosis and cardiovascular disease: Is diet the missing link? *Schizophrenia research, 161*(2), 465-470. doi: 10.1016/j.schres.2014.12.012

- Ng, R. M., Pearson, V., Lam, M., Law, C., Chiu, C. P., & Chen, E. Y. (2008). What does recovery from schizophrenia mean? Perceptions of long-term patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(2), 118-130. doi: 10.1177/0020764007084600
- Nguyen, T., Brooks, J., Frayne, J., Watt, F., & Fisher, J. (2015). The preconception needs of women with severe mental illness: a consecutive clinical case series. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 1-7. doi: 10.3109/0167482X
- Nicholl, D., Akhras, K. S., Diels, J., & Schadrack, J. (2010). Burden of schizophrenia in recently diagnosed patients: healthcare utilisation and cost perspective. *Current Medical Research & Opinion*, 26(4), 943-955. doi: 10.1185/03007991003658956.
- Noguchi, M. (2008). Subjective meaning of taking antipsychotic medication for patients with schizophrenia in Japan. *World Cultural Psychiatry Research Review*, 3, 191-197.
- Noiseux, S., St-Cyr, D., Corin, E., St-Hilaire, P.L., Morissette, R., Leclerc, C., (...) & Gagnier, F. (2010). The process of recovery of people with mental illness: The perspectives of patients, family members and care providers: Part 1. *Health Services Research*, 10, 161-174. doi: 10.1186/1472-6963-10-161
- Noiseux, S., Tribble, D. S.-C., Leclerc, C., Ricard, N., Corin, E., Morissette, R., & Lambert, R. (2009). Developing a model of recovery in mental health. *Health Services Research*, 9(1), 73. doi: 10.1186/1472-6963-9-73.
- Norman, R. M., Malla, A. K., McLean, T., Voruganti, L.P., Cortese, L., McIntosh, E., Cheng, S., & Rickwood, A. (2000). The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 303-309. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.102004303.x

- O'hagan, M. (2012). Recovery: is consensus possible? *World Psychiatry*, 11(3), 167-168.  
 Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3449354/pdf/wpa030167.pdf>
- Ojeda, N., Sánchez, P., Peña, J., Elizagárate, E., Yoller, A., Gutiérrez-Fraile, M., Ezcurra, J. & Napal, O. (2012). Un modelo explicativo de la calidad de vida en la esquizofrenia: el papel de la velocidad de procesamiento y los síntomas negativos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(1), 10-18. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/75/ESP/14-75-ESP-10-18-401761.pdf>
- Oliva, J., López, J., Montejo, A., Osuna, R., & Duque, B. (2009). The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *The European Journal of Health Economics*, 10(4), 361-369. doi: 10.1007/s10198-008-0135-0
- 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. doi: <http://dx.doi.org/10.2975/31.1.2007.9.22>
- Onken, S.J., Dumont, J.M., Ridgway, P., Dornan, D.H., & Ralph, R.O. (2002). Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders? A National Research Project for the Development of Recovery Facilitating System Performance Indicators. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Steven\\_Onken/publication/242469660\\_Mental\\_Health\\_Recovery\\_What\\_Helps\\_and\\_What\\_Hinders\\_A\\_National\\_Research\\_Project\\_for\\_the\\_Development\\_of\\_Recovery\\_Facilitating\\_System\\_Performance\\_Indicators\\_Phase\\_One\\_Research\\_Report\\_A\\_National\\_Study\\_of\\_/links/00b4953b5bb2ca0f000000000/Mental-Health-Recovery-What-Helps-and-What-Hinders-A-National-Research-Project-for-the-Development-of-Recovery-Facilitating-System-Performance-Indicators-Phase-One-Research-Report-A-National-Study-of.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Steven_Onken/publication/242469660_Mental_Health_Recovery_What_Helps_and_What_Hinders_A_National_Research_Project_for_the_Development_of_Recovery_Facilitating_System_Performance_Indicators_Phase_One_Research_Report_A_National_Study_of_/links/00b4953b5bb2ca0f000000000/Mental-Health-Recovery-What-Helps-and-What-Hinders-A-National-Research-Project-for-the-Development-of-Recovery-Facilitating-System-Performance-Indicators-Phase-One-Research-Report-A-National-Study-of.pdf)

- Organización Mundial de la Salud. (2001a). Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado de [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2001b). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF). Madrid: IMSERS Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/mhgap\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf)
- Organización Mundial de la salud. (2005). El contexto de la salud mental. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Maqueta\\_OMS\\_Contexto\\_Ind.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Maqueta_OMS_Contexto_Ind.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2006). WHODAS II. Disability Assessment Schedule. Recuperado de <http://www.who.int/icidh/whodas>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Fomento de la salud mental. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/policy/FOMENTOdeLaSALUDMENTAL.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/FOMENTOdeLaSALUDMENTAL.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Ortiz, M. C., Río, C. J., Rodríguez, M. D. C. P., & Robaina, N. F. (2010). Aplicabilidad de la escala de intensidad de apoyos (SIS), en población mexicana con enfermedad mental severa. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/es\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/es_19.pdf)

- Osse, B. H., Vernooij-Dassen, M. J., de Vree, B. P., Schadé, E., & Grol, R. P. (2000). Assessment of the need for palliative care as perceived by individual cancer patients and their families. *Cancer*, 88(4), 900-911. doi:10.1002/(SICI)1097-0142(20000215)88:4<900::AID-CNCR22>3.0.CO;2-2
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10(3), 799-812.
- Ozone, M., Kuroda, A., Aoki, K., Manabe, T., & Itoh, H. (2013). Sleep structure in medicated schizophrenia: A pilot study using cyclic alternating pattern method. *Sleep and Biological Rhythms*, 11(4), 278-281. doi: 10.1111/sbr.12029
- Paganizzi, L. (2004). Derechos de los enfermos mentales. La opinión de los propios usuarios. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/12/92/18/129218133510618939316252910095607922476>
- Palmese, L. B., DeGeorge, P. C., Ratliff, J. C., Srihari, V. H., Wexler, B. E., Krystal, A. D., & Tek, C. (2011). Insomnia is frequent in schizophrenia and associated with night eating and obesity. *Schizophrenia research*, 133(1), 238-243. doi: 10.1016/j.schres.2011.07.030.
- Palomer, E., Izquierdo, R., Leahy, E., Masferrer, C. & Flores, P. (2010). El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el proyecto Emilia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30 (105), 109-123. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n1/06.pdf>
- Papaioannou, D., Brazier, J., & Parry, G. (2011). How valid and responsive are generic health status measures, such as EQ-5D and SF-36, in schizophrenia? A systematic review. *Value in Health*, 14(6), 907-920. doi: 10.1016/j.jval.2011.04.006.

- Pastor, A., Blanco, A., & Navarro, D. (2010). Manual de rehabilitación del trastorno mental grave. Madrid: Editorial Síntesis. Recuperado de <http://www.sintesis.com/data/indices/9788497566766.pdf>
- Pfeiffer, B., Brusilovskiy, E., Bauer, J., & Salzer, M. S. (2014). Sensory processing, participation, and recovery in adults with serious mental illnesses. *Psychiatric rehabilitation journal*, 37(4), 289. doi: 10.1037/prj0000099
- Perry, B. L., & Wright, E. R. (2006). The sexual partnerships of people with serious mental illness. *Journal of Sex Research*, 43, 174–181. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00224490609552312>
- Peyser, H. (2001). Commentary: What Is Recovery? A Commentary. *Psychiatric Services*, 52(4), 486-487. doi: 10.1176/appi.ps.52.4.486
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., & Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 167(5), 589-595. doi: 10.1192/bjp.167.5.589
- Picardi, A., Rucci, P., de Girolamo, G., Santone, G., Borsetti, G., & Morosini, P. (2006). The quality of life of the mentally ill living in residential facilities. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(6), 372-381. doi: 10.1007/s00406-006-0647-5
- Pondé, M. P., Peireira, C. T. M., Leal, B., & Oliveira, S. C. (2009). The role of leisure in the lives of psychotic patients: A qualitative study. *Transcultural Psychiatry*, 46(2), 328-339. doi: 10.1177/1363461509105822
- Post, M. W., de Witte, L. P., & Schrijvers, A. J. (1999). Quality of life and the ICIDH: towards an integrated conceptual model for rehabilitation outcomes research. *Clinical Rehabilitation*, 13(1), 5-15. doi: 10.1191/026921599701532072



- Prentice, M., Halusic, M., & Sheldon, K. M. (2014). Integrating Theories of Psychological Needs-as-Requirements and Psychological Needs-as-Motives: A Two Process Model. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(2), 73-85. doi: 10.1111/spc3.12088
- Priebe, S., McCabe, R., Junghan, U., Kallert, T., Ruggeri, M., Slade, M., & Reininghaus, U. (2011). Association between symptoms and quality of life in patients with schizophrenia: a pooled analysis of changes over time. *Schizophrenia research*, 133(1), 17-21. doi: 10.1016/j.schres.2011.09.021
- Pukrop, R., Schlaak, V., Möller-Leimkühler, A. M., Albus, M., Czernik, A., Klosterkötter, J., & Möller, H.-J. (2003). Reliability and validity of Quality of Life assessed by the Short-Form 36 and the Modular System for Quality of Life in patients with schizophrenia and patients with depression. *Psychiatry Research*, 119(1), 63-79. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781\(03\)00110-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781(03)00110-0)
- Pyne, J., Rost, K. M., Zhang, M., Williams, D. K., Smith, J., & Fortney, J. (2003). Cost-effectiveness of a Primary Care Depression Intervention. *Journal of General Internal Medicine*, 18(6), 432-441. doi: 10.1046/j.1525-1497.2003.20611.x
- Rabinowitz, J., Berardo, C. G., Bugarski-Kirola, D., & Marder, S. (2013). Association of prominent positive and prominent negative symptoms and functional health, well-being, healthcare-related quality of life and family burden: a CATIE analysis. *Schizophrenia research*, 150(2), 339-342. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.014.
- Rasch, G. (1961). On general laws and meaning of measurement in psychology. Proceedings of the Fourth Berkeley Symposium on Mathematical Statistics and Probability, (4), 321-333. Berkeley, CA: University of California Press

- Resnick, S. G., Rosenheck, R. A., & Lehman, A. F. (2004). An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatric Services*, 55(5), 540-547. doi: 10.1176/appi.ps.55.5.540
- Ribas, A. C., & Lam, C. S. (2010). Social support and quality of life among Latinos with mental illness. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(2), 137-143. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181cc522d
- Ribé, J.M. (2014). El cuidador principal del paciente con esquizofrenia: calidad de vida, carga del cuidador, apoyo social y profesional. Tesis doctoral, Universidad Ramon LLul. Departamento de Psicología. Recuperado de <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/146134/tesis%20doctorado%20ribe.pdf?sequence=1>
- Ridgway, P.A. (2004). Recovery Enhancing Environment Measure (REEM) also known as the Developing Recovery Enhancing Environment Measure (DREEM). Recuperado de <http://northernlakescmh.org/wp-content/uploads/2008/11/ree.pdf>
- Ritsner, M. (2003). Predicting changes in domain-specific quality of life of schizophrenia patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 191(5), 287-294. doi: 10.1097/01.NMD.0000066150.38204.F6
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Campayo, J. G., & Comas. A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of affective disorders*, 119(1), 52-58. doi: 10.1016/j.jad.2009.03.014
- Rodgers, M. L., Norell, D. M., Roll, J. M., & Dyck, D. G. (2007). An overview of mental health recovery. *Primary Psychiatry*, 14(12), 76-85. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.623.9165&rep=rep1&type=pdf>

- Rodríguez-Carvajal, R., Méndez, D. D., Moreno-Jiménez, B., Abarca, A. B., & Van Dierendonck, D. (2010). Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico. *Psicothema*, 22(1), 63-70. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3697.pdf>
- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., & Corrigan, P. (2012). Confirmatory factor analysis of the brief version of the Recovery Assessment Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(10), 847-851. doi: 10.1097/NMD.0b013e31826b6d4a
- Rogers, E. S., Farkas, M., & Anthony, W. A. (2005). Recovery from Severe Mental Illnesses and Evidence-Based Practice Research. Recuperado de <https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/Preview-Recovery-from-Severe-Mental-Illnesses-Research-Evidence-and-Implications-for-Practice-Volume-2.pdf>
- Rogers, J., Holm, M., Raina, K., Dew, Amanda, M., Shih, M., (...) & Reynolds, C. (2010). Disability in late-life major depression: Patterns of self-reported task abilities, task habits, and observed task performance. *Psychiatry Research*, 178(3), 475-479. doi: 10.1016/j.psychres.2009.11.002
- Romera, H., Perez, V., & Gilaberte, I. (2013). Remisión y funcionalidad en el trastorno depresivo mayor. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(5), 263-268. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/85/ESP/15-85-ESP-263-268-536453.pdf>
- Romero, D. (2007). Actividades de la Vida Diaria. *Anales de psicología* 23(2). Recuperado de [http://www.um.es/analesps/v23/v23\\_2/13-23\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/13-23_2.pdf)
- Rosa, A. R., Bonnin, C. M., Mazzarini, L., Amann, B., Kapczinski, F. P., & Vieta, E. (2009). Clinical predictors of interpersonal functioning in patients with bipolar disorder. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(2), 83-88. doi: 10.1016/S1888-9891(09)72249-9

- Rosales, C., Torres, F., Del Castillo, L., Jiménez, J., & Martínez, G. (2002). Evaluación de necesidades de personas con enfermedad esquizofrénica. [Assessment of needs in schizophrenia patients]. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 30, 99-104.
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., & Parker, G. (1989). The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 325.
- Rosillo, M., Hernández M. & Smith S. P. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 257-271. doi: 10.4321/S0211-57352013000200003
- Royuela, A., Macias, J., Gil-Verona, J., Pastor, J., Maniega, M., Alonso, J. (...) & Boget, T. (2002). Sleep in schizophrenia: a preliminary study using the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Neurobiology of Sleep-Wakefulness Cycle*, 2(2), 37-39.
- Ryff, C. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International journal of behavioral development*, 12(1), 35-55.
- Ryff, C. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069. Recuperado de <http://aging.wisc.edu/pdfs/379.pdf>
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719. Recuperado de <http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/830.pdf>
- Ryff, C. (2013). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychother Psychosom* 2014; 83:10 – 28. doi: 10.1159/000353263

- Saarni, S. I., Viertiö, S., Perälä, J., Koskinen, S., Lönnqvist, J., & Suvisaari, J. (2010). Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 386-394. doi: 10.1192/bjp.bp.109.076489
- Saavedra, J., López, M., González, S., Arias, S., & Crawford, P. (2015). Cognitive and Social Functioning Correlates of Employment Among People with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 1-8. doi:10.1007/s10597-015-9874-4
- Sajatovic, M., & Jenkins, J. H. (2007). Is antipsychotic medication stigmatizing for people with mental illness? *International Review of psychiatry*, 19(2), 107-112. doi: 10.1080/09540260701278911
- Salize, H. J., McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., & Torres-Gonzalez, F. (2009). Cost of treatment of schizophrenia in six European countries. *Schizophrenia research*, 111(1), 70-77. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.027
- Schalock, R. & Verdugo, M. A. (2003). Quality of life for human service practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation [Traducido al castellano por M. A. Verdugo y C. Jenaro. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación salud y servicios sociales. Madrid: Alianza].
- Scheyett, A., DeLuca, J., & Morgan, C. (2013). Recovery in severe mental illnesses: A literature review of recovery measures. *Social Work Research*, 37(3), 286-303. doi: 10.1093/swr/svt018
- Schinnar, A. P., Rothbard, A. B., Kanter, R., & Jung, Y. S. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *The American Journal of Psychiatry*, 147(12), 1602-1608. doi: 10.1176/ajp.147.12.1602

- Schrank, B., & Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatria Danubina*, 19(3), 246-251. doi: 10.1192/pb.bp.106.013425
- Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A., & Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine*, 74(4), 554-564. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.008
- Schrank, B., Bird, V., Tylee, A., Coggins, T., Rashid, T., & Slade, M. (2013). Conceptualising and measuring the well-being of people with psychosis: systematic review and narrative synthesis. *Social Science & Medicine*, 92, 9-21. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.05.011
- Schueller, S. M., & Parks, A. C. (2012). Disseminating self-help: positive psychology exercises in an online trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3), e63. doi: 10.2196/jmir.1850.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
- Seeman, M. V., & Seeman, N. (2012). The meaning of antipsychotic medication to patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(5), 338-348. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.pra.0000419818.60505.95>
- Semkowska, M., Bédard, M.-A., Godbout, L., Limoge, F., & Stip, E. (2004). Assessment of executive dysfunction during activities of daily living in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 69(2), 289-300. doi: 10.1016/j.schres.2003.07.005
- Servicio de Salud Mental de los Estados Unidos (2008). Consejo Nacional de recuperación en salud mental. Recuperado de [http://www.cibhs.org/sites/main/files/file-attachments/10\\_fundamental\\_components\\_of\\_recovery.pdf](http://www.cibhs.org/sites/main/files/file-attachments/10_fundamental_components_of_recovery.pdf)

- Shanley, E., & Jubb-Shanley, M. (2007). The recovery alliance theory of mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(8), 734-743. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01179.x
- Shepherd, Boardman & Slade, (2008). Making recovery a reality. Version en español. Recuperado de [http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/42/Hacer\\_Realidad\\_la\\_Recuperaci%C3%B3n.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/42/Hacer_Realidad_la_Recuperaci%C3%B3n.pdf)
- 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. doi: 10.1016/j.cpr.2008.03.004
- Simeone, J. C., Ward, A. J., Rotella, P., Collins, J., & Windisch, R. (2015). An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990 - 2013: a systematic literature review. *BMC psychiatry*, 15(1), 1. doi: 10.1186/s12888-015-0578-7
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals*: Cambridge University Press.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10(1), 26. doi: 10.1186/1472-6963-10-26
- Slade, M., Amering, M., & Oades, L. (2008). Recovery: an international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(02), 128-137. doi: 10.1017/S1121189X00002827
- Solomon, P., & Stanhope, V. (2006). *Recovery: Expanding the Vision of Evidence-Based Practice*. doi:10.1093/brief-treatment/mhh033

- 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. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/0954026021000016978>
- Stain, H. J., Galletly, C. A., Clark, S., Wilson, J., Killen, E. A., Anthes, L., (...) & Harvey, C. (2012). Understanding the social costs of psychosis: The experience of adults affected by psychosis identified within the second Australian national survey of psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(9), 879-889. doi: 10.1177/0004867412449060.
- Suttajit, S., & Pilakanta, S. (2015). Predictors of quality of life among individuals with schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 1371. doi: 10.2147/NDT.S81024
- Taylor, C. L., Stewart, R., Ogden, J., Broadbent, M., Pasupathy, D., & Howard, L. M. (2015). The characteristics and health needs of pregnant women with schizophrenia compared with bipolar disorder and affective psychoses. *BMC Psychiatry*, 15(1), 88. doi: 10.1186/s12888-015-0451-8
- Team for the Assessment of Psychiatric Services. (1989). Basic Everyday Living Schedule (BELS).
- Teesson, M., Slade, T., & Mills, K. (2009). Comorbidity in Australia: findings of the 2007 national survey of mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(7), 606-614. doi: 10.1080/00048670902970908
- Tierney, K. R., & Kane, C. F. (2011). Promoting wellness and recovery for persons with serious mental illness: A program evaluation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(2), 77-89. doi: 10.1016/j.apnu.2010.07.006.
- Tolman, A. W., & Kurtz, M. M. (2012). Neurocognitive predictors of objective and subjective quality of life in individuals with schizophrenia: a meta-analytic investigation. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 304-315. doi: 10.1093/schbul/sbq077



- Torres, F., Rosales, C., Moreno, B., & Jiménez, J. (2000). Evaluación de las necesidades de los enfermos mentales. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona, Spain: Masson, 545-554.
- Tsang, H. W., Fong, M. W., Fung, K. M., & Corrigan, P. W. (2010). Reducing employers' stigma by supported employment. *Vocational Rehabilitation and Mental Health*. Blackwell Publishing Ltd, 51-64.
- Twamley, E. W., Jeste, D. V., & Lehman, A. F. (2003). Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of nervous and mental disease*, 191(8), 515-523. doi: 10.1097/01.nmd.0000082213.42509.69
- Uriarte, J. (2007). Psiquiatría y Rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la Atención a la Enfermedad Mental Grave. *Cuadernos Psiquiatría Común*, 7(2), 87. Recuperado de <http://www.aen.es/web/docs/Cuadernos7.2.pdf>
- Uriarte, J., Beramendi, V., Medrano, J., Wing, J., Beavor, A., & Curtis, R. (1999). Presentación de la traducción al castellano de la Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). *Psiquiatría Pública*, 11(4), 93-101. Recuperado de [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo\\_3-6\\_HONOS.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-6_HONOS.pdf)
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-9887201000030001>
- Valiente, C., Prados, J. M., Gómez, D., & Fuentenebro, F. (2012). Metacognitive beliefs and psychological well-being in paranoia and depression. *Cognitive neuropsychiatry*, 17(6), 527-543. doi: 10.1080/13546805.2012.670504

- Valiente, C., Provencio, M., Espinosa, R., Chaves, C., & Fuentenebro, F. (2011). Predictors of subjective well-being in patients with paranoid symptoms: Is insight necessarily advantageous? *Psychiatry Research*, 189, 190-194. doi:10.1016/j.psychres.2011.02.018
- Valiente, C., Vázquez, C. & Simon, P. (2010). Marco teórico de la evaluación: desde la rehabilitación psicosocial a la recuperación. *Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP)*. Recuperado de <http://www.fearp.org/revista/publicados/6/1529.pdf>
- Vázquez, C., Muñoz, M., Muñiz, E., López, B., Hernangómez, L. & Díez, M. (2000). La evaluación de resultados en el tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales crónicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 74, pp. 207-228. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/download/15693/15552>
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and individual differences*, 36(3), 629-643. doi:10.1016/S0191-8869(03)00122-3
- Van Gestel-Timmermans, H., van den Bogaard, J., Brouwers, E., Herth, K., & van Nieuwenhuizen, C. (2010). Hope as a determinant of mental health recovery: A psychometric evaluation of the Herth Hope Index-Dutch version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(Suppl 1), 67-74. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00758.x
- Vancampfort, D., Knapen, J., Probst, M., Scheewe, T., Remans, S., & De Hert, M. (2012). A systematic review of correlates of physical activity in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(5), 352-362. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01814.x

- Ventura, J., Green, M.F., Shaner, A. & Liberman, R.P. (1993). Training and quality assurance in the use of the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale: the 'drift busters.' *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3, 221–244.
- Verdugo, M., Arias, B., Gómez, L., & Schalock, R. (2009). Formulario de la Escala GENCAT de Calidad de vida. Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida. Departamento de Acción Social y Ciudadanía, Barcelona. Recuperado de <http://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatFormularioCAST.pdf>
- Verdugo, M., Schalock, R. L., Gómez, I., & Arias, B. (2007). Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: la Escala GENCAT. *Siglo Cero*, 38(224), 57-72.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., (...) & Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19, 135-150. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v19n2/revision1.pdf>
- Villalta, M. d. C. L., Jiménez, J. M., Bayón, D. N., & Ramírez, O. C. (2009). Entrenamiento en habilidades de la vida diaria en personas con Trastorno Mental Grave. Descripción de la intervención y estudio de casos. *Revista Internacional de Psicología*, 13(2).
- Waghorn, G., & Hielscher, E. (2015). The availability of evidence-based practices in supported employment for Australians with severe and persistent mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(2), 141-144. doi: 10.1111/1440-1630.12162
- Walker, E., Kestler, L., Bollini, A., & Hochman, K. M. (2004). Schizophrenia: etiology and course. *Annual Review of Psychology* 55, 401-430. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141950

- Wallcraft, J. (2012). Consumer models of recovery: can they survive operationalism? *World Psychiatry*, 11(3), 166–167. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3449361/pdf/wpa030166.pdf>
- Ware, J.& Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 30:473-83.
- Werner, S. (2012). Needs assessment of individuals with serious mental illness: Can it help in promoting recovery? *Community Mental Health Journal*, 48, 568–573. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-011-9478-6>
- Whitley, R., Strickler, D., & Drake, R. E. (2012). Recovery centers for people with severe mental illness: a survey of programs. *Community Mental Health Journal*, 48(5), 547-556. doi: 10.1007/s10597-011-9427-4
- Wilkinson, G., Hesdon, B., Wild, D., Cookson, R., Farina, C., Sharma, V., & Jenkinson, C. (2000). Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *The British Journal of Psychiatry*, 177(1), 42-46. doi: 10.1192/bjp.177.1.42
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., & Faravelli, C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.
- World Health Organization. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- World Health Organization. (2001). Atlas of mental health resources in the world 2001. Recuperado de [Http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66910/1/WHO\\_NMH\\_MSD\\_MDP\\_01.1.pdf](Http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66910/1/WHO_NMH_MSD_MDP_01.1.pdf)

- World Health Organization. (2005a). Mental health declaration for Europe: Facing the challenges, building solutions. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark. Recuperado de [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96452/E87301.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf)
- World Health Organization. (2005b). Mental health, policy, plans and programmes. Recuperado de [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ops\\_c\\_est13.pdf.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ops_c_est13.pdf.pdf)
- World Health Organization. (2006). World Mental Health Day 2006: 'Building Awareness - Reducing Risks: Suicide and Mental Illness'. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr53/en/index.html>
- World Health Organization. (2012). QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. World Health Organization, Geneva. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70927/3/9789241548410\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70927/3/9789241548410_eng.pdf)
- World Health Organization. (2013). Comprehensive mental health action plan 2013-2020. Geneva: Sixty-sixth World Health Assembly. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1)
- Yanos, P., & Moos, R. (2007). Determinants of functioning and well-being among individuals with schizophrenia: an integrated model. *Clinical psychology review*, 27(1), 58-77. doi: 10.1016/j.cpr.2005.12.008
- Yatham, L. N., Lecrubier, Y., Fieve, R. R., Davis, K. H., Harris, S. D., & Krishnan, A. A. (2004). Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar disorders*, 6(5), 379-385. doi: 10.1111/j.1399-5618.2004.00134.x

- Yilmaz, M. (2009). Social processes of participation in everyday life among persons with schizophrenia. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4:4, 267-279. doi:<http://dx.doi.org/10.3109/17482620903113112>
- Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric rehabilitation journal*, 22(3), 219. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0095240>
- Zimmerman, M., Posternak, M. A., & Chelminski, I. (2004). Derivation of a definition of remission on the Montgomery-Asberg depression rating scale corresponding to the definition of remission on the Hamilton rating scale for depression. *Journal of Psychiatric Research*, 38(6):577-82. doi: 10.1016/j.jpsychires.2004.03.007
- Zúñiga, A., Navarro, J., Lago, P., Olivas, F., Muray, E., & Crespo, M. (2013). Evaluación de necesidades en pacientes psiquiátricos graves. Un estudio comunitario. *Revista Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(2). Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/82/ESP/15-82-ESP-115-121-811393.pdf>

# ANEXO







## ANEXOS

### ANEXO1. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICO.

#### Comité Ético de Investigación Clínica

Área de Salud de Zamora

---

#### DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Don Luis M<sup>a</sup> Álvarez Gallego, Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud de Zamora

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la tesis doctoral de Dña. LETICIA OCAÑA EXPOSITO, que se va a realizar en el Instituto Ibérico de Investigación en Psicociencias titulada:

FUNCIONAMIENTO, CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y RECUPERACIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PROLONGADA DE CASTILLA Y LEÓN

Dña. Cristina Caballo Escribano y D. Manuel Franco, en calidad de Investigadores Principales.

y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

El procedimiento para obtener el consentimiento informado, y el plan de reclutamiento de sujetos previstos son adecuados

Por tanto este comité acepta la realización de dicho estudio.

Lo que firmo en Zamora 29 de enero de 2014

Firmado:  
Don Luis M<sup>a</sup> Álvarez Gallego



---

Secretaría Hospital Provincial  
C/ Hernán Cortés, nº 40- 49021- Zamora  
Teléfono: 980 548572- Fax nº: 980517305  
E-mail: [psq.hvcn@saludcastillayleon.es](mailto:psq.hvcn@saludcastillayleon.es)

