



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

ED-UMA
Escuela de Doctorado
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

S FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad de Málaga

ESCUELA DE DOCTORADO DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**Validación de la versión española del cuestionario de recuperación I.ROC en
pacientes con Trastorno Mental Severo.**

TESIS DOCTORAL POR COMPENDIO DE PUBLICACIONES

AÑO 2025

DOCTORANDO/A:

JOSÉ ANTONIO GARRIDO CERVERA

DIRECTOR/A:

DR. ANTONIO I. CUESTA-VARGAS

TUTOR/A: DR. JESÚS MIRANDA PÁEZ





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: José Antonio Garrido Cervera

 <http://orcid.org/0000-0001-7207-3194>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR

D./D^a: José Antonio Garrido Cervera

Estudiante del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga, y autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de doctor/a por la Universidad de Málaga, titulada: Validación de la versión española del cuestionario de recuperación I.ROC en pacientes con Trastorno Mental Severo.

Realizada bajo la tutorización de Dr. D. Jesús Miranda Páez y la dirección de director/a Dr. D. Antonio Ignacio Cuesta Vargas.

DECLARO QUE:

La tesis presentada es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual, ni los derechos de propiedad industrial u otros, conforme al ordenamiento jurídico vigente (Real Decreto Legislativo 1/1996 de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), modificado por la Ley 2/2019 de 1 de marzo.

Igualmente, asumo ante la Universidad de Málaga y ante cualquier otra instancia, la responsabilidad que pudiera derivarse en caso de plagio de contenidos en la tesis presentada, conforme al ordenamiento jurídico vigente.

En Málaga, a 20 de Febrero de 2025

D./D^a: Antonio Ignacio Vargas Cuesta

Como director/a de la tesis doctoral titulada: Validación de la versión española del cuestionario de recuperación I.ROC en pacientes con Trastorno Mental Severo.

Presentada para su admisión a trámite por D./D^a: José Antonio Garrido Cervera.

CERTIFICA

Que dicho trabajo ha sido realizado bajo su dirección y consideran que reúne los requisitos y calidad científica necesaria para ser defendido y juzgado por el tribunal de tesis correspondiente, a fin de optar al Grado de Doctor/a por la Universidad de Málaga.

Y para que conste a los efectos oportunos, en cumplimiento de las disposiciones vigentes,

Expide y firma el presente certificado en Málaga a 20 de Febrero 2025

D./D^a: Jesús Miranda Páez

Como tutor/a de la tesis doctoral titulada: Validación de la versión española del cuestionario de recuperación I.ROC en pacientes con Trastorno Mental Severo.

Presentada para su admisión a trámite por D./D^a: José Antonio Garrido Cervera.

CERTIFICA

Que dicho trabajo ha sido realizado bajo su tutorización y consideran que reúne los requisitos y calidad científica necesaria para ser defendido y juzgado por el tribunal de tesis correspondiente, a fin de optar al Grado de Doctor/a por la Universidad de Málaga.

Y para que conste a los efectos oportunos, en cumplimiento de las disposiciones vigentes,

Expide y firma el presente certificado en Málaga a 20 de Febrero 2025

Fdo.:

Dr.

INFORME DE LA DIRECCIÓN SOBRE LAS PUBLICACIONES QUE AVALAN LA TESIS

D./D^a: Antonio Ignacio Vargas Cuesta

Como director/a de la tesis: Validación de la versión española del cuestionario de recuperación I.ROC en pacientes con Trastorno Mental Severo.

Presentada por D./D^a: José Antonio Garrido Cervera

INFORMA

- Que dichas publicaciones han sido presentadas, publicadas o aceptadas para su publicación, muestra o reproducción con posterioridad a la fecha de matrícula del doctorando/a en el Programa de Doctorado.
- Que en ellas consta la Universidad de Málaga, a través de la afiliación de sus directores y el/la doctorando/a.
- Que el/la doctorando/a consta como primer/a o segundo/a autor/a de todas ellas¹.
- Que dichas publicaciones NO han sido utilizadas en tesis anteriores.

Lo que firma a los efectos oportunos, en Málaga a

¹ Según el art. 19 del Reglamento de Doctorado de la Universidad de Málaga, sólo en casos realmente excepcionales, la Comisión Académica del Programa de Doctorado podrá autorizar que en una contribución que avale una tesis, el doctorando figure en una posición posterior a la segunda, o que la contribución se haya producido en un periodo de investigación previo a la matrícula del doctorando en el Programa, a la vista de las justificaciones presentadas y con el visto bueno de la Comisión de Posgrado.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera manifestar mi más sincero agradecimiento a mi director de tesis, **el Dr. D. Antonio Ignacio Cuesta-Vargas** por su experiencia, paciencia y predisposición en todos los momentos de esta ardua tarea que es la tesis doctoral. Sin duda, me has dado la oportunidad de crecer profesional y personalmente. Gracias Antonio, sin ti, esto no hubiera sido posible.

A mi compañero y amigo, **Dr. D. Antonio José Sánchez Guarnido** por ser mi referente y guía en diferentes momentos de mi desarrollo profesional e investigador. Profundamente agradecido por la confianza, apoyo y dedicación tanto en esta investigación como en el plano profesional. Espero poder seguir aprendiendo y construyendo conocimiento juntos.

A **Evelyn Huizing y Pablo Garcia-Cubillana de la Cruz**, Gracias por vuestro tiempo, cariño y vuestra generosidad. Sin vosotros dos esta investigación no hubiera sido posible.

Gracias a todas y todos los usuarios que han participado y colaborado desinteresadamente en esta investigación, al igual que todos los profesionales del Sistema Andaluz de Salud pertenecientes a las diferentes Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de Andalucía.

A mis padres (**Antonio y Ana**), por ser un pilar fundamental en mi vida y a todas las personas que constituyen mi mundo.

A mi mujer, **Cristina**, tú amor y cuidado han sido el mejor impulso en esta etapa de mi vida. Gracias por tu comprensión infinita, paciencia sin límites y cariño.

Y por supuesto, quiero dar las Gracias a mi hija **Ana**, por dar sentido a mi vida.

ÍNDICE

Marco Teórico

Capítulo I: Conceptualización salud mental

1.1. Introducción a la salud mental.....	13
1.2. Trastorno Mental Severo	14
1.3 Trastorno Mental en Andalucía	17

Capítulo II: La noción de la recuperación en el contexto de la salud mental

2.1 Introducción a la recuperación en salud mental... ..	20
2.2 Marco conceptual de la recuperación en salud mental... ..	26
2.3 Modelos y programas aplicados en la recuperación... ..	33
2.4 Autores más relevantes de la recuperación en salud mental.....	37
2.5 Empoderamiento y recuperación en salud mental.....	41
2.6 Evaluación de resultados orientados a la recuperación en salud mental	42

Capítulo III: Objetivos.....59

Marco Empírico

Capítulo IV: Publicaciones que sustentan la tesis 60

Capítulo V: Resultados 155

Capítulo VI: Discusión157

Capítulo VII: Conclusiones..... 161

Capítulo VIII: Habilidades Adquiridas/competencias 163

Referencias bibliográficas..... 166

Anexos.....179

ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AACP-ROSE: American Association of Community Psychiatrists Recovery Oriented Services Evaluation.

AHS: The Adult Trait Hope Scale.

ARAS: Agreement with Recovery Attitudes Scale.

ARC: Assessment of Recovery Capital.

BASIS: The behavior and Symptom Identification Scale.

BRQ: Bipolar Recovery Questionnaire.

CEO-CRM: Consumer Evaluation of the Collaborative Recovery Model.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

CHHS: Crisis Hotel Healing Scale.

CRM: Consumer Recovery Model Mental health Center of Denver.

CRMF: Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

CROS: Consumer Recovery Outcomes System.

EDREQ: Eating Disorders Recovery Endorsement Questionnaire.

EFRS: Elements of a Recovery Facilitating System.

HAO: Hope, agency and opportunity.

HHI: Herth Hope Index.

I.ROC: The Individual Recovery Outcomes Counter.

IMR: Illness Management and Recovery.

ISOS: Integration/SealinOver Scale.

LORS: Levels of recovery scale.

MARS: Maryland Assessment of Recovery.

MES: Modified Engulf- ment Scale.

MHI: Mental Health Inventory.

MHRM: Mental Health Recovery Measure.

MHRS: Mental Health Recovery Star.

MHSQ: The Mental Health Self-Management Questionnaire.

MORS: Milestones of Recovery Scale.

MRCRC: Magellan Recovery Culture Report Card.

MRPM: Multi-Phase Recovery Measure.

NEL: Netherlands Empowerment List.

NIMH: Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos.

NRSS: Narrative Recovery Style Scale.

OMS: Organización Mundial Salud.

OMHCOS: Ohio Mental Health Consumer Outcomes system.

PISMA: Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.

POP: Peer Outcomes Protocol.

PORSAT: Pillars of recovery service audit Tool.

PORT-SCALE: Schizophrenia Patient Outcomes Research Team-Scale.

PREM: Experiencia Reportada por el Paciente

PRI: Psychosis Recovery Inventory.

PROM: Resultados Reportados por el Paciente

PVQR: Personal Vision of Recovery Questionnaire.

QPR: Process of Recovery.

RANZCP: Colegio Real de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda.

RAFRS: Relationships and Activities that Facilitate Recovery Survey.

RAQ: Recovery Attitudes Questionnaire.

RAS: Recovery Assessment Scale.

RBPI: Recovery Based Program Inventory.

REAQ-PV: Recovery Elements Assessment Questionnaire–Patient Version.

REE: Recovery Enhancing Environment Measure.

RI: Rochester Recovery Interview.

RIQ: Recovery Interventions Questionnaire.

RMI: Recovery Markers Inventory.

RMQ: Recovery Markers Questionnaire.

RMT: Recovery Measurement Tool.

RO: Recovery Orientation.

ROPI: Recovery Oriented Practices Index.

ROSA: Recovery Oriented Services Assessment.

ROSI: Recovery Oriented Systems Indicators Measure.

RPFS: Recovery Promotion Fidelity Scale.
RPI: Recovery Process Inventory.
RSA-R: Recovery Self-Assement.
RSQ: Recovery style questionnaire.
SAPT: Implementing Recovery Oriented Services.
SCORS: Self-Assessed Consumer Recovery Outcome.
SEPS: Subjective Experiences of Psychosis Scale.
SeRvE-scale: Service-user Recovery Evaluation.
SISR: Self-Identified Stage of Recovery.
SORS: Stages of Recovery Scale.
SRI: Scottish Recovery Indicator.
STORI: Stages of Recovery Instrument.
SubRAS: Subjective Recovery Assessment Scale.
TMG: Trastorno Mental Grave.
TMS: Trastorno Mental Severo.
URS: Utah Recovery Scale.

Capítulo I: Marco Teórico

1.1 Introducción

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental hace referencia a más condicionantes que la mera ausencia de trastornos mentales. La salud mental es una prioridad mundial, ya que es un problema universal que afecta a personas de todos los países y etnias sin distinción. La salud mental incluye conceptos como la autonomía, la competencia, el bienestar subjetivo y el reconocimiento de habilidad (Charlson et al., 2019).

En la actualidad, las enfermedades mentales representan el 40% de las enfermedades crónicas y constituyen la principal causa de años de vida con discapacidad. De acuerdo con las estadísticas, se prevé que una de cuatro personas sufrirá un trastorno mental a lo largo de su vida (World Mental Health Report. 2022).

A nivel mundial, en 2019 las estimaciones expresan que 1 de cada 8 personas (equivale a 970 millones de personas), sufrían un trastorno mental, que en 2020 aumentaron exponencialmente como consecuencia de la pandemia del COVID-19. Las patologías más comunes son la ansiedad y los trastornos depresivos, seguidos del trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos del comportamiento alimentario y trastorno del comportamiento disruptivo y disocial (Miguel-García, F., Calvo-Reyes, M. C., & Rodríguez-Cobo, I. 2021).

A nivel europeo, aproximadamente 165 millones sufren algún tipo de trastorno mental como depresión, ansiedad, depresión mayor, etc.. se estima que alrededor del 38,2% de la población padece un trastorno mental. Todos estos datos contribuyen en un 26,6% del total de las causas de discapacidad (Miguel-García, F., Calvo-Reyes, M. C., & Rodríguez-Cobo, I. 2021).

Si consideramos la última Encuesta Europea de Salud en España (EESA) del año 2020, nos indica que los principales hallazgos son: problemas de salud mental impactan al 19% de la

población, alrededor de 3 millones de personas (cerca del 6,7% de la población) experimentan ansiedad y un 4,1% sufre depresión (Ministerio de Sanidad, 2020).

El aumento del reconocimiento sobre la relevancia de la salud mental, está impulsando esfuerzos a nivel mundial, europeo y nacional para mejorar los sistemas de apoyo y tratamiento.

1.2 Trastornos Mentales Severos.

Dependiendo de la organización podemos encontrar diferentes definiciones como son:

Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH): define al Trastorno Mental Severo (TMS) como aquella persona que tiene problemas mentales, conductuales y/o emocionales que causan un deterioro funcional grave, obstaculizando o limitando significativamente una o varias actividades de la vida cotidiana (National Institute of Mental Health (NIMH), 2022).

OMS: define al TMS, como aquel termino que engloba una amplia gama de problemas con diversas sintomatologías. Caracterizando fundamentalmente por una combinación de pensamientos, emociones y conductas anormales, así como conflicto en las relaciones interpersonales que causan un deterioro significativo y mantenido en el tiempo (Uribe, 1996).

El TMS es definido por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, 2003), el cual posee amplio consenso en el ámbito científico, se refiere a los trastornos mentales de larga duración que implican un grado variable de discapacidad y disfunción social.

El concepto de trastorno mental grave engloba diferentes diagnósticos que aparecen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mental (DSM-5-TR) (American Psychiatric Association, 2024) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (CIE-11, 2022).

En referencia a la prevalencia mundial del Trastorno Mental Grave, se estima que entre el 1 y 2% de la población mundial padece un trastorno mental grave, lo cual incluye principalmente a enfermedades como la psicosis, esquizofrenia, trastorno bipolar y ciertos casos de depresión mayor o trastornos de la personalidad (Miguel-García, F., Calvo-Reyes, M. C., & Rodríguez-Cobo, I. 2021).

A nivel de incidencia por categorías del Trastorno Mental Grave, la esquizofrenia afecta al 0.3-0.7% de la población mundial. El trastorno bipolar, tiene una prevalencia aproximada entre el 1 y 2%. La depresión afecta a un número significativo de personas, aunque no toda se considera trastorno mental grave (Miguel-García, F., Calvo-Reyes, M. C., & Rodríguez-Cobo, I. 2021).

El concepto de Trastorno Mental Grave incluye: atendiendo a los criterios diagnósticos, duración y presencia de discapacidad, las características diagnósticas de la CIE-10, corresponde los siguientes diagnósticos: Una sintomatología referida anteriormente que incluye los diagnósticos CIE-10-ES (eCIE-Maps - CIE-10-ES Diagnósticos, 2018):

- F20: Esquizofrenia.
- F21: Trastorno esquizotípico.
- F22: Trastornos delirantes.
- F23: Trastorno psicótico breve.
- F24: Trastorno Psicótico compartido.
- F25: Trastornos Esquizoafectivos.
- F28: Otros trastornos psicóticos.
- F29: Psicosis no especificada.
- F30: Episodio maniaco.
F30.13 y F30.2
- F31: Trastorno Bipolar.
- F32: Trastorno depresivo mayor.
F32.2 y F32.3
- F33: Trastorno depresivo mayor recurrente.
- F60: Trastorno de la personalidad.

F60.0, F60.1 y F60.3).

1. El requisito de un abordaje interdisciplinar, intersectorial y continuado.
2. La preparación para una evolución prolongada en el tiempo

1.3. Los trastornos mentales en Andalucía

Antes de la reforma psiquiátrica, de la atención a la salud mental, se caracterizaba por ser lugares institucionalizados, con predominio de los hospitales psiquiátricos, cuyas condiciones eran precarias y con falta de un enfoque rehabilitador. En el que predominaba el enfoque médico y un fuerte estigma sobre las personas con problemas de salud mental.

Con la creación de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (CRMF) en 1983 marco un punto de inflexión. Entre los objetivos más destacables de esta reforma podemos incluir: Integración en la red sanitaria general, en la que se integraron los servicios de salud mental. Creación y desarrollo de los recursos de comunitarios. Enfoque biopsicosocial y Humanización de la atención.

A través de la CRMF, Andalucía recibe las competencias en salud que le han sido transferidas en el año 1984, año en el que se estableció el Instituto Andaluz de la Salud Mental (IASAM) por la Ley 9/1984, marcando el inicio de la reforma psiquiátrica de Andalucía.

A partir de la reforma, con la creación del Servicio Andaluz de Salud en 1986, se constituye las unidades de salud mental como eje vertebral de la atención en salud mental. En años posteriores, se aprobó el I Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA) denominada PISMA I 2003-2007, constituyó un marco de referencia fundamental para la mejora continua de la atención a la salud mental en la comunidad de Andalucía. Sus principales objetivos fueron promoción de la salud mental, atención especializada, atención comunitaria e investigación y formación. Tras la evaluación de resultados del IPISMA I, se elabora y ejecuta el II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía denominado PISMA II 2008-2012, este representa una continuación y profundización de las estrategias establecida en su predecesor y se centró en la

atención centrada en la persona, rehabilitación psicosocial, prevención, atención a grupos vulnerables y formación y desarrollo profesional. De nuevo tras la evaluación del PISMA II, se desarrolla e implementa el III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, denominado PISMA III (2016-2020), que represento un nuevo hito en la evolución de la atención a la salud mental, cuyas líneas estrategias son 5 que son: promoción y prevención; detección, atención y recuperación; derechos humanos y participación; gestión de recursos y sistemas de información; gestión del conocimiento, investigación y evaluación.

En referencia a la organización, composición y funciones de los servicios de salud mental se estableció mediante el decreto 338/1988 del 20 de diciembre, la ordenación de los servicios de atención en salud mental. Posteriormente se publicó el decreto 77/2008 de 4 de marzo, representa un marco fundamental en la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental en Andalucía.

En este decreto se estable que son las Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental (UGCSM), como la estructura organizativa responsable de la atención especializada a la salud mental. Y la representación organizativa tanto de dispositivos de salud mental como de los profesionales que la componen.

Los dispositivos asistenciales relacionados con la salud mental son los siguientes:

- Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC): es el componente fundamental de atención especializada y está determinada por la población que tenga asignada el área poblacional. Entre sus responsabilidades se encuentra ser el punto de coordinación con el resto de los dispositivos de la red de salud mental y/o sanitaria y social.
- Unidad de Hospitalización de salud Mental (UHGS): es una instalación diseñada para atender las necesidades de hospitalización en su área hospitalaria. Entre sus responsabilidades se incluye ofrecer atención especializada, en régimen completo y con estancia breve.

- Unidad de salud mental infanto-juvenil (USMIJ): es una entidad a la atención de la población infanto-juvenil de la zona de referencia. Entre sus tareas se encuentra ofrecer una atención especializada a la salud mental en régimen completo o parcial procedente de las unidades de salud mental comunitaria.
- Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URHSM): cuya finalidad es la recuperación de las habilidades y la integración social, en régimen ambulatorio, para personas con trastorno mental grave.
- Hospital de Día de Salud Mental (HDSM): dispositivo de régimen parcial que se configura como recurso intermedio entre la USMC y UHGSM.

Desde la aparición de este decreto en el año 2008, se han ido desarrollando y generando nuevos programas y dispositivos dentro de la red de salud mental de Andalucía como son las Unidad de Trastorno de Conducta Alimentaria (UTCA), que atiende en tratamiento intensivo tanto en régimen de consultas externas, hospitalización parcial y completa. Equipo de tratamiento asertivo comunitario (ETIC), dirigido a personas con trastornos mentales de larga evolución y con escasa o nula adherencia a su proceso de recuperación, así como aquellas personas con trastorno mental grave vivan en contextos desfavorables y personas afectadas por primeros episodios psicóticos.

Los profesionales que conforman los equipos de salud mental son: Psiquiatras, Psicólogos clínicos, Enfermeras especialistas en salud mental, Enfermeras, Terapeutas Ocupacionales, Técnicos Auxiliares de Enfermería, Trabajadores sociales, Monitor Ocupacional y otro personal estatuario de gestión y servicios.

Para determinar la prevalencia de los trastornos mentales de Andalucía, se realizó en 2013 un estudio epidemiológico de tipo transversal, el PISMA-ep (Protocolo y metodología del estudio epidemiológico de tipo transversal). En este estudio se llevó a cabo una cohorte de 4507 participantes y una tasa de respuesta del 74% (Cervilla et al., 2016).

Atendiendo a lo datos extraídos del estudio epidemiológico realizado en Andalucía (proyecto PISMA-ep), que se recogen en la tabla 1. Estos datos están en consonancia con otros estudios de ámbito nacional y europeo. Podemos destacar que casi 15 de cada 100 andaluces cumple criterios de algún trastorno mental en el momento del estudio.

Tabla 1 – Prevalencia punto estimada de trastornos mentales en Andalucía. Extraído y adaptado de La Salud Mental en Andalucía 2008-2011 (PISMA II., 2008) y estudio PISMA-ep (Cervilla et al., 2016).

Prevalencia punto estimada de trastornos mentales. Estudio PISMA-ep. Andalucía

Trastorno	Prevalencia	Casos
Cualquier trastorno mental	14,8	666
Trastorno de la personalidad	10,8	487
Episodio depresivo	6,4	289
Episodio depresivo recurrente	4,8	215
Depresión melancólica (DSM-IV)	3,0	136
Dependencia alcohol	2,8	127
Trastorno psicótico (Vida)	2,8	127
Trastorno límite de la personalidad	2,5	114
Dependencia a otros tóxicos	2,2	99
Trastorno de ansiedad generalizada	2,2	91
Trastorno de angustia	2,0	88
Trastorno psicótico (Punto)	1,6	73
Trastorno de estrés postraumático	1,2	54
Trastorno obsesivo-compulsivo	1,0	47
Trastorno distímico	0,9	39
Agorafobia	0,6	26
Trastorno déficit atención/hiperactividad (Adulto)	0,4	19
Episodio maníaco	0,2	9

Fuente: Estudio PISMA-ep

Capítulo II: La noción de la recuperación en el contexto de la salud mental.

2.1. Introducción a la recuperación en salud mental

El término recuperación es cada vez más utilizado para describir las experiencias de personas que afrontan las consecuencias de sufrimiento psíquico gestionan con éxito las barreas ambientales, desarrollo objetivos propios y consiguiendo resultados que dan significado a la propia vida (Anthony, 1993; Davidson, 2005; Deegan, 1996; Farkas, 2007; Ralph, 2000; Slade et al., 2012).

El concepto de recuperación se originó en la década de 1970 como un movimiento social destinado a mejorar los derechos humanos y la inclusión comunitaria de las personas afectadas por enfermedades mentales. Desde 1998, los gobiernos, a nivel internacional, han adoptado políticas orientadas a la recuperación para la prestación de servicios de salud mental. Las descripciones de la recuperación varían, con diferentes énfasis en el bienestar físico, social, emocional y espiritual, por ejemplo. Si bien reconoce estas diferencias, el Colegio Real de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda (RANZCP), reconoce que el paradigma de recuperación se aplica a todas las personas afectadas por enfermedades mentales, incluidas las que son trastorno mental severo (*Recovery and the Psychiatrist*, 2016).

“La recuperación es un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir la una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la trastorno mental ...” (Anthony, 1993).

La descripción más comúnmente citada es de la conferencia seminal de 1996 de Deegan sobre el tema:

La recuperación no se refiere a un producto final ni a un resultado. No significa que uno esté "curado". De hecho, la recuperación está marcada por una aceptación cada vez más profunda de nuestras limitaciones. Pero ahora, en lugar de ser una ocasión para la desesperación, nos encontramos con que nuestras limitaciones personales son la base de la que surgen nuestras propias posibilidades únicas. Ésta es la paradoja de la recuperación, es decir, que al aceptar lo que no podemos hacer o ser, comenzamos a descubrir quiénes podemos ser y qué podemos hacer. Por tanto, la recuperación es un proceso (Deegan, 1996).

En un esfuerzo por conciliar las perspectivas, Liberman y Kopelowicz (2005), definen la recuperación como “un resultado del proceso de recuperación”. Es una definición que, desde el punto de vista del usuario, considera que la recuperación es un proceso y no simplemente un resultado (Liberman & Kopelowicz, 2004).

En este sentido, Andresen et al (2003), señalan los componentes del proceso de recuperación:

1. Encontrar esperanza y mantenerla. Fomentar la autoconfianza, desarrollar un sentido de identidad y mantener una actitud optimista hacia el futuro.
2. Re-establecimiento de una identidad positiva. Explorar una nueva identidad que reconozca la patología, pero que al mismo tiempo preserve una visión favorable de uno mismo.
3. Construir una vida con sentido. Descubrir un sentido en la existencia a pesar de la enfermedad, centrándose en lo que se puede vivir.
4. Asumir responsabilidad y control. Tener la sensación de que la enfermedad está siendo manejada y que se tiene dominio sobre ella.

National Institute from mental Health, 2004:

- a) Dependencia/Ignorante (Esperanza). Durante esta etapa, las personas suelen desconocer su dependencia y no son consciente de sus propias necesidades.

- b) Dependencia/Consciente. (Empoderamiento) Confían en otros pero no son conscientes de su estado y necesidades.
- c) Independencia/Consciente. (Autorresponsabilidad) Confían en sí mismo y son conscientes de su estado y necesidades.
- d) Interdependiente/Consciente. (Papel significativo en la sociedad). Confían en sí mismos y en los demás en un intercambio mutuo de apoyos, servicios y recursos.

Según el testimonio recogido de Marianne Farkas (Farkas, 2007), señala diferentes momentos dentro del proceso de recuperación:

1ª Fase: Abrumado por la discapacidad: En un primer momento la persona diagnosticada de trastorno mental grave, se siente superada por la discapacidad. Esta fase puede durar meses o años. La persona lucha por entender y controlar lo que le está ocurriendo. Se siente confusa y desconectada de sí misma y de los demás. En esta fase la persona pierde la confianza en sí mismo y teme verse desbordada por experiencias externas o internas. En este momento hay que tratar de ayudarle a reducir el estrés, a buscar la estabilidad por un lado, y por otro averiguar cuándo está lista para empezar a pensar en el futuro.

2ª Fase: Lucha con la discapacidad: Cuando la persona empieza a entender lo que le está pasando y a luchar con la discapacidad, automáticamente comienzan a generarse fórmulas para enfrentarse a ella y así alcanzar una vida más satisfactoria, aunque la discapacidad sigue estando muy presente y de forma persistente. Hay un gran temor al fracaso y la persona teme enfrentarse a situaciones nuevas, por miedo a perder la estabilidad que aún es débil. Si la persona aún no tiene la confianza suficiente para manejar sus síntomas, seguramente tendrá miedo a caminar hacia el futuro. Esta fase puede durar años. En este sentido habrá que apoyar en la participación por primera vez o en volver a retomar aquel rol significativo dentro de la comunidad, y explorar las implicaciones de la enfermedad. Para ello hemos de crear motivación, esperanza y confianza en su recuperación.

3ª Fase: Vivir con la discapacidad: La persona sigue viviendo con la discapacidad, pero de diferente manera, la acepta y vive con ella. Intenta vivir su vida sin que su discapacidad se

convierta en una pesadilla. Las acciones tienen que estar orientadas a seguir apoyándole en ese rol que consiguió en la anterior fase de asimilación y aceptación de la propia discapacidad y a adquirir otros roles secundarios que también son significativos para la persona. Ejemplo: Rol como madre, abuela, como miembro de una asociación etc.

4ª Fase: Vivir más allá de la discapacidad: Vivir más allá de la discapacidad, es ya no pensar a diario en ella. Ya no dices “soy una persona esquizofrénica”, sino que me siento persona y “soy profesora, soy madre...” y... “cuando vivo más allá de la discapacidad, los roles de mi vida son lo más importantes y ahí es donde consigo mi bienestar. La discapacidad puede seguir ahí, pero la atención que le dedico es mucho menor”. Hay que tratar de ayudarles en sus diferentes roles, fortalecer esos sentimientos en los que la persona se siente conectada consigo mismo y con los demás y seguir apoyándole en el desarrollo de dar un sentido positivo y esperanzador a la vida.

Servicios orientados a la recuperación incluye 4 claves. (Farkas, Gagne, Anthony & Chambeli, 2005)

- Orientación a la persona: El Servicio se centra ante todo en la persona como individuo con puntos fuertes, talentos, intereses, así como limitaciones, en lugar de centrarse en la persona como un "caso", que presenta indicadores de enfermedad.
- Participación de la persona El servicio se centra en el derecho de las personas a participar plenamente en todas las fases del proyecto. aspectos de su recuperación, incluida la colaboración en el diseño, planificación, ejecución y evaluación del servicio que apoya su recuperación.
- Autodeterminación/elección El servicio se centra en el derecho de las personas a tomar decisiones individuales o elecciones sobre todos los aspectos de su propio proceso de recuperación, incluidas áreas como los objetivos y resultados deseados, los servicios preferidos utilizados para lograr los resultados, los momentos preferidos para comprometerse o desvincularse de los servicios.

- **Potencial de crecimiento** El servicio se centra en la capacidad inherente de cualquier individuo para recuperarse, independientemente de si en ese momento está abrumado por la discapacidad, luchando, viviendo con ella o viviendo más allá de ella.

El concepto de recuperación se refiere a un proceso personal e idiosincrático frente a la visión tradicional centrada en el resultado. Es decir, la recuperación no es igual para todas, sino que cada persona debe encontrar lo que le funciona. Además, las necesidades pueden variar según el momento vital y, como profesionales, debemos saber adaptarnos a eso.

Slade & Longden (2015), describen de manera detallada los componentes que puede ser defendidos científicamente, relevantes y útiles en el ámbito de la recuperación en salud mental:

1. El evaluador de la recuperación debe ser el individuo que vive la situación. Es fundamental la evaluación de la persona afectada parara el proceso de recuperación. En este contexto, los valores y gustos del individuo en relación con el tratamiento.

2. Muchas personas que enfrenta dificultades de salud mental consiguen recuperarse. Es esencial aceptar que se puede vivir adecuadamente con las experiencias de enfermedad y mas allá de la mera condición de enfermedad. Esto demanda un esfuerzo personal así como el apoyo de los demás.

3. Si una persona ya no satisface los requisitos para un trastorno mental, no se le considera como enfermo. La habilidad para recuperarse y afrontar las dificultades de la vida se potencia al construir una identidad enriquecida como individuo en proceso de recuperación en vez de una identidad limitada como paciente.

4. El diagnostico no siempre posee un sólido fundamento. El diagnostico puede ser provechoso para ciertos individuos, pero no necesariamente para todos. Es crucial utilizarlo solo si es beneficioso, no obstante, adoptar una visión distinta de las vivencias, como interpretarlas como reacción al trauma en vez de enfermedades, está avalado por la ciencia y puede representar un cambio importante en el proceso de recuperación para ciertas personas.

5. El tratamiento es únicamente una de las numerosas rutas hacia la recuperación. Resulta lógico prever una serie de intervenciones farmacológicas, psicológicas y sociales que estén accesibles y se brinden de forma competente en los países desarrollados. Sin embargo, existen personas que descubren otras formas de progresar en sus vidas.

6. Algunas personas eligen no acceder a los servicios de salud mental. Existen diversas razones por las cuales las personas no deciden no utilizar los servicios de salud mental. Mientras que algunas pueden beneficiarse de estos recursos, otras logran llevar una vida plena sin necesidad de ellos.

7. La salud mental puede tener un impacto significativo. La recuperación no implica necesariamente volver a la vida anterior, ya que ninguno de nosotros puede retroceder en el tiempo. Sin embargo, muchas personas reconocen que las experiencias de mala salud mental pueden traer consigo beneficios inesperados, desafiando así la narrativa predominante que tiene a enfocarse en resultados negativos.

Las prácticas enfocadas en la recuperación se caracterizan por abarcar cuatro aspectos esenciales

(Le Boutillier et al., 2011):

- a) Fomento de la ciudadanía (respetando los derechos, promoviendo la inclusión social y ofreciendo ocupaciones significativas).
- b) Compromiso institucional (priorizando las necesidades de las personas sobre la de los servicios).
- c) Apoyo a la recuperación individualizada (decisiones informadas, enfoque integral, énfasis en las fortalezas).
- d) Relaciones terapéuticas que impulsan la colaboración y generan esperanza (apoyo entre pares, decisiones conjuntas, entre otros).

2.2 Marco conceptual de la recuperación

Nuestro objetivo en esta investigación fue crear un marco conceptual que respondiera a nuestra pregunta de investigación: ¿Cuál es el rango de impactos experimentados al implementar innovaciones de recuperación desde la perspectiva de las partes interesadas? El marco conceptual Impacts of Recovery Innovations (IMRI) que se presentó contribuye a un cuerpo creciente de marcos conceptuales en la investigación de recuperación, incluido el marco CHIME (Connectedness, Hope & Optimism, Identity, Meaning, Empowerment) para la recuperación personal (Leamy et al., 2011), el marco SPICE para las conceptualizaciones de la recuperación de los usuarios de servicios y cuidadores (Vera San Juan et al., 2021), un marco para la orientación de la práctica orientada a la recuperación (Le Boutillier et al., 2011) y un marco conceptual para caracterizar el impacto de las narrativas de recuperación en los receptores (Rennick-Egglestone et al., 2019).

Podemos encontrar varios marcos de referencia:

1. CHIME (Leamy et al., 2011).
 2. Poder-Amenaza y Significado (Johnstone y Boyle, et al., 2018)
 3. SPICE (Vera San Juan, et al., 2021) Surgieron cuatro dimensiones de recuperación: Recuperación Social; Prosperidad; Recuperación Individual; y Experiencia de Recuperación Clínica (SPICE).
 4. RE-COVERY (Randal et al., 2009)
-
1. Conectividad, Esperanza, Identidad, Significado y Empoderamiento (CHIME) (Leamy et al., 2011).

El marco CHIME fue desarrollado por investigadores del Reino Unido y se basó en datos recopilados de países predominantemente anglófonos. Sin embargo, los resultados de este estudio sugieren que CHIME ha tenido una influencia transcultural, ya que aproximadamente la mitad de los artículos citados fueron escritos por autores de países no anglófonos. Los

componentes del marco CHIME (Conectividad, Esperanza, Identidad, Significado y Empoderamiento) han sido descritos como necesidades psicosociales universales (Baumeister, 1991).

En este estudio no hubo diferencias entre los artículos anglófonos y no anglófonos en la frecuencia con la que se citó cada uno de estos componentes. Una posible implicación de estos hallazgos es que los marcos conceptuales pueden tener un mayor impacto cuando utilizan conceptos abstractos e interculturales que se pueden adaptar fácilmente a los contextos locales.

Tres características de diseño no se relacionaron con el alto impacto del marco CHIME y no se pueden recomendar con el propósito de aumentar la visibilidad de los marcos conceptuales dentro de la rehabilitación psiquiátrica: estudios de validación independientes y no independientes y el análisis de subgrupos de minorías étnicas. Todos los estudios de validación de CHIME utilizaron métodos cualitativos. Es posible que hayan surgido diferentes hallazgos para los estudios de validación cuantitativa que se consideran más sólidos dentro de ciertas disciplinas. Los estudios futuros de marcos conceptuales influyentes podrían examinar esta distinción entre estudios de validación cualitativos y cuantitativos. Si bien se encontró que el análisis de subgrupos de minorías étnicas no estaba relacionado con el nivel general de influencia de CHIME, dichos métodos pueden usarse por otras razones científicas y éticas para establecer la aplicabilidad de los marcos conceptuales en diferentes grupo

CHIME marco conceptual sub-componentes. Derived from Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams and Slade (2011).

1. Conectividad (Connectedness)
 - Apoyo entre pares y grupos de apoyo.
 - Fomentando relaciones solidas.
 - Ambiente de colaboración.
2. Esperanza y optimismo (Hope & optimism)
 - Confianza en la capacidad de recuperación.
 - Impulso para la transformación
 - Conexiones optimistas
 - Actitud optimista y apreciación del logro

- Poseer sueños y aspiraciones.
3. Identidad (Identity)
 - Aspectos de la identidad
 - Reconstruir/redefinir una percepción favorable de uno mismo
 - Vencer el estigma
 4. Significado y progreso (Meaning)
 - Interpretación de las vivencias relacionadas con la salud mental.
 - Espiritualidad.
 - Calidad de vida
 - Un propósito valioso y objetivos comunitarios
 - Vida con sentido y roles sociales
 - Vida significativa y relaciones interpersonales
 5. Empoderamiento (Empowerment)
 - Responsabilidad individual
 - Dominio sobre la existencia
 - Enfocarse en la habilidad.

A grandes rasgos podíamos definir cada uno de los componentes como:

- Conectividad: Mantener relaciones saludables y estar vinculado a otros de manera constructiva. Se distingue por: apoyo entre iguales y grupos de apoyo; asistencia de otras personas; comunidad.
- Esperanza y optimismo: Mantener la fe y la certeza de la que la recuperación es viable y contar con vínculos que la respalden. Se distingue por: deseo de transformación, mentalidad optimista y apreciación del logro, poseer anhelos y metas.
- Identidad: Volver a encontrar una percepción positiva de uno mismo y de la identidad, así como vencer el estigma.
- Significado y progreso: Llevar una existencia con significado y objetivos, establecido por el individuo (no por los demás). Se distingue por: la percepción de

la experiencia de trastorno mental , espiritualidad, existencia con propósito y metas sociales.

- Empoderamiento: Ejercer el control sobre la vida, enfocarse en las fortalezas y aceptar la responsabilidad individual.

Dentro del marco conceptual, se han desarrollado marcos específicos hacia diferentes enfoques o hacia poblaciones concretas como son:

- C-CHIME (considera utilizar la creatividad para promover la recuperación) (Carson, J., & Hurst, R., 2021).
- CHIME-A (Adaptación específica para adolescentes y niños) (Ballesteros-Urpi et al., 2019).

CHIME -D (Considera la recuperación en función de las dificultades superadas) (Stuart et al., 2017).

- G-CHIME (Adicciones y crecimiento) (Ogilvie & Carson, 2023).
- CHIME-S (Proteccion y seguridad) (Senneseth et al., 2022).

2. Poder-Amenaza y Significado (Johnstone y Boyle, et al., 2018)

El marco de Poder Amenaza y Significado —Marco PAS— presenta una perspectiva nueva acerca de las razones por las que a veces las personas experimentan una amplia gama de formas de sufrimiento, confusión, miedo, desesperanza y comportamiento perturbador. Es una alternativa a los modelos más tradicionales fundamentados en los diagnósticos psiquiátricos actuales.

El Marco PAS resume e integra una gran cantidad de evidencias sobre el papel de los distintos tipos de poder en la vida de las personas; los tipos de amenaza y adversidades que el mal uso del poder ocasiona; y los modos en los que los humanos hemos aprendido a responder ante las amenazas. En la práctica tradicional de salud mental, estas respuestas a las amenazas y a las adversidades son las que se denominan «síntomas».

El Marco explica cómo solemos dar sentido a las experiencias difíciles y cómo los discursos sociales, de forma global, pueden aumentar los sentimientos de vergüenza, aislamiento, miedo y culpa.

Los aspectos centrales del Marco se pueden resumir en estas preguntas, que se pueden dirigir a las personas, familias u otros grupos sociales:

- «¿Qué te ha ocurrido?» (¿Cómo actúa el Poder en tu vida?)
- «¿Cómo te ha afectado?» (¿Qué tipo de Amenazas representan?)
- «¿Qué sentido le has dado?» (¿Qué Significado tienen en ti esas situaciones y experiencias?)
- «¿Qué has tenido que hacer para sobrevivir?» (¿Qué tipo de Respuestas a las Amenazas estás utilizando?)

Se añaden las dos preguntas siguientes como ayuda para pensar en las habilidades y recursos que las personas podrían tener, y cómo se pueden integrar todas estas cuestiones y respuestas en una narrativa personal:

- «¿Cuáles son tus fortalezas?» (¿Qué acceso tienes a recursos de poder?)
- «¿Cuál es tu historia» (¿Cómo se integra todo eso?)

Un marco para identificar patrones generales de angustia y experiencias inusuales que incorpora factores sociales, psicológicos y biológicos, integrando modelos y prácticas existentes. Considera la angustia y las conductas emocionales como respuestas comprensibles dada la historia y las circunstancias de una persona , normalizando estas experiencias, no patologizándolas.

El marco plantea las siguientes preguntas como una forma de explorar la validación de narrativas, la creación de significado y el aumento del acceso al poder y los recursos:

- ¿Qué te ha pasado? (¿Cómo está operando el Poder en tu vida?)
- ¿Cómo te afectó? (¿Qué tipos de amenazas plantea?)
- ¿Qué sentido le das a esto? (¿Qué significado tienen para ti estas experiencias?)

- ¿Qué tuviste que hacer para sobrevivir? (¿Qué tipos de respuestas a amenazas has utilizado o experimentado?)
- ¿Cuáles son tus fortalezas? (¿Qué acceso a recursos de energía tienes?)
- ¿Cuál es tu historia? (¿Cómo encaja todo esto?)

3. SPICE (Vera San Juan, et al., 2021)

Surgieron cuatro dimensiones de recuperación: Recuperación Social; Prosperidad; Recuperación Individual; y Experiencia de Recuperación Clínica (SPICE).

El marco SPICE se desarrolló a partir de una revisión sistemática, centrándose en las perspectivas de la experiencia vivida. Los autores señalaron la importancia de ampliar la perspectiva personal de la recuperación para incluir aspectos sociopolíticos, así como las perspectivas de los usuarios en el desarrollo y la investigación de servicios. Encontraron que

- Las definiciones de recuperación de los usuarios del servicio se centraron en los aspectos sociales, la aceptación y la conexión.
- Los cuidadores se centraron en la remisión de los síntomas y las definiciones clínicas
- Ambos grupos mencionaron ser autosuficientes y alcanzar metas personales.

Dominios del marco SPICE:

- Recuperación social: aprobación y aceptación externas, confianza, responsabilidad, relaciones significativas, cumplimiento de roles (familia y comunidad), mutualidad.
- Prosperidad (recuperación jurídica, política y económica): expansión de roles, empoderamiento, estabilidad económica, disponibilidad de recursos
- Recuperación individual: objetivos, necesidades y responsabilidades individuales, actividades cotidianas y significativas, identidad, enfoque en el futuro, crecimiento personal, sentido de autoestima.

- Experiencias de recuperación clínica: diagnóstico, medicación, síntomas, aceptación o abandono de etiquetas, comprensión de la recuperación, caja de herramientas de estrategias.

4. RE-COVERY (Randal, et al., 2009).

Un modelo de vida, no de enfermedad, desde una perspectiva bio-socio-psico-cultural-espiritual.

Conceptos clave: normalización, respeto, optimismo, colaboración.

Componentes:

- Mapa del viaje de recuperación: espirales victoriosas o viciosas según los factores estresantes y las respuestas. Tiene en cuenta el trauma, las vulnerabilidades/el estrés, el entorno materno, la genética, los patrones, los desencadenantes, las señales de alerta tempranas, las consecuencias, las sensaciones, los sentimientos, los pensamientos, las acciones, el contexto espiritual y cómo todo se combina para crear ciclos
 - Ciclos victoriosos: generan esperanza, aumentan nuestras fortalezas y disminuyen nuestras vulnerabilidades, reconocen patrones, identifican señales de alerta tempranas y desarrollan habilidades para afrontar situaciones difíciles.
 - Círculos viciosos: desmoralización, disminución de las fortalezas y aumento de las vulnerabilidades, abrumado por factores desencadenantes, efectos secundarios y conductas de riesgo.
- Construir un puente de confianza: estar con, cruzar el puente de confianza hacia la realidad de la persona, no juzgar, encontrar experiencias y creencias compartidas.
- Mapeo de patrones, desencadenantes y señales de alerta temprana: pensamientos, sentimientos, sensaciones, comportamientos, comprensión de patrones y cadenas de eventos, identificación de estrategias.

2.3 Modelos y programas aplicados en la recuperación

Existen diversos modelos y programas que están diseñados para apoyar el proceso de recuperación. Cada uno de ellos ofrece una manera distinta de apoyar a las personas en su proceso de recuperación. Estos enfoques adoptan el paradigma de la recuperación y aplican los principios específicos de cada método. A continuación, presentamos algunos de los modelos y programas que se utilizan en práctica clínica:

Plan de acción de la recuperación del bienestar (WRAP) (Copeland, M. 1997).

Fue creado por la autora Mary Ellen Copeland, que es una defensora de las personas con trastorno mental. El WRAP es una herramienta que intenta restaurar el control de la persona sobre su propia vida, con una máxima esencial dentro del método que se basa en las experiencias y fortalezas, no en el síntoma, ni problemas. WRAP, es un sistema autogestionado por los usuarios y pone el foco en cuatro objetivos que son: 1) prevención, control y reducción de actitudes, sentimientos o comportamientos que desborden a las personas y su entorno; 2) el empoderamiento personal; 3) el mejoramiento de la calidad de vida; 4) y la formulación y consecución de las propias metas y los sueños a que aspire la persona.

Manual para la recuperación y la autogestión del bienestar (Sampietro y Gavaldà-Castet, 2018).

El Manual para la recuperación y la autogestión del bienestar es una obra del proyecto Actívate por la salud mental, de la Generalitat de Cataluña, de la Federación de Salud mental de Cataluña.

Es un recurso útil para asistirnos en mejorar nuestra salud mental y en estar más conectada con nosotros mismos y nuestra existencia. Se fundamenta en las tácticas que han utilizado personas con malestar psicológico para optimizar su bienestar mental. El manual se puede utilizar para:

- Luchar contra el malestar psicológico.

- Reponernos, siguiendo nuestro propio ritmo y elecciones.
- Reducir la probabilidad de experimentar una recaída en la salud mental y gestionar los elementos que pueden provocarnos una recaída.
- Estar listos ante las posibles recaídas, para que podamos superarla de manera efectiva y para que los expertos tomen en cuenta nuestras elecciones.
- Mejorar nuestro bienestar.
- Disfrutar de una vida completa, aun cuando enfrentamos síntomas y dificultades de salud.

El manual ha sido diseñado para promover la autodeterminación y el respeto hacia nuestras preferencias y nos guía para que reconozcamos y utilicemos los recursos disponibles, de nuestro entorno, nuestra comunidad y los profesionales.

Illness Management and Recovery (IMR) (AEESME.-Libro-Recuperación-IMR-2020).

Manejo y Recuperación de un problema de salud mental grave (IMR), para instruir a los profesionales en los principios, procedimientos y habilidades requeridas para ofrecer servicios efectivos de IMR.

Este manual de trabajo abarca los siguientes temas:

- Componentes esenciales y principios fundamentales.
- Procesos fundamentales.
- Recuperación y el modelo de susceptibilidad al estrés.
- Estrategias de motivación, enseñanza y de tipo cognitivo-conductual.

REFOCUS (Enticott et al., 2021).

Es un programa que persigue optimizar el cuidado de los equipos de salud mental para adultos en el respaldo a la recuperación personal. La intervención incluye dos componentes: 1) Relaciones que promueven la recuperación, que se centra en la forma en que los trabajadores

se relacionan con los usuarios de los servicios; 2) Prácticas laborales, que se enfoca en las tareas y acciones que los empleados pueden realizar en conjunto para apoyar la recuperación.

El objetivo de la intervención es colaborar en la rehabilitación personal de las personas que hacen uso de los servicios. Esto implicara esforzarse incansablemente para alcanzar sus objetivos personales, con el apoyo del personal se requiera. La modalidad de asistencia y la forma en que el personal la proporcione se fundamentaran en las siguientes variables:

El tipo de asistencia y la forma en que el personal la proporcione se fundamentaran en las fortalezas, los principios y las preferencias de tratamiento de cada persona. La intervención se ha desarrollado con el objetivo de impactar de dos maneras: en el modelo en el que el personal y los equipos trabajan en conjunto con los usuarios de los servicios de salud mental, y en lo que estos últimos expresan y realizan en la práctica. Se denomina a esto como “relaciones que promueven la recuperación” y “prácticas de trabajo”, en correspondencia.

Stenght Model (Modelo de las fortalezas) (Leung, 2015).

Fue desarrollado a mitad de los años ochenta, su premisa fundamental es que la identificación y la potenciación de las fortalezas de la persona y de su ambiente, más que la identificación de sus déficit y los intentos de repararlos, pueden facilitar los procesos de recuperación. El Stenght Model se basa principalmente en la idea de que las potencialidades de crecimiento y recuperación están ya presentes en la personas a las que prestamos asistencia El rol de los profesionales debería de contribuir a crear las condiciones en las que el crecimiento y la recuperación puedan tener lugar con mayor probabilidad, aun teniendo en cuenta la imposibilidad de controlar o prever como se desplegara en el tiempo el proceso del individuo.

Una de las premisas de este modelo, es la necesidad de integrar en cualquier intervención orientada a la recuperación e inspirada en el Strengh model es la convicción solidad de que el individuo es capaz de mejorar las propias condiciones de vida. El foco se pone en las fortalezas de la persona, no en los déficits.

En el Strengh Model las fortalezas son por tanto amplificadas para hacer emerger una narrativa de recuperación que alimente la esperanza. El foco esta sobre aquello que la persona

quiere conseguir y sobre las fortalezas personales y ambientales del pasado y del presente pueden ayudar a conseguirlo.

Programa ImROC (Programa de implementación recuperación pensar cambios organizativos).

Este programa se basa en los diez cambios organizativos con la idea de la necesidad de una modificación fundamental de la calidad de las interacciones cotidianas. Los diez desafíos organizativos proporcionan por tanto un esquema dotado de suficiente validez para los procesos de auditoría de los servicios de salud mental. Este puede ser utilizado por las partes implicadas para valorar el efectivo estado de posicionamiento de los servicios de salud mental en la perspectiva de la recuperación y de la definición al cambio. Estos son los diez retos organizativos que nos plantean:

- 1) Modificar el carácter de las interacciones diarias y la calidad con que se percibe.
- 2) Proporcionar programas de capacitación integral orientados a las personas que utilizan estos programas.
- 3) Crear un “centro de formación de recuperación” que impulse los programas de recuperación.
- 4) Garantizar la dedicación de la organización, promoviendo una cultura de recuperación y la importancia del estilo de liderazgo.
- 5) Potenciar la personalización y el procedimiento de tomar una decisión.
- 6) Reestructurar la forma en que abordamos la evaluación y gestión de riesgos.
- 7) Reestructurar la participación de las personas con trastorno mental
- 8) Reconvertir al equipo de profesionales.
- 9) Ofrecer respaldo a los profesionales durante su proceso de recuperación
- 10) Incrementar las oportunidades para crear una vida “mas allá de la enfermedad”.

(de Implementando la recuperación: Un nuevo marco para el cambio organizativo, Sainsbury Centre, 2009).

Modelo Tidal. (Barker & and Buchanan-Barker, 2010)

Fue creado por el enfermero, filósofo y psicoterapeuta escocés Philips J. Barker-profesor de la Universidad de Newcastle- y su esposa la trabajadora social Poppy Buchanan-Parker. La palabra Tilda hace referencia a las mareas, el modelo usa launa metáfora central que inspira y guía la comprensión de la vida humana y el curso de situaciones como los problemas de salud mental y sus necesidades. El modelo Tilda estableció diez compromisos y cada una de ellas tiene dos competencia, siendo veinte en total..

Modelo colaborativo de recuperación (Collaborative Recovery Model, CRM).

(Oades et al., 2005)

Creado por Lindsay G.Oades, se sostiene sobre dos principios básicos:

- 1) La recuperación desde un proceso individual.
- 2) es primordial el apoyo a la colaboración de la autonomía.

El modelo tiene cuatro componentes clave:

- Mejora del cambio: apoyo para que el individuo explore su relación con el cambio, desarrolle confianza y capacidad para participar en un proceso de cambio.
- Identificación de fortalezas y valores colaborativos: identificar y poner en relieve las fortalezas y los valores individuales a medida que comienzan a visualizar una vida con significado y propósito para sí mismos.
- Visión colaborativa y esfuerzo para alcanzar objetivos: establecer objetivos que permitan a un individuo expresar aún más sus fortalezas y valores en su vida cotidiana.
- Acción colaborativa y seguimiento: desarrollo de planes de acción para apoyar la consecución de objetivos, incluidos los apoyos que la persona necesitara para alcanzar sus objetivos.

2.4 Autores más relevantes de la recuperación

- **William Anthony:** Estadounidense. Director del centro de rehabilitación psiquiátrica de Boston. Representa una figura esencial en el desarrollo del paradigma de la recuperación en salud mental. Entre sus contribuciones principales se encuentra ser uno de los primeros en conceptualizar la recuperación como un proceso personal y único de la persona en sus trabajos de 1993. A lo largo de su dilatada carrera profesional publicó numerosas obras de recuperación y salud mental, destacando: “ Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s”. (Toward a Vision of Recovery, 1992).
- **Lindsay G.Oades:** Australiano. Es profesor, científico, investigador, educador y autor fundamental de la conceptualización del bienestar en salud mental. Director del centro de psicología positiva de la Universidad de Melbourne. Asesor de varias organizaciones e Instituciones Internacionales de salud mental. En la actualidad su Trabajo se orienta sobre comprender, medir y mejorar la alfabetización en bienestar (Lindsay G.Oades (0000-0001-8731-3525) - ORCID, 2025).
- **Mary Ellen Copeland:** estadounidense. doctora en Filosofía, es fundadora y autora de WRAP. Comenzó su Trabajo en 1988 entrevistando a más de 100 personas con problemas de salud mental, para descubrir como afrontan los problemas del día a día. Su Trabajo fue el germen que culminó en el Plan de Acción para la recuperación del bienestar. Es autora de numerosos libros y recursos para personas con problemas de salud mental (Mary Ellen Copeland PhD, 2025).
- **Mike Slade.** Británico. Es profesor de recuperación de la salud mental e inclusión social por la Universidad de Nottingham, en la que impartí clase. Las temáticas de sus investigaciones se han centrado en los resultados de la recuperación incluidos los Recovery Colleges, las narrativas de experiencias vívidas, la ciencia ciudadana, el bienestar, la evaluación de necesidad y el desarrollo de medidas como INSPIRE (Professor Mike Slade - Institute of Mental Health, 2025).

- **Mary Leamy:** Británica. Es psicóloga de formación, su doctorado fue en investigación sobre salud mental: “El Empoderamiento de las enfermeras psiquiátricas comunitaria de la personas con problemas graves y duraderos de salud mental”, supervisado por el profesor Phil Barker (Mary Leamy (0000-0002-6396-1410) - ORCID, 2025).
- **Larry Davidson:** Estadounidense. Ha jugado un papel importante en la integración académica y clínica en referencia al concepto de recuperación en salud mental. Trabaja en el Universidad de Yale (Estados Unidos), ha investigado como las personas experimentan la recuperación y ha promovido la inclusión de sus voces en los Servicios de salud mental. Davidson enfatiza un enfoque centrado en la persona y basado en la resiliencia y promueve la importancia de las experiencias vívidas en la recuperación y el desarrollo de políticas y prácticas de salud mental (Larry Davidson, PhD, 2023).
- **María O’connell:** Estadounidense. Es profesora de Psiquiatría y directora de investigación y evaluación en el programa de recuperación y salud comunitaria (PRCH) de Yale. Tiene amplia experiencia en la realización de investigaciones sobre temas relacionados con la recuperación , la autodeterminación, la elección y los Servicios orientados a la recuperación. En la actualidad, trabaja en la adopción y difusión de prácticas centradas en la persona y orientadas a la recuperación entre los centros de salud mental comunitarios en todo Estados Unidos (Maria O’Connell, PhD, 2025).
- **Patrick Corrigan:** Estadounidense. Profesor de Psicología y director en el Instituto Tecnológico de Illinois. También fue profesor de psiquiatría y director ejecutivo del centro de rehabilitación psiquiátrica de la Universidad de Chicago. Las áreas temáticas de sus investigaciones se han basado las personas con trastorno mental y también sobre el estigma en la cual llegó a dirigir el consorcio nacional sobre estigma y empoderamiento. Corrigan es autor de más 450 artículos de revistas y 20 libros y editor de la revista: “Stigma and Health” (Patrick Corrigan | Illinois Institute of Technology, 2023).

- **Marianne Farkas:** Estadounidense. Actualmente es co-investigadora principal del centro de Investigación y capacitación y profesor de la Universidad de Boston. Sus áreas temáticas de investigación han sido desarrolladas en el campo de la rehabilitación y recuperación psiquiátrica. Ha trabajado en numerosas Instituciones Internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial (WAPR) y la asociación nacional de centros de investigación y capacitación en rehabilitación (NARRTC) (Marianne Farkas, Sc.D., 2025).
- **Patricia E. Deegan:** Estadounidense. Dra. Psicología. Como persona que ha convivido con la trastorno mental , ha sido una defensora clave en el Empoderamiento y la autonomía de las personas con trastorno mental . Deegan es también conocida como defensora del movimiento de recuperación de salud mental y cofundadora del National Empowerment Center (Patricia E. Deegan, PhD, 2025).
- **Mary O'Hagan:** Australiana. Lleva más de 30 años trabajando en el ámbito de la salud mental, al principio como usuaria y a posteriori ejerciendo diversos roles de consultora, asesoramiento, emprendimiento, etc... Ha sido una fuerte defensora del movimiento de usuarios de salud y de los derechos y empoderamiento de los mismos (Mary O'Hagan, 2025).

2.5 Empoderamiento y recuperación.

Aunque el enfoque de empoderamiento es aplicable a todos los grupos sociales vulnerables, su impulso mayor y su aplicación práctica más extendida se encuentra a en el movimiento y colectivos de las mujeres.

El empoderamiento es un concepto fundamental desde la concepción de la Organización Mundial de la Salud (OMS., 2021), por lo tanto, promover el empoderamiento es fundamental para el paradigma de la recuperación, ya que esta sostenido en los derechos de las personas. El empoderamiento también está presente en el marco de recuperación CHIME (Leamy et al., 2011).

En el ámbito de la salud, la expresión empoderamiento se adoptó inicialmente con la perspectiva de guiar las actuaciones en su promoción, y posteriormente como una estrategia eficaz para la gestión de las enfermedades mentales. En la actualidad, existen un amplio consenso sobre su importancia, no obstante, no existe una definición únicamente aceptada sobre el empoderamiento, que dimensiones lo conforman, ni que criterios específicos deben ser utilizados para su operacionalización.

Dentro de la conceptualización del empoderamiento, la perspectiva de la recuperación está orientada hacia aquellas habilidades, capacidades y fortalezas que han sido dañadas, y son necesarias o imprescindibles restaurar para hacerse responsable de la vida propia de la persona y de la comunidad. El empoderamiento es un herramienta fundamental en el proceso de inclusión social y está estrechamente conectado con las situaciones de salud mental (Nelson, Lord y Ochocka, 2001).

Los autores Jacobson y Greenley (2001), consideran que dentro del paradigma de la recuperación, el empoderamiento << puede ser considerado como un correctivo a la falta de autocontrol, percepción de abandono y dependencia que muchos usuarios ejecutan tras la interacción a largo plazo con el sistema de salud mental>>. Desde la The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), le otorga un lugar destacado dentro de la recuperación y le da el siguiente sentido: “ los usuarios tienen la autoridad para elegir entre un rango de opciones y participar en todas la decisiones, que afectan a sus vidas”. Mediante el empoderamiento una persona gana control en su vida, dirige su destino e influye en las estructuras organizacionales y sociales de la vida (SAMHSA, 2006).

La investigación sobre el empoderamiento y su influencia en el proceso de recuperación de las personas con TMG ha suscitado cierto auge en los últimos años. Autores como Fenton (2017), explora este binomio señalando lo siguiente: El empoderamiento es un factor exponencial a la reducción de los efectos negativos de la angustia psicológica tiene en la calidad de vida; el empoderamiento se refuerza fomentando la autonomía, la confianza en las propia decisiones y la autoeficacia; existe una relación entre el empoderamiento y el hecho de contar

con más apoyos familiares y sociales; el aumento del empoderamiento se ha relacionado con una mejora de la calidad de vida, mejor apoyo social y aumento de la autoestima. Por lo contrario se sustrajo de los estudios que el desempoderamiento desencadenaba en mayores tasas de recaídas por inducción, de indefensión, descontrol y baja autoeficacia, además, de baja calidad de vida, pobres redes sociales, estigma interiorizado y discriminación.

Desde que la promoción del empoderamiento comenzó a incluirse como un objetivo de los servicios de salud mental, se han desarrollado una serie de herramientas de evaluación en países de habla inglesa y del norte de Europa. Barr et al., (2015), realizaron una revisión de alcance destinada a identificar escalas de empoderamiento de los usuarios. Encontraron cinco escalas diseñadas específicamente para evaluar el empoderamiento de los usuarios de salud mental (Barr et al., 2015a; Oades et al., 2011; Segal et al., 1995; Svedberg et al., 2007), pero todas ellas tenían limitaciones importantes debido a la baja calidad metodológica de sus respectivos estudios de validación, que carecían de pruebas psicométricas integrales (Barr et al., 2015).

2.6 Evaluación de resultados orientados a la recuperación en salud mental.

La evaluación del proceso de recuperación en salud mental es fundamental para determinar la efectividad de las intervenciones y comprender la experiencia de las personas en su camino hacia la recuperación. Existen dos perspectivas diferentes pero que a las misma son necesarias para que se puede llevar a cabo el proceso de recuperación, que son: las medidas de resultado del usuario y del dispositivo. Existen diversos cuestionarios diseñados específicamente para medir diferentes aspectos de ambos procesos. A continuación, presentamos algunos de los más utilizados:

2.6.1 Medidas de resultados del proceso de recuperación del usuario.

1. Agreement with Recovery Attitudes Scale (ARAS): Murnen, S.K. & Smolak, (1996). Es completada por el paciente. Se desarrolló para evaluar los cambios de actitud de los consumidores con respecto al movimiento hacia un proceso de recuperación. Consta de 22

ítems, de carácter unidimensional. Cada uno de los cuales se califica en una escala Likert de 5 puntos.

2. The Adult Trait Hope Scale (AHS): Snyder et al., (1991). Es completada por el paciente. Se desarrollo para medir el estado motivacional positivo orientado hacia consecución de las metas. Consta de 12 ítems y se divide en tres dominios: Agencia, que consta de 4 ítems; Planificación que conta de 4 ítems; los otros 4 ítems son intrascendentes. Cada uno de los ítems se califica mediante escala Likert de 8 puntos.

3. Assessment of Recovery Capital (ARC): Groshkova, T. Best, D. y White, W. (2013). Es completada por el paciente. Evalúa las fortalezas de recuperación. Escala de 50 ítems con 10 dominios de cinco ítems cada una, que son: uso de sustancias y sobriedad; Salud Psicológica Global; Salud Física Global; Ciudadanía y Participación Comunitaria; Apoyo social; actividades significativas; Vivienda y Seguridad; toma de riesgos; afrontamiento y funcionamiento de la vida; y experiencia de recuperación. Cada uno de los ítems se evalúa mediante respuesta dicotómica. Existen 2 versiones una de 50 ítems y otra de 10 ítems.

4. The behavior and Symptom Identification Scale (BASIS): Eisen, S. V., Wilcox, M., Leff, H. S., Schaefer, E., & Culhane, M. A. (1994) Escala completada por el paciente. Está diseñada para evaluar la perspectiva del paciente sobre su nivel de dificultad con un amplio espectro de síntomas y problemas cotidianos. Escala de 32 ítems, que consta de cinco dominios que son: relación consigo mismo y con los demás, vida diaria y funcionamiento de roles, depresión y ansiedad, conducta impulsiva y adictiva y psicosis, cada una de ellas con respuesta tipo Likert de 5 puntos de la siguiente manera: Existen dos versiones el BASIS-32 ítems y el BASIS-24.

5. Bipolar Recovery Questionnaire (BRQ): Jones, S., Mulligan, L. D., Higginson, S., Dunn, G., & Morrison, A. P. (2013). Es completada por el paciente. Está diseñada para captar las experiencias subjetivas de las personas con trastorno bipolar de forma específica. Escala de 36 ítems, que consta de 5 dominios que son: Autogestión; Punto de inflexión; Autocuidado;

Autoconfianza; Apoyo interpersonal. Cada ítem se mide, mediante escala analógica de 0-100, teniendo en cuenta, que 12 ítems están estructurados de forma inversa.

6. Crisis Hotel Healing Scale (CHHS): Dumont, Ralph, Kidder, & Phillip (1998). Es completada por el paciente. El CHHS fue diseñada como una herramienta de evaluación para el Proyecto de Albergues de Crisis de Nueva York. Contiene 40 ítems, y estos a su vez, se dividen en 10 dominios que son: la perspectiva del consumidor, a saber; autoestima; confianza y autocontrol interno; sentimientos/esperanza; Estados alterados; violencia autoinfligida y autoinfligida; conciencia espiritual; Bienestar físico; medicamentos; dar y recibir cuidados en las relaciones; percepciones/auto- aceptación, comodidad y placer. Cada ítem es medido mediante escala Likert de 4 puntos

7. Consumer Recovery Model Mental health Center of Denver (CRM): Kathryn KD Luszczakoski, et al. (2014). Es completada por el paciente o su supervisor de casos, según la versión utilizada. Evalúa la percepción de participar en la práctica centrada en la recuperación. La versión actual del CRM (versión 3.0) consta de 15 ítems relacionados 5 dominios que son: Orientación activa/de crecimiento; Esperanza; Interferencia de los síntomas; Seguridad; Red Social. Estos se califican con una escala Likert de 4 puntos. Tiene versión para usuarios de servicios y administrador de casos.

8. Consumer Recovery Outcomes System (CROS): Bloom, B. L., & Miller, A. (1997). Es completada por el paciente. Evalúa los logros en la recuperación, incluidos aspectos tanto de la recuperación clínica como de la recuperación personal. Consta de 38 ítems, con cinco dominios que son: Esperanza para el futuro (7 ítems); Función diaria (8 ítems); Afrontamiento de los síntomas clínicos (6 ítems); calidad de vida (9 ítems) y satisfacción con el tratamiento (5 ítems), los tres ítems adicionales se relacionan con medicamentos y uso de sustancias. Estos se califican mediante escala Likert de 4 puntos. Tiene tres versiones, cada una de las cuales mide la recuperación del consumidor desde una perspectiva diferente: el propio consumidor (versión consumidora); un familiar o cuidador (versión persona muy importante); y un proveedor (versión personal).

9. Hope, agency, and opportunity (HAO): Katherine, Newman-Taylor; et al. (2017). Es completada por el paciente. Fue diseñada para valorar el impacto del proceso de recuperación en las personas. Consta de 4 dominios que son: Esperanza; Organización; Oportunidad; Relación de trabajo. Cada uno de los ítems, se mide mediante escala Likert de 5 puntos.

10. Hert, Hope Index (HHI): Herth K (1992). Es completada por el paciente. Fue diseñada para medir la esperanza en el proceso de recuperación. Consta de 12 ítems, que se dividen en tres dominios que son: temporalidad y futuro; disposición y esperanza e interconexión. Cada uno de los ítems, se mide mediante escala Likert de 5 puntos.

11. Individual Recovery Outcomes Counter (IROC): Monger, B., Hardie, S. M., Ion, R., Cumming, J., & Henderson, N. (2013). Es completada por el paciente. Se desarrolló por la organización benéfica escocesa de salud mental Penumbra en 2007 para medir la "distancia recorrida" de los usuarios del servicio. El IROC es una medida de 12 ítems de recuperación personal, que se divide en cuatro dominios que son: Esperanza, Oportunidad, Personas y Empoderamiento. Cada uno de los cuales comprende tres ítems que se miden mediante escala Likert del 1 a 6.

12. Illness Management and Recovery (IMR): Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). Es completada por el paciente. La IMR fue diseñada como medida de resultados en el contexto del programa de Manejo y Recuperación de Enfermedades, para evaluar el autocontrol de la enfermedad y la búsqueda de objetivos de recuperación de las personas con trastorno mental. Tiene dos versiones, lo que permite una evaluación de la recuperación desde la perspectiva del propio consumidor (versión paciente) y una del dispositivo (versión clínica). Es unidimensional, ambas versiones contienen 15 ítems, cada una de ellas se califican mediante escala Likert de 5 puntos. Una puntuación total más alta indica un mayor nivel de recuperación.

13. Integration/Sealing Over Scale (ISOS): McGlashan, 1987; McGlashan, et al., (1976). Es completada por el médico. Esta escala, realiza la función de guía para una entrevista semiestructurada, en la que las preguntas dirigidas pueden alternar con momentos en los que el

profesional deja espacio, para que el paciente se exprese libremente. A la finalización de la entrevista, el médico define el estilo de recuperación de la persona en su proceso de recuperación. Es unidimensional, a su vez se divide en 13 ítems. Cada ítem se mide mediante escala Likert de 6 puntos.

14. Levels of recovery scale (LORS): Corriveau, D. P., & Sousa, S. (2013). Es completada por el paciente. Esta escala se utiliza para identificar la conciencia del paciente con la enfermedad en el proceso de recuperación. Es una escala compuesta por 13 ítems, que se dividen en seis dominios que son: Necesidad de supervisión; Síntomas positivos de la enfermedad; Síntomas negativos de la enfermedad; actividades de trabajo/educación; habilidades sociales; autodefensa. Cada ítem es evaluado mediante escala Likert de 5 puntos.

15. Maryland Assessment of Recovery (MARS): Drapalski, A. L., Medoff, D., Dixon, L., & Bellack, A. (2016). Es completada por el paciente. Se desarrolló para medir el estado de recuperación en personas con trastorno mental grave. Está compuesta por 25 ítems, que se estructuran en seis dominios que son: autodirección/empoderamiento; Holístico; No lineal; Basado en los puntos fuertes; Responsabilidad; Esperanza. Cada uno de los ítems se califican mediante escala Likert de 5 puntos. Actualmente, existen 2 versiones: MARS-25 ítems y MARS- 12.

16. Modified Engulf- ment Scale (MES): McCay, E. A., & Seeman, M. V. (1998). Es completada por el paciente. Evalúa el grado en el que el autoconcepto de enfermedad que tiene la persona con trastorno mental. Consta de 30 ítems, es de carácter unidimensional que se califican en una escala Likert de 5 puntos. Diez ítems se puntúan de forma inversa.

17. Mental Health Inventory (MHI): Veit y Ware (1983). Es completada por el paciente. Se construyó para evaluar el bienestar psicológico y la angustia en la población general. Consta de 38 ítems, divididos en cinco dominios que son: Malestar Psicológico, que a su vez se estructura en tres dominios (Ansiedad, Depresión, Control conductual/emocional); Bienestar Psicológico, que a su vez se estructura en dos dominios (Afecto positivo general y Efecto

general positivo). Esta escala se califica mediante una escala Likert de 6 puntos. Existen varias versiones el MHI-38, MHI-21, MHI-18 y MHI-5.

18. Mental Health Recovery Measure (MHRM): Bullock, W. A. (2003). Es completada por el paciente. Fue diseñada para evaluar el proceso de recuperación de personas con trastorno mental . Consta de 30 ítems, divididos en siete dominios que son: superación atasco; Autoempoderamiento; aprendizaje y autoredefinición; funcionamiento básico; el bienestar general; nuevos potenciales; promoción/enriquecimiento. Esta escala se califica mediante escala Likert de 5 puntos. Existen dos versiones: MHRM-30 y MHRM-10.

19. Mental Health Recovery Star (MHRS): Killaspy, H., White, S., Taylor, T. L., & King, M. (2012). Es completada por el paciente. Fue diseñada para evaluar la recuperación de una persona con trastorno mental , bajo la perspectiva del modelo de la recuperación. Consta de 10 ítems, que constituye cada uno de los dominios de la escala, que son: : manejo de la salud mental, cuidado personal, habilidades para la vida, redes sociales, trabajo, relaciones, comportamiento adictivo, responsabilidades, identidad y autoestima, confianza y esperanza. Cada uno de los dominios se califica media una escala denominada de cambio, que se califica de la siguiente manera: 1-2 (atascado); 3-4 (aceptar ayuda); 5-6 (creer); 7-8 (aprender); 9-10 (autosuficiencia).

20. The Mental Health Self- Management Questionnaire (MHSQ): Coulombe, et al., (2015). Es completada por el paciente. Fue diseñada para medir el uso de estrategias de autogestión en pacientes que se recuperan de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Consta de 18 ítems, que se estructuran en tres factores que son: Clínico; Empoderamiento y Vitalidad. Cada ítem se valora en escalas Likert de 5 puntos.

21. Milestones of Recovery Scale (MORS): Fisher, DG, Pilon, D., Hershberger, SL, Reynolds, GL, LaMaster, SC y Davis, M. (2006). Esta escala es administrada por el personal sanitario. Diseñada para cuantificar las etapas de la recuperación de unas personas utilizando hitos que van desde el riesgo extremo hasta la recuperación avanzada. Esta escala es unidimensional y consta de 8 ítems, los cuales identifica en qué momento se encuentra

actualmente la persona en su proceso de recuperación. Él MORS evalúa el nivel de riesgo de un cliente/consumidor, que se compone de su probabilidad de dañarse a sí mismo o a otros, su nivel de participación en conductas de riesgo o inseguras, y su nivel de (b) el nivel de compromiso con el sistema de salud mental; y (c) el nivel de habilidades y apoyos y apoyos, que es una medida de las capacidades del cliente/consumidor y su red de apoyo, y su nivel de necesidad del personal de apoyo. Exista una única versión. Hay que destacar que MORS, está diseñada para ser utilizada como herramienta administrativa, no clínica. Su propósito es describir los parámetros generales de recuperación, no prescribir el proceso de recuperación.

22. Multi-Phase Recovery Measure (MRPM): Beeble, M. L., & Salem, D. A. (2009). Esta escala es completada por el paciente. Fue desarrollada específicamente para un estudio. Consta de 11 ítems, que están divididos en 4 dominios que son: El duelo y el luto; conciencia y reconocimiento; redefinición y transformación; bienestar y calidad. Cada ítem se evalúa mediante escala Likert de 4 puntos.

23. Narrative Recovery Style Scale (NRSS): Fraser, G. (2018). Esta escala es completada por el paciente. Escala de 9 ítems, que a su vez, se divide en 3 dominios que son: Integración, Sellado y Preocupación Rumiativa. Cuanto mayor sea la puntuación en cada una de estas subescalas, mayor será la tendencia de la narración hacia cada estilo de recuperación.

24. Netherlands Empowerment List (NEL): Boevink, W., Kroon, H., Delespaul, P., & Van Os, J. (2016). Esta escala es completada por el paciente. Fue diseñada para capturar la dimensión del empoderamiento en pacientes en proceso de recuperación. Consta de 40 ítems, que a su vez se dividen en seis dominios: apoyo social, ayuda profesional, conexión, confianza y propósito, autogestión y cuidando comunidad. Cada ítem se evalúa mediante escala Likert de 5 puntos.

25. Ohio Mental Health Consumer Outcomes system (OMHCOS): The Ohio Department of Mental Health; (2009). Esta escala es completado por el paciente. Está diseñada para captar la información sobre el proceso de recuperación del paciente. Esta escala de 138 elementos se divide en dos formularios A, (67 ítems) que consta de 9 dominios que son: Calidad

de vida general; situación económica; síntomas de angustia; capacitación general; autoestima/autoeficacia; poder/impotencia; activismo comunitario y autonomía; optimismo y control sobre el futuro; ira justificada. Formulario B (39 ítems) que consta de 3 dominios que son: Calidad de vida general; situación económica; malestar sintomático. Cada ítem se evalúa mediante escala Likert de 5 puntos.

26. Peer Outcomes Protocol (POP): Campbell J, Einspahr K, Evenson R, Adkins R. (2004). Es rellenado por un profesional en Entrevista individual con el paciente. Este instrumento proporciona una evaluación validada sobre dominios/facetos que son de vital importancia para las personas que se encuentran en proceso de recuperación. Esta escala está compuesta por 241 ítems, organizada en 12 dominios que son: Satisfacción con el empleo; Satisfacción con la comunidad; Satisfacción social; Aceptación social; Salud; Calidad de vida; Persona; Capacitación; Recuperación; Calidad de vida con el programa; Satisfacción con el programa; Coacción sentida. Los ítems se evalúan diferentes maneras como son mediante preguntas cerradas, abiertas y escala Likert.

27. Schizophrenia Patient Outcomes Research Team-Scale (PORT-SCALE): Resnick, S. G., Rosenheck, R. A., & Lehman, A. F. (2004). Es cumplimentada por el usuario. Fue desarrollada en el contexto de la encuesta de clientes PORT de Esquizofrenia y evalúa la recuperación de las personas con esquizofrenia como una actitud u orientación de vida. Está compuesta por 49 ítems que se dividen en 4 dominios que son: Conocimiento (10 ítems); Empoderamiento (11 ítems); Esperanza y optimismo (5 ítems); y satisfacción con la vida (23 ítems). Los ítems se evalúan mediante escala Likert de 4, 5 o 7 puntos.

28. Psychosis Recovery Inventory (PRI): Chen, E. Y., Tam, D. K., Wong, J. W., Law, C. W., & Chiu, C. P. (2005). Es cumplimentada por el paciente. Evalúa las experiencias y actitudes de las personas que se recuperan de un primer episodio psicótico. Consta de 25 ítems que a su vez, se dividen 3 dominios que son: Percepción de recaída y recuperación (5 ítems); Actitudes hacia la enfermedad (7 ítems) y actitud hacia el tratamiento (13 ítems). Los ítems se evalúan mediante escala Likert de 6 puntos.

29. Personal Vision of Recovery Questionnaire (PVQR): Ensfield, L. B. (1998). Es cumplimentada por el paciente. Fue diseñada para evaluar las creencias de los pacientes sobre su propia recuperación. Consta de 24 ítems y se divide en 5 dimensiones que son: apoyo, desafíos personales, asistencia profesional, acción y búsqueda de ayuda. Cada uno de los ítems se evalúa mediante escala Likert de 5 puntos.

30. Process of Recovery (QPR): Neil, S. T., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W., & Morrison, A. P. (2009). Es cumplimentada por el paciente. Esta escala fue diseñada para ayudar a los pacientes a establecer y evaluar sus objetivos de recuperación. Consta de 22 ítems y se dividen en dos subescalas que son intrapersonal (17 ítems) e interpersonal (5 ítems). Cada uno de los ítems se evalúa mediante escala Likert de 5 puntos. Existen dos versiones QPR-22 y QPR-15.

31. Recovery Elements Assessment Questionnaire–Patient Version (REAQ-PV): Siu et, al (2012). Es cumplimentada por el paciente. Fue diseñada para identificar la importancia percibida de los elementos de la recuperación. Consta de 24 ítems y se dividen en 7 dimensiones que son: Respeto, esperanza y empoderamiento autodirigido; Rol significativo; Basado en activos y fortalezas; Rol Social; Espiritual; Identidad positiva; Intimidad y Sexualidad. Cada uno de los ítems se evalúa mediante escala Likert de 5 puntos.

32. Recovery Attitudes Questionnaire (RAQ): Borkin, J. R., Steffen, J. J., Ensfield, L. B., Krzton, K., Wishnick, H., Wilder, K., & Yangarber, N. (2000). Es cumplimentada por el paciente. Se diseñó para medir las actitudes de los encuestados sobre la suposición de que las personas pueden recuperarse de enfermedades mentales graves. Consta de 16 ítems y se divide en 2 dominios que son: La recuperación es posible y necesita fe; la recuperación es difícil y difiere entre las personas. Cada una de ellas se evalúa mediante escala Likert de 5 puntos. Existen dos versiones RAQ-16 Y RAQ-7.

33. Recovery Assessment Scale (RAS): Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. (1995). Fue diseñado para evaluar varios aspectos de la recuperación desde la perspectiva del paciente, haciendo énfasis en la esperanza y la autodeterminación. La versión

original consta de 41 ítems, divide en 5 dominios que son: confianza personal y esperanza. (9 ítems); disposición a pedir ayuda (3 ítems); orientación a la meta y al éxito (5 ítems); confianza en los demás (4 ítems); no dominación por los síntomas (3 ítems). Cada una de ellas se evalúa mediante escala Likert de 5 puntos. Existen varias versiones que son: RAS-41; RAS-24; RAS-8.

34. Rochester Recovery Interview (RI): Hopper, K., Blanch, A., Carpinello, S., Johnson, S., Knight, E., Kovasznay, B. y Krauss, A. (1996). Se administra como Entrevista semiestructurada. Es un cuestionario cualitativo, diseñado para examinar la recuperación desde una perspectiva personal. Contiene 32 preguntas, se divide en 4 dominios que son: Recuperación desde una perspectiva personal; Preguntas específicas; Sistema de salud mental. Es de carácter cualitativo abierto.

35. Recovery Markers Inventory (RMI): Luszczakoski, K. D., Olmos-Gallo, P. A., McKinney, C. J., Starks, R., & Huff, S. (2014). Es el profesional quien complete la escala. Fue diseñado para medir los factores relacionados con la recuperación. Consta de 7 ítems, que se dividen en 7 dominios que son: Empleo; autoeducación/aprendizaje; participación en servicios; vivienda; gestión de síntomas; crecimiento activo; uso/abuso de sustancias. Cada una de ellas se evalúa mediante una pregunta en cada dominio.

36. Recovery Markers Questionnaire (RMQ): Ridgway, P. y Press, A. (2004). es una de las subescalas de la medida del entorno de mejora de la recuperación (REEM) que evalúa las percepciones de la recuperación individual. Es complementada por el propio paciente. Consta de 27 ítems de carácter unidimensional. Cada una de ellas se evalúa mediante escala Likert de 5 puntos.

37. Recovery Measurement Tool (RMT): Ralph, R. O. (2004). Es completada por el paciente. Se desarrollo para medir la recuperación desde la perspectiva del paciente y se basa en un modelo de recuperación que incorpora etapas y elementos externos. Consta de 91 ítems, de carácter unidimensional. Cada uno de los ítems se califica mediante escala Likert de 5 puntos.

38. Recovery Orientation (RO): Resnick, S. G., Fontana, A., Lehman, A. F., & Rosenheck, R. A. (2004). Es completada por el paciente. Con esta escala se intentó conceptualizar la orientación de la recuperación desde la perspectiva del paciente. Consta de 50 ítems, que a su vez se divide en 4 dominios: Conocimiento; Capacitación; Esperanza y optimismo; Satisfacción vital. Cada uno de los ítems, se mide mediante escala Likert de 4, 5 o 7 puntos.

39. Relationships and Activities that Facilitate Recovery Survey (RAFRS): Leavy, R.L., et al. (2002). Es completada por el paciente. Esta escala fue desarrollada para identificar las influencias que los consumidores consideran más significativas en su proceso de recuperación. Consta de 18 ítems, que a su vez se divide en 2 dominios que son: Relaciones; actividades. Cada uno de los ítems, se califica mediante escala Likert de 4 puntos.

40. Recovery Process Inventory (RPI): Jerrell, J. M., Cousins, V. C., & Roberts, K. M. (2006). Es completada por el paciente. Fue desarrollado para comprobar el grado en que el paciente atendido por el sistema sentía que se estaban recuperando. Consta de 22 ítems, que a su vez se dividen en 6 dominios que son: Angustia (8 ítems), Conectado con los demás (3 ítems), Confianza/Propósito (4 ítems), Cuidado de los demás (3 ítems), Situación vital (2 ítems) y Esperanzado/Cuidado de sí mismo (2 elementos). Cada uno de los cuales se califica mediante escala Likert de 5 puntos.

41. Recovery style questionnaire (RSQ): Drayton, M., Birchwood, M., & Trower, P. (1998). Es completada por el paciente. Fue desarrolla para evaluar los estilos de recuperación en personas con esquizofrenia. Consta de 39 ítems, que están divididos en 13 subescalas que son: Contiene 13 subescalas con 13 dominios que son: Continuidad; Apropriación; Responsabilidad; Curiosidad; Educación; Búsqueda de ayuda; Culpa; Causa; Optimismo; Impacto; Miedo; Gusto; Satisfacción. Cada uno de los dominios tiene 3 preguntas que se califica de forma dicotómica: 0 (No estoy de acuerdo) y 1 (Estoy de acuerdo).

42. Self-Assessed Consumer Recovery Outcome (SCORS): Gordon et, al. (2012). Es completada por el paciente. Fue diseñada para proporcionar a profesionales y pacientes una medida para apoyar la reflexión y comunicación individual sobre la recuperación. Consta de 65 ítems, que se dividen en 11 dominios que son: elaciones Vida cotidiana; Cultura; Salud física; Calidad de vida; Salud mental; Recuperación; Esperanza y capacitación; Espiritualidad; Recursos; Satisfacción con los servicios, Escala general. Cada uno de los ítems se califica mediante escala Likert de 5 puntos.

43. Service-user Recovery Evaluation (SeRvE-scale): Barber et, al. (2012). Es completada por el paciente. Fue diseñada para medir la recuperación de la persona con trastorno mental desde el punto de vista del paciente. Consta de 67 ítems, que se dividen en 9 dominios que son: Bienestar existencial; Bienestar religioso; Estado emocional; Bienestar social; Conectividad; Malestar religioso; Malestar existencial; Estigma y vergüenza. Cada uno de los ítems se califica mediante escala Likert de 5 puntos.

44. Subjective Experiences of Psychosis Scale (SEPS): Haddock, G., Wood, L., Watts, R., Dunn, G., Morrison, A. P., & Price, J. (2011). Es completada por el paciente. Fue desarrollada para evaluar la recuperación en relación con los síntomas psicóticos. Consta de 52 ítems en 3 dominios que son: impacto de las experiencias; impacto del apoyo; dimensiones de las experiencias psicóticas. Cada uno de los ítems se califica mediante escala Likert de 5 puntos.

45. Self-Identified Stage of Recovery (SISR): Wolstencroft, K., Oades, L., Caputi, P., & Andresen, R. (2003). Es completada por el paciente. Evalúa la etapa de recuperación que ha alcanzado el paciente desde la perspectiva de la propia persona. Esta escala consta de dos partes: la parte A (SISR-A) es una medida de elección forzada de un solo elemento que consta de cinco declaraciones, cada una de las cuales representa una etapa de recuperación: A = Moratoria; B = Conciencia; C = Preparación; D = Reconstrucción, y E = Crecimiento. Los encuestados eligen la declaración que mejor representa su experiencia de recuperación actual. La Parte B (SISR-B) consta de cuatro ítems que representan cuatro procesos de recuperación: Esperanza,

Responsabilidad, Identidad y Significado. Cada uno de los ítems se califica mediante escala Likert de 6 puntos. Existe la versión corta SISR-T.

46. Stages of Recovery Scale (SORS): Song, L. Y., & Hsu, S. T. (2011). Es completada por el paciente. Fue desarrollada para medir el proceso de recuperación y los componentes de este. Consta de 51 ítems, que a su vez se divide en 6 dimensiones que son: Recuperación de la autonomía; Gestión de la discapacidad; Bienestar general; Mejora de la función social; Sentimiento de esperanza; Ayuda a los demás. Cada uno de los ítems se califica mediante escala Likert de 4 puntos.

47. Stages of Recovery Instrument (STORI): Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Es cumplimentado por el propio paciente. Fue desarrollada para medir los componentes del proceso de recuperación y las etapas. Consta de 50 ítems, que a su vez se divide en 5 factores que corresponde con las etapas del proceso que son: Moratoria; Concienciación; Preparación; Reconstrucción; Crecimiento, cada una de ellas representado por 10 ítems. Cada uno de los ítems se califica mediante escala Likert de 5 puntos. Existen 2 versiones STORI-50 y STORI-30.

48. Subjective Recovery Assessment Scale (SubRAS): Yildiz, M., Erim, R., Soygur, H., Tural, U., Kiras, F., & Gules, E. (2018). Es cumplimentado por el propio paciente. Fue diseñada para evaluar el proceso de recuperación en personas con Trastorno Mental Grave. Consta de 17 ítems, de carácter unidimensional. Cada uno de los ítems se califica mediante escala Likert de 5 puntos.

49. Utah Recovery Scale (URS): Katzenbach, R. J. (2012). Es cumplimentado por el propio paciente. Fue desarrollada para medir el proceso de recuperación y poder establecer un posible vínculo entre la recuperación y los factores que pueden contribuir al bienestar. Consta de 10 ítems, de manera unidimensional. Cada uno de los ítems se califica mediante escala Likert de 5 puntos.

2.6.2 Medidas de resultados de orientación del dispositivos hacia la recuperación.

1. American Association of Community Psychiatrists Recovery Oriented Services Evaluation (AACP-ROSE): American Association of Community Psychiatrists (2005). Puede ser completada por una persona en recuperación o familiares. Evalúa la organización del dispositivo de salud mental en referencia a su promoción de la recuperación. Consta de 46 ítems divididos en cuatro dominios que son: Administración, tratamiento, apoyos y cultura organizativa, cada uno de los cuales se califica en una escala Likert de 5 puntos.

2. Consumer Evaluation of the Collaborative Recovery Model (CEO-CRM): Marshall et al (2009). Puede ser completada por el usuario o por el gestor de casos. Evalúa la orientación del dispositivo hacia la recuperación. Consta de 14 ítems, de carácter unidimensional. Cada uno de los cuales se califica en una escala Likert de 7 puntos.

3. Elements of a Recovery Facilitating System (EFRS): Ridway (2007). Puede ser completada por el usuario y/o familia del usuario. Evalúa como el servicio de salud mental está orientado hacia la recuperación. Consta de 20 ítems, divididos en cuatro dominios que son: centrado en la persona, orientado al consumidor, centrado en la comunidad y accesibles/integrados, Cada uno de los cuales se califica en una escala Likert de 5 puntos.

4. INSPIRE: Mike Slade (2010). Es completada por el usuario. Evalúa como el servicio de salud mental esta orientación hacia la recuperación personal de los usuarios. Consta de 21 ítems, divididos en cuatro dominios que son: conectividad, esperanza, identidad y sentido y finalidad del empoderamiento, cada uno de los cuales se califica en un escala Likert de 5 puntos

5. Magellan Recovery Culture Report Card (MRCRC): Burgess et al (2010). Es completada por el usuario, por un miembro de su familia y/o proveedor. Evalúa la cultura basada en la recuperación que rige el funcionamiento del dispositivo. Consta de 102 ítems, divididos en ocho dominios que son: acogida y accesibilidad, orientación al crecimiento, inclusión del consumidor, curación emocional, entornos y relaciones, orientación a la calidad

de vida, integración en la comunidad, moral y recuperación del personal, cada una de los cuales se califica mediante preguntas cortas

6. Pillars of recovery service audit Tool (PORSAT): Agnes Higgins (2008). Es completada por el usuario, por un miembro de su familia y/o proveedor. Determina si los servicios de salud mental están en consonancia con los principios de la orientación hacia la recuperación. Consta de 60 ítems, divididos en seis dominios que son: liderazgo, atención centrada en la persona y potenciadora, relaciones que inspiran esperanza, acceso e inclusión, educación, investigación/auditoria. Cada uno de los cuales se califica en una escala Likert de 4 puntos

7. Recovery Enhancing Environment Measure (REE): Ridgway y Press (2004). Es completada por el usuario adulto. Evaluar como el servicio de salud mental está orientado hacia la recuperación. Consta de 166 ítems, divididos en siete dominios que son: datos demográficos, calificaciones de importancia de la etapa de recuperación, elementos de los servicios de recuperación, necesidades especiales del individuo, organizativas, clima, marcadores de recuperación, comentarios de los consumidores, cada uno de los cuales se califica en una escala Likert de 5 puntos.

8. Recovery Promotion Fidelity Scale (RPRS): Russinova Z., Rogers E.S., Ellison, M.L (2006). Es completada por el usuario del servicio. Mide la relación entre los usuarios y sus proveedores de salud mental, incluidos los elementos del modelo de recuperación. Consta de 24 ítems, divididos en dos dominios. Cada uno de los cuales se califica mediante un escala Likert de 5 puntos.

9. Recovery Self- Assessment (RSA-R): O'Connell et al. (2005). Es completada por el usuario adulto. Evalúa como el servicio de salud mental está orientado hacia la recuperación. Consta de 36 ítems, divididos en cinco dominio que son: objetivos vitales, participación, diversidad de opciones de tratamiento, elección, servicios adaptados individualmente, cada uno de los cuales se califica en una escala Likert de 5 puntos.

10. Recovery Oriented Systems Indicators Measure (ROSI): Dumont, J.M., Ridgway, P., Onken, S.J., Dornan, D.H., & Ralph, R.O (2005). Es completada por los usuarios y profesionales. Evalúa como el servicio de salud mental está orientado hacia la recuperación. Consta de partes una de 42 ítems (usuarios), divididos en ocho dominios que son: toma de decisiones, persona invalidada, autocuidado y bienestar, recurso vital básico, defensa entre iguales, conocimiento del tratamiento por parte del personal y acceso y otra de 23 ítems (profesionales), divididos en seis dominios que son: apoyo entre iguales, elección, ratios de personal, cultura y orientación del sistema, inclusión del consumidor en la gobernanza y coacción. Consta de preguntas abiertas, cerradas y escala Likert de 5 puntos.

11. Recovery Oriented practices Index (ROPI): Mancini AD & Finnerty MT (2005). Es completada por usuarios de salud mental. Evalúa como el servicio de salud mental está orientado hacia la recuperación. Consta de 20 ítems, divididos en ocho dominios que son: satisfacción de las necesidades básicas, servicios integrales, personalización y elección, implicación/participación del consumidor, apoyos en red/integración en la comunidad, enfoque basado en los puntos fuertes, fuente de control/autodeterminación del cliente, enfoque de recuperación, cada uno de los cuales se califica en una escala Likert de 5 puntos.

12. Recovery Based Program Inventory (RBPI): Ragins, M.(2004). Es completada por profesionales de salud mental. Evaluar como el servicio de salud mental está orientado hacia la recuperación. Consta de 148 ítems, divididos en cuatro dominios que son: creencias de recuperación y puesta en práctica, relación y liderazgo de la recuperación, cultura de la recuperación y tratamiento de recuperación, cada uno de los cuales se califica en un enfoque cualitativo (preguntas abiertas).

13. Recovery Interventions Questionnaire (RIQ): Ellis and King (2003). Es completada por los usuarios del servicio y/o administrador de casos. Evalúa como el servicio de salud mental está orientado hacia la recuperación. Consta de 50 ítems, divididos en dos dominios que son: aspectos del apoyo y tratamiento que facilitan la recuperación, cada uno de los cuales se califica en una escala Likert de 5 puntos.

14. Scottish Recovery Indicator (SRI): Anthony Mancini (2010). Es completada por los usuarios de salud mental. Evalúa como el servicio de salud mental está orientado hacia la recuperación. Consta de 20 ítems, divididos en ocho dimensiones que son: satisfacción de las necesidades básicas, personalización y elección, enfoque basado en los puntos fuertes, servicio integral, implicación/participación del usuario del servicio, implicación de las redes de apoyo y fomento de la inclusión social y la integración en la comunidad, el usuario del servicio tiene el control y participa activamente incluso cuando está sujeto a coacción, enfoque de recuperación, Cada uno de los cuales se califica en un enfoque cualitativo (preguntas abiertas).

15. Recovery Oriented Mental Health Services (SAPT): James Winarski, M.S.W. Michael Dow, Ph.D. Patrick Hendry Patricia (2018). Es completada por el usuario de salud mental. Valora el grado de implementación de los servicios orientados a la recuperación. Consta de 50 ítems, divididos en tres dominios que son: administración, tratamiento e integración en la comunidad, cada uno de los cuales se califica en una escala Likert de 4 puntos.

16. Recovery-Oriented Services Assessment (ROSA): Amy C. Lodge, Wendy Kuhn, Juli Earley, and Stacey Stevens Manser (2018). Es completada por el usuario de salud mental. Evalúa como el servicio está orientado hacia la recuperación. Consta de 15 ítems, dividido en una única dimensión. Cada uno de los cuales se califica en una escala Likert de 5 puntos.

Capítulo III: Objetivos

General:

Validación de la versión española del cuestionario de recuperación I.ROC en pacientes con Trastorno Mental Severo.

Específicos:

- Identificar los instrumentos miden el proceso de recuperación en personas con Trastorno mental .
- Identificar los instrumentos miden la práctica orientada hacia la recuperación en dispositivos de salud mental.
- Realizar la traducción, adaptación cultural y validación en España del instrumento de medición de recuperación Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC).

Capítulo IV: Publicaciones que sustentan la tesis

Artículo 1: Medidas de resultados informados por el paciente (PROM) para la recuperación en salud mental: una revisión de alcance. Publicado en la revista Community Mental Health Journal. F.I: 1.8 (2023) Q3 JCR. Aceptado el 19 Noviembre del 2024

DOI: [10.1007/s10597-024-01426-9](https://doi.org/10.1007/s10597-024-01426-9)

Artículo 2: Análisis crítico de las herramientas para medir la práctica orientada en los centros de salud mental: una revisión de alcance. Publicado en la revista clinics and practice Factor: 1.7 (2023) CR - Q2 (Medicine, General and Internal) Publicado el 31 de Octubre.

DOI: [10.3390/clinpract14060181](https://doi.org/10.3390/clinpract14060181)

Artículo 3: Estudio de validación del contador de resultados de recuperación individual (I.ROC) en población española. Publicado en la revista The European Journal of Psychiatry F.I: 2.5 Q2 JCR Aceptado el 2 Noviembre del 2024.

DOI: [10.1016/j.ejpsy.2024.100287](https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2024.100287)

Artículo 1:

Medidas de resultados informados por el paciente (PROM) para la recuperación en salud mental: una revisión del alcance

Publicado en la revista Community Mental Health Journal.

F.I: 1.8 (2023) Q3 JCR

Acceptado el 19 Noviembre del 2024

DOI: [10.1007/s10597-024-01426-9](https://doi.org/10.1007/s10597-024-01426-9)

Medidas de resultados informados por el paciente (PROM) para la recuperación en salud mental: una revisión del alcance

Autores:

José A. Garrido-Cervera^{1,2}; María I. Ruiz-Granados³; Antonio I. Cuesta-Vargas¹; Antonio J. Sánchez-Guarnido⁴

Afiliación Institucional:

1. Universidad de Málaga, Andalucía Tech, IBIMA, Facultad Ciencias de la Salud, Campus de Teatinos s/n, 29071 Málaga, España.
2. Hospital de Antequera. Avenida Poeta Muñoz Rojas, s/n, 29200 Antequera, Málaga, España
3. Universidad de Córdoba, Andalucía Tech, C. San Alberto Magno, s/n, 14071 Córdoba, España.
4. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Av. de las Fuerzas Armadas, 2, 18014 Granada, España.

Resumen

Antecedentes: La recuperación es un enfoque holístico de la atención a la salud mental que se centra en la capacidad de las personas con trastornos mentales para alcanzar sus metas y vivir una vida plena y significativa, a pesar de sus limitaciones. Los instrumentos de evaluación de la recuperación son herramientas que permiten medir el progreso de las personas con trastornos mentales en su camino hacia la recuperación.

Objetivo: Explorar, mapear y describir en la literatura sobre medidas de resultados informadas por los pacientes (PROMs) relacionadas con el proceso de recuperación en personas con trastornos mentales (MD).

Método: Se realizó una revisión de alcance de instrumentos de evaluación sobre recuperación personal. La búsqueda se realizó en 7 bases de datos: SCOPUS, CINAHL, Medline, Web of Science, Teseo, Opengrey y Dart-Europe. Se incluyeron artículos publicados entre 1970 y 2023, con participantes adultos con algún MD. Se excluyeron estudios con pacientes con discapacidad intelectual o adicciones.

Resultados: De los 50 estudios identificados, los instrumentos seleccionados el 82% utilizaron cuestionarios autoadministrados. Las dimensiones más frecuentes fueron la Hope and Empowerment, con un promedio de 35 ítems por cuestionario. En cuanto a las propiedades psicométricas, la consistencia interna fue la más evaluada, en un 84% de los estudios.

Conclusiones: La recuperación es un concepto complejo y no existe una escala que lo mida de manera integral. Sin embargo, los instrumentos identificados en la revisión pueden ayudar a los profesionales de la salud mental a evaluar la recuperación de las personas con MD y desarrollar planes de tratamiento personalizados.

Palabras clave: patient-reported outcome (PROMs), recovery, mental health, evaluation, outcomes.

Bibliografía

Addendum-to-Measuring-the-Promise-A-Compendium-of-Recovery-Measures-Volume-II.pdf. (s. f.). Recuperado 23 de marzo de 2023, de <https://facesandvoicesofrecovery.org/wp-content/uploads/2019/06/Addendum-to-Measuring-the-Promise-A-Compendium-of-Recovery-Measures-Volume-II.pdf>.

Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The Experience of Recovery from Schizophrenia: Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>

Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. G. (2010). Do clinical outcome measures assess consumer-defined recovery? *Psychiatry Research*, 177(3), Article 3. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.02.013>

Anthony, K. H. (2008). Helping partnerships that facilitate recovery from severe mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(7), 24-33.

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

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBI manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute.

Barber, J. M., Parkes, M., Parsons, H., & Cook, C. C. H. (2012). Importance of spiritual well-being in assessment of recovery: The Service-user Recovery Evaluation (SeRvE) scale. *Psychiatric Bulletin*, 36(12), 444-450. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.111.037838>

Beeble, M. L., & Salem, D. A. (2009). Understanding the phases of recovery from serious mental illness: The roles of referent and expert power in a mutual-help setting. *Journal of Community Psychology*, 37(2), 249-267. <https://doi.org/10.1002/jcop.20291>

Bloom, B. L., & Miller, A. (s. f.). *The Consumer Recovery Outcomes System (CROS 3.0)*:

Boevink, W., Kroon, H., Delespaul, P., & Os, J. V. (2017). Empowerment according to Persons with Severe Mental Illness: Development of the Netherlands Empowerment List and Its Psychometric Properties. *Open Journal of Psychiatry*, 07(01), 18-30. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2017.71002>

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 & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 267-280. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.549996>

Bachner-Melman, R., Lev-Ari, L., Zohar, A. H., & Lev, S. L. (2018). Can Recovery From an Eating Disorder Be Measured? Toward a Standardized Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 9, 2456. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02456>

Mokkink, L. B., Prinsen, C. A. C., Bouter, L. M., Vet, H. C. W. de, & Terwee, C. B. (2016). The COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Brazilian Journal of*

Physical Therapy, 20(2), 105-113. <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0143>

Penas, P., Iraurgi, I., Concepcion Moreno, M., & Uriarte, J. J. (2019). How is evaluated mental health recovery?: A systematic review. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 47(1), 23-32.

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. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.01.007>

C. Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., K. O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., D.J. Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., A. Akl, E., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., G. Wilson, M., Garritty, C., ... E. Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Chen, E. Y. H., Tam, D. K. P., Wong, J. W. S., Law, C. W., & Chiu, C. P. Y. (2005). Self-Administered Instrument to Measure the Patient's Experience of Recovery After First-Episode Psychosis: Development and Validation of the Psychosis Recovery Inventory. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(6), 493-499. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01609.x>

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. <https://doi.org/10.1023/A:1018741302682>

Corriveau, D. P., & Sousa, S. (2013). Levels of Recovery Scale (LORS): Psychometric Properties of a New Instrument to Assess Psychotic Symptoms and Patient Awareness. *Psychological Reports*, 113(2), 435-440. <https://doi.org/10.2466/03.07.02.PR0.113x20z0>

Coulombe, S., Radziszewski, S., Trepanier, S.-G., Provencher, H., Roberge, P., Hudon, C., Meunier, S., Provencher, M. D., & Houle, J. (2015). Mental health self-management questionnaire: Development and psychometric properties. *Journal of Affective Disorders*, 181, 41-49. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.007>

Deegan, P. E. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social Work in Health Care*, 25(3), Art. 3. https://doi.org/10.1300/J010v25n03_02

Drake, R. E., Noel, V. A., & Deegan, P. E. (2015). Measuring recovery as an outcome. *Die Psychiatrie: Grundlagen & Perspektiven*, 12, 174-179.

Drapalski, A. L., Medoff, D., Dixon, L., & Bellack, A. (2016). The reliability and validity of the Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness Scale. *Psychiatry Research*, 239, 259-264. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.031>

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

Eisen, S. V., Dill, D. L., & Grob, M. C. (1994). Reliability and Validity of a Brief Patient-Report Instrument for Psychiatric Outcome Evaluation. *Psychiatric Services*, 45(3), 242-247. <https://doi.org/10.1176/ps.45.3.242>

Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 141-158. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-2649-6>

Fraser, G. (s. f.). Validating the Narrative Recovery Style Scale (NRSS) in a sample of individuals with serious mental illness And Clinical Research Portfolio.

Gordon, S. E., Ellis, P. M., Siegert, R. J., & Walkey, F. H. (2013). Development of a Self-Assessed Consumer Recovery Outcome Measure: My Voice, My Life. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 40(3), 199-210. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0417-9>

Groshkova, T., Best, D., & White, W. (2013). The Assessment of Recovery Capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths: Assessment of Recovery Capital. *Drug and Alcohol Review*, 32(2), 187-194. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00489.x>

Gyamfi, N., Bhullar, N., Islam, M. S., & Usher, K. (2022). Models and frameworks of mental health recovery: A scoping review of the available literature. *Journal of Mental Health*, 0(0), 1-13. <https://doi.org/10.1080/09638237.2022.2069713>

Haddock, G., Wood, L., Watts, R., Dunn, G., Morrison, A. P., & Price, J. (2011). The Subjective Experiences of Psychosis Scale (SEPS): Psychometric evaluation of a scale to assess outcome in psychosis. *Schizophrenia Research*, 133(1-3), 244-249. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.09.023>

Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251-1259. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>

Jerrell, J. M., Cousins, V. C., & Roberts, K. M. (2006). Psychometrics of the Recovery Process Inventory. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(4), 464-473. <https://doi.org/10.1007/s11414-006-9031-5>

Jones, S., Mulligan, L. D., Higginson, S., Dunn, G., & Morrison, A. P. (2013). The bipolar recovery questionnaire: Psychometric properties of a quantitative measure of recovery experiences in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 34-43. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.003>

Khanam, D., McDonald, K., & Neils, C. W. (s. f.). *Measuring Recovery: A Toolkit for Mental Health Providers in New York City*.

Killaspy, H., White, S., Taylor, T. L., & King, M. (2012). Psychometric properties of the Mental Health Recovery Star. *British Journal of Psychiatry*, 201(1), 65-70. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.107946>

Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., 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), Article 6. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(1), 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>

Lloyd C, K. R., Moore L. (s. f.). Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: A cross-sectional study (rayyan-366395319). <https://doi.org/10.1177/0020764009105703>

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

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

McGlashan, T. H. (1975). Integration and Sealing Over: Clinically Distinct Recovery Styles From Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 32(10), 1269. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760280067006>

Measuring Growth: The Reliability and Validity of the Utah Recovery Scale - ProQuest. (s. f.). Recuperado 6 de enero de 2022, de <https://www.proquest.com/openview/183eb4f75eaa3f1e1781683cc0d2557f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

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

Mueser, K. T. (2006). The Illness Management and Recovery Program: Rationale, Development, and Preliminary Findings. *Schizophrenia Bulletin*, 32(Supplement 1), S32-S43. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl022>

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

Newman-Taylor, K., Garner, C., Vernon-Wilson, E., Paas, K. H. W., Herbert, L., & Au-Yeung, S. K. (2017). Psychometric evaluation of the hope, agency and opportunity (HAO); a brief measure of mental health recovery. *Journal of Mental Health*, 26(6), 562-568. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1385746>

Outcomes-procedural-manual.pdf. (s. f.). Recuperado 5 de enero de 2022, de <https://www.hcmhrsb.org/wp-content/uploads/2019/10/outcomes-procedural-manual.pdf>

Peer Outcomes Protocol (POP): Question-By-Question Guide. (s. f.).

Penas, P., Iraurgi, I., Concepcion Moreno, M., & Uriarte, J. J. (2019). How is evaluated mental health recovery?: A systematic review. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 47(1), 23-32.

Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141-146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>

Piat, M., Sabetti, J., & Bloom, D. (2009). The importance of medication in consumer definitions of recovery from serious mental illness: A qualitative study. *Issues in mental health nursing*, 30(8), 482-490. <https://doi.org/10.1080/01612840802509452>

Pilon, D. (s. f.). Milestones of Recovery Scale (MORS).

Pincus, H. A., Spaeth-Ruble, B., Sara, G., Goldner, E. M., Prince, P. N., Ramanuj, P., Gaebel, W., Zielasek, J., Großimlinghaus, I., Wrigley, M., van Weeghel, J., Smith, M., Ruud, T., Mitchell, J. R., & Patton, L. (2016). A review of mental health recovery programs in selected industrialized countries. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0104-4>

Recuperación y el psiquiatra | RANZCP. (s. f.). Recuperado 21 de abril de 2022, de <https://www.ranzcp.org/news-policy/policy-and-advocacy/position-statements/recovery-and-the-psychiatrist>

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

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. <https://doi.org/10.1093/swr/svt018>

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

Siu, B., Ng, B., Li, V., Yeung, Y., Lee, M., & Leung, A. (2012). Mental Health Recovery for Psychiatric Inpatient Services: Perceived Importance of the Elements of Recovery. 22.

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

Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511581649>

Slade, M., Adams, N., & O'Hagan, M. (2012). Recovery: Past progress and future challenges. *International review of psychiatry* (Abingdon, England), 24, 1-4. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.644847>

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>

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

Sullivan WP, C. J., Floyd DF. (s. f.). Walking a tightrope: Case management services and outpatient commitment (rayyan-366395289). <https://doi.org/10.1080/1536710X.2014.961116>

Veit, C. T., & Ware, J. E. (2011). Mental Health Inventory [Data set]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/t02354-000>

Whitley, R., & Drake, R. E. (2010). Recovery: A Dimensional Approach. *Psychiatric Services*, 61(12), Art. 12. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.12.1248>

Ye, S., Pan, J.-Y., Wong, D. F. K., & Bola, J. R. (2013). Cross-Validation of Mental Health Recovery Measures in a Hong Kong Chinese Sample. *Research on Social Work Practice*, 23(3), 311-325. <https://doi.org/10.1177/1049731512471861>

Yildiz, M., Erim, R., Soygur, H., Tural, U., Kiras, F., & Gules, E. (2018). Development and validation of the Subjective Recovery Assessment Scale for patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacol*



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Artículo 2:

Análisis crítico de las herramientas para medir la práctica orientada en los centros de salud mental: A Scoping Review

Publicado en la revista *clinics and practice*

Impact Factor: 1.7 (2023) CR - Q2 (Medicine, General and Internal)

Publicado el 31 de Octubre.

DOI: [10.3390/clinpract14060181](https://doi.org/10.3390/clinpract14060181)

Análisis crítico de las herramientas para medir la práctica orientada en los dispositivos de salud mental una scoping review.

Autores:

Josè Antonio Garrido-Cervera ^{1,2,3,4,*}, María Isabel Ruiz-Granados ⁵, Antonio Ignacio Cuesta-Vargas ^{1,2,3} and Antonio José Sánchez-Guarnido⁶

¹ Grupo Clinimetría en Fisioterapia (CTS 631), Department of Physiotherapy, Faculty of Health Sciences, University of Málaga, 29071 Málaga, Spain.

² Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina (IBIMA Plataforma Bionand). Grupo Clinimetría (F-14), 29590 Málaga, Spain

³ Department of Physiotherapy, University of Málaga, 29071 Málaga, Spain

⁴ Mental Health, Hospital of Antequera, 29200 Málaga, Spain

⁵ Department of Psychology, University of Cordoba, 14071 Cordoba, Spain;

⁶ Mental Health, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, 18014 Granada, Spain;

* Correspondence: josegarrido@uma.e

Resumen

Antecedentes: Para poder implantar una práctica orientada a la recuperación es importante contar con instrumentos que permitan evaluarla. En los últimos años se han desarrollado diferentes cuestionarios que miden la orientación hacia la recuperación en los servicios de salud mental.

Objetivo: Identificar y examinar en la literatura patient experience measures (PREMs) relacionadas con la práctica orientada hacia la recuperación en los dispositivos de salud mental.

Método: Se siguió la metodología de Joanna Briggs Institute para las revisiones de alcance. Se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos: Web of Science, CINAHL, Medline mediante Pubmed y SCOPUS y en repertorios de literatura gris (Google Scholar, Opengrey, Dart- Europe, Teseo). Se incluyeron estudios sobre dispositivos para la recuperación de personas adultas con algún Mental Disorder (MD). Se excluyeron los centrados en dispositivos de atención de adicciones y discapacidad intelectual.

Resultados: Dieciséis estudios cumplen los criterios de inclusión. Los PREMs seleccionados principalmente destacan que Recovery oriented systems, Tratament, Community integration and Support son las dimensiones que más se repiten en los cuestionarios. La media de los items de los cuestionarios se sitúa en 54 items. En cuanto a las propiedades psicométricas, el 62% evalúan la fiabilidad (Consistencia interna) y el 56 % alguna evidencia de validez.

Conclusiones: Existen diferentes PREMs que evalúan la práctica orientada hacia la recuperación. En la actualidad no existe ningún instrumento que podamos calificar como patrón de oro, pero tenemos varios instrumentos con buenas propiedades psicométricas que permiten generar datos útiles para la evaluación de los servicios clínicos.

Palabras clave: Patient experience measures (PREMs); mental health; recovery; oriented services; psychometric properties.

Referencias

Addendum-to-Measuring-the-Promise-A-Compendium-of-Recovery-Measures-Volume-II.pdf. (s. f.). Recuperado 23 de marzo de 2023, de <https://facesandvoicesofrecovery.org/wp-content/uploads/2019/06/Addendum-to-Measuring-the-Promise-A-Compendium-of-Recovery-Measures-Volume-II.pdf>

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). JBI manual for evidence synthesis. Joanna Briggs Institute.

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 & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 267-280. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.549996>

C. Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., K. O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., D.J. Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., A. Akl, E., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., G. Wilson, M., Garritty, C., ... E. Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Campbell-orde, T., Chamberlin, J., & Carpenter, J. leff, HS (2005). (s. f.). Measuring

the Promise: A compendium of recovery measures, Volume II: The Evaluation Centre at HSRI.

Davidson, L. (2005). Recovery, self management and the expert patient – Changing the culture of mental health from a UK perspective. *Journal of Mental Health*, 14(1), Article 1. <https://doi.org/10.1080/09638230500047968>

Davidson, L., Carr, E., Bellamy, C., Tondora, J., Fossey, E., Styron, T., Davidson, M., & Elsamra, S. (2016). Principles for Recovery-Oriented Inpatient Care. En N. N. Singh, J. W. Barber, & S. Van Sant (Eds.), *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry* (pp. 39-58). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-40537-7_2

Delaney, K. R. (2012). Moving to a Recovery Framework of Care: Focusing Attention on Process. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(2), 165-166. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.12.005>

Donnelly, M., Scott, D., McGilloway, S., O'Neill, T., Williams, J., & Slade, M. (s. f.). A report commissioned by the Bamford Implementation Rapid Review Scheme.

FARKAS, M. (2007). The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68-74.

Implementing_recovery_paper.pdf. (s. f.). Recuperado 28 de marzo de 2023, de https://www.1decada4.es/pluginfile.php/189/course/section/47/Implementing_recovery_paper.pdf

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

Khanam, D., McDonald, K., & Neils, C. W. (s. f.). *Measuring Recovery: A Toolkit for Mental Health Providers in New York City*.

Khanam et al. - *Measuring Recovery A Toolkit for Mental Health Pr.pdf*. (s. f.). Recuperado 6 de enero de 2023, de <https://facesandvoicesofrecovery.org/wp-content/uploads/2019/06/Measuring-Recovery-A-Toolkit-for-Mental-Health-Providers-in-New-York-City.pdf>

Laudet, A. B., & White, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(1), 51-59. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.06.003>

Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011).

What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 62(12), 1470-1476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>

Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., 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), Article 6. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(1), 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>

McGregor, J., Brophy, L., Hardy, D., Hoban, D., Meddings, S., Repper, J., Rinaldi, M., Roeg, W., Shepherd, G., Slade, M., Smelson, D., & Stergiopoulos, V. (s. f.). Recovery Colleges International Community of Practice Proceedings of June 2015 Meeting.

Measuring the promise a compendium of recovery measures.pdf. (s. f.).

Mokkink, L. B., Prinsen, C. A. C., Bouter, L. M., Vet, H. C. W. de, & Terwee, C. B. (2016). The COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 20(2), 105-113. <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0143>

Penas, P., Iraurgi, I., Concepcion Moreno, M., & Uriarte, J. J. (2019). How is evaluated mental health recovery?: A systematic review. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 47(1), 23-32.

Perkins, R., & Slade, M. (2012). Recovery in England: Transforming statutory services? *International Review of Psychiatry*, 24(1), 29-39. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.645025>

Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141-146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>

RECOLLECT. (s. f.). Research Into Recovery. Recuperado 4 de mayo de 2022, de <https://www.researchintorecovery.com/research/recollect/>

Recovery Colleges. (s. f.). ImROC - Implementing Recovery through Organisational Change. Recuperado 28 de marzo de 2023, de <https://imroc.org/why-imroc/recovery-colleges/>

Recovery-Colleges.pdf. (s. f.). Recuperado 23 de junio de 2023, de <https://imroc.org/wp-content/uploads/2022/04/1.Recovery-Colleges.pdf>

Salyers, M. P., Tsai, J., & Stultz, T. A. (2007). Measuring recovery orientation in a hospital setting. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(2), 131-137.

<https://doi.org/10.2975/31.2.2007.131.137>

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.

<https://doi.org/10.1093/swr/svt018>

Shepherd et al. - Ten Top Tips for recovery oriented practice.pdf. (s. f.). Recuperado 23 de junio de 2023, de https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/recovery_toptips.pdf

Slade, M., Adams, N., & O'Hagan, M. (2012). Recovery: Past progress and future challenges. *International review of psychiatry* (Abingdon, England), 24, 1-4.

<https://doi.org/10.3109/09540261.2011.644847>

Slade, M., & Hayward, M. (2007). Recovery, psychosis and psychiatry: Research is better than rhetoric. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(2), 81-83.

<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01047.x>

Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 15(1), 285. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4>

Stevens, J., Butterfield, C., Whittington, A., & Holttum, S. (2018). Evaluation of Arts based Courses within a UK Recovery College for People with Mental Health Challenges. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1170.

<https://doi.org/10.3390/ijerph15061170>

Stevens Manser, S., Chubinsky, K., & Kuhn, W. (s. f.). Recovery Outcome Measures to Advance Recovery Oriented Systems of Care. Texas Institute for Excellence in Mental Health, School of Social Work, University of Texas at Austin.

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

Waldemar, A. K., Arnfred, S. M., Petersen, L., & Korsbek, L. (2016). Recovery-Oriented Practice in Mental Health Inpatient Settings: A Literature Review. *Psychiatric Services*, 67(6), 596-602. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400469>

Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Harding, C., Larsen, J., Le Boutillier, C., Oades, L., & Slade, M. (2012). Measures of the recovery orientation of mental health services: Systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(11), 1827-1835.

<https://doi.org/10.1007/s00127-012-0484-y>

Artículo 3

Estudio de validación del contador de resultados de recuperación individual (I.ROC) en población española.

Publicado en la revista The European Journal of Psychiatry

F.I: 2.5 Q2 JCR

Aceptado el 2 Noviembre del 2024.

DOI: [10.1016/j.ejpsy.2024.100287](https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2024.100287)



Estudio de validación del contador de resultados de recuperación individual (I.ROC) en población española.

Autores:

José A. Garrido-Cervera^{1,2*} ; María I., Ruiz-Granados³ ; Antonio I. CuestaVargas¹; Sánchez-Guarnido, Antonio J⁴.

Institutional Affiliation:

1. Universidad de Málaga, Andalucía Tech, IBIMA, Facultad Ciencias de la Salud, Campus de Teatinos s/n, 29071 Malaga, Spain.

2. Hospital de Antequera. Avenida Poeta Muñoz Rojas, s/n, 29200 Antequera, Malaga, Spain

3. Universidad de Córdoba, Andalucía Tech, C. San Alberto Magno, s/n, 140713 Cordoba, Spain.

4. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Av. de las Fuerzas Armadas, 2, 18014 Granada, Spain.

* E-mail address: josegarrido79@hotmail.com (José Antonio Garrido Cervera).

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio fue realizar la traducción, adaptación cultural y validación al español del The Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC).

Método: Aplicamos la metodología recomendada para adaptaciones culturales de cuestionarios y que contiene las siguientes fases: traducción, retrotraducción cruzada, adaptación cultural y análisis de la comprensibilidad. La versión traducida se administró a una muestra de 307 personas con trastorno mental grave para evaluar sus propiedades psicométricas.

Resultados: La consistencia interna del cuestionario fue satisfactoria (alfa de Cronbach = 0,894). La estabilidad temporal del cuestionario fue también adecuada, no obteniéndose diferencias significativas en ninguno de los items en las dos evaluaciones. La validez concurrente con el Recovery Assessment Scale (RAS) fue también adecuada ($r=0,663$ $p<.001$). Los resultados del análisis factorial exploratorio (AFE) encajan con una división en los 4 factores originales, pero también son compatibles con dos factores o con un único factor general.

Conclusiones: Los resultados de este estudio sugieren que la versión española del I.ROC es un instrumento válido y fiable, para configurar la recuperación en personas con mental disorder (MD) .

Palabras clave: Validation, I.ROC, Psychometric assessment, Recovery, PROM, mental disorder.

Bibliografía

Aahlin EK, T. G., Johns N, Horn A, Søreide JA, Fearon KC, Revhaug A, Lassen K. (s. f.). Health-Related Quality of Life, Cachexia and Overall Survival After Major Upper Abdominal Surgery: A Prospective Cohort Stud.

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

Beckers, T., Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., Rudd, B., & Tiemens, B. (2022). Measuring personal recovery in a low-intensity community mental healthcare setting: Validation of the Dutch version of the individual recovery outcomes counter (I.ROC). *Bmc Psychiatry*, 22(1), 38-38.

Bond, T. (2015). *Applying the Rasch Model: Fundamental Measurement in the Human Sciences*, Third Edition (3.^a ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315814698>

Clark, L. A., & Watson, D. (2016). Constructing validity: Basic issues in objective scale development (p. 203). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14805-012>.

Dickens, G. L., Rudd, B., Hallett, N., Ion, R. M., & Hardie, S. M. (2019). Factor validation and Rasch analysis of the individual recovery outcomes counter. *Disability and Rehabilitation*, 41(1), 74-85. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1375030>

Campbell-Orde, T., Chamberlin, J., Carpenter, J., & Leff, H. S. (2005). Measuring the promise: A compendium of recovery measures..

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. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.01.007>

Clark, L. A., & Watson, D. (2016). Constructing validity: Basic issues in objective scale development (p. 203). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14805-012>.

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. <https://doi.org/10.1023/A:1018741302682>.

Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Michaels, P. J. (2013). The Effects of News Stories on the Stigma of Mental Illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(3), 179-182. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182848c24>.

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. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007118>.

Drake, R. E., Noel, V. A., & Deegan, P. E. (2015). Measuring recovery as an outcome. *Die Psychiatrie: Grundlagen & Perspektiven*, 12, 174-179.

Elosua, P. (2005). Evaluación progresiva de la invarianza factorial entre las versiones original y adaptada de una escala de autoconcepto.

Elosua, P., & Muñiz, J. (2010). Exploring the factorial structure of the self-concept: A sequential approach using CFA, MIMIC, and MACS models, across gender and two languages. *European Psychologist*, 15(1), 58-67. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000006>.

Estrategies-2017-2019-pla-director-salut-mental-addiccions.pdf. (s. f.). Recuperado 23 de noviembre de 2023, de https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/ambits-estrategics/salut-mental-addiccions/estrategies-2017-2019-pla-director-salut-mental-addiccions.pdf.

Hambleton, R. K. (2001). The next generation of the ITC Test Translation and Adaptation Guidelines. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 164-172. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.17.3.164>.

III-PISMA_041016.pdf. (2016). Recuperado 23 de noviembre de 2023, de https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/III-PISMA_041016.pdf.

Ion, R., Monger, B., Hardie, S., Henderson, N., & Cumming, J. (2013). A tool to measure progress and outcome in recovery. *British Journal of Mental Health Nursing*, 2(4), Article 4. <https://doi.org/10.12968/bjmh.2013.2.4.21>.

Informe-anual-plan-salud-2017.pdf. (s. f.). Recuperado 24 de noviembre de 2023, https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/informe-anual-plan-salud-2017.pdf.

Khanam, D., McDonald, K., & Neils, C. W. (2013). Measuring Recovery: A Toolkit for Mental Health Providers in New York City.

Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., 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), Article 6. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>.

MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Preacher, K. J., & Hong, S. (2001). Sample Size in Factor Analysis: The Role of Model Error. *Multivariate Behavioral Research*, 36(4), 611-637. https://doi.org/10.1207/S15327906MBR3604_06.

Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf. (s. f.).
Recuperado 24 de noviembre de 2023, de https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf.

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

Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, 25.2, 151-157. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>.

Penas, P., Iraurgi, I., Concepcion Moreno, M., & Uriarte, J. J. (2019). How is evaluated mental health recovery?: A systematic review. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 47(1), 23-32.

Pincus, H. A., Spaeth-Ruble, B., Sara, G., Goldner, E. M., Prince, P. N., Ramanuj, P., Gaebel, W., Zielasek, J., Großimlinghaus, I., Wrigley, M., van Weeghel, J., Smith, M., Ruud, T., Mitchell, J. R., & Patton, L. (2016). A review of mental health recovery programs in selected industrialized countries. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0104-4>.

Ponce, F., Caqueo Urizar, A., Bahamondes, J., Urzúa Morales, A., Portilla Saavedra, D., & Cruz Riveros, C. (2023). Validación Chilena de la Versión Española de la Escala de Evaluación de la Recuperación (Recovery Assessment Scale, RAS) en Pacientes Diagnosticados con Esquizofrenia. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 1(67), 87-99.

Ralph, R. O., Kidder, K., & Phillips, D. (2000). ATIO.

Roco Videla, Á., Hernández Orellana, M., Silva González, O., Roco Videla, Á., Hernández Orellana, M., & Silva González, O. (2021). ¿Cuál es el tamaño muestral adecuado

para validar un cuestionario? *Nutrición Hospitalaria*, 38(4), 877-878. <https://doi.org/10.20960/nh.03633>.

Rudd, B., Karatzias, T., Bradley, A., Fyvie, C., & Hardie, S. (2020). Personally meaningful recovery in people with psychological trauma: Initial validity and reliability of the Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC). *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 387-398. <https://doi.org/10.1111/inm.1267>.

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. <https://doi.org/10.1093/swr/svt018>.

Schmidt et al. – (2012)—Normas de referencia para el Cuestionario de Salud.pdf. Recuperado 27 de noviembre de 2023.

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

Sportel, B. E., Aardema, H., Boonstra, N., Arends, J., Rudd, B., Metz, M. J., Castelein, S., & Pijnenborg, G. H. M. (2023). Measuring recovery in participants with a schizophrenia spectrum disorder: Validation of the Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC). *BMC Psychiatry*, 23(1), 296. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04763-3>.

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

Vilagut, G., María Valderas, J., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E., & Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: Componentes físico y mental. *Medicina Clínica*, 130(19), 726-735. <https://doi.org/10.1157/13121076>

Capítulo V: Resultados.

En lo referente al artículo I: De los 50 estudios identificados, el 80% (40) fueron desarrollados entre Estados Unidos, Reino Unido y Canadá. Las dimensiones de recuperación que más aparecen es la esperanza, empoderamiento y bienestar. El número de ítems es muy heterogéneo variando desde 241 hasta 1, situándose la media en 35 ítems. El año de publicación comienza desde 1983 hasta la actualidad, siendo el año 1994 y 2012, los más productivos con 6 cuestionarios publicados cada uno. El tiempo y método de administración, la gran mayoría de los cuestionarios son autoadministrados y el tiempo medio de realización varía entre 5 y 15 minutos. En referencia las características psicométricas, la fiabilidad es la medida más utilizada, ya que proporcionan esa información 44 cuestionarios, en cambio el test-retest solamente lo hacen 26. La validez, esta información es muy heterogenea así nos encontramos que la validez de constructo la proporcionan 25 cuestionarios, la predictiva y concurrente solamente 12 cuestionarios y baja a 7, la validez de contenido. Por último, sensibilidad y especificidad solamente 4 cuestionarios, nos da esa información. Sobre la población diana según diagnóstico 5 cuestionarios son específicos sobre Esquizofrenia, 4 sobre Psicosis, 1 Esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión, 1 Esquizofrenia y trastorno bipolar, 1 sobre trastorno de estado ánimo y ansiedad, 1 sobre trastorno bipolar y 1 sobre trastornos alimentarios.

En lo referente al artículo II: De los 16 cuestionarios seleccionados, el 75% (12) fueron desarrollados en Estados Unidos. Las dimensiones que más aparecen son sistema orientado a la recuperación, tratamiento, integración comunidad, ayuda/soporte, servicios. El número de ítems es muy variado, ya que va desde los 166 a los 12, situando en 52 la media, El año de publicación comienza en 2003 hasta la actualidad, siendo el 2005 y 2010 lo más productivos con 3 cuestionarios publicados cada uno. El tiempo y método de administración, la gran mayoría son autoadministrado de tipo Likert, con un tiempo de cumplimiento muy variado que van desde los 7 hasta los 60 minutos, aunque la media se sitúa en torno a los 20-25 minutos. En referencia a las características psicométricas, la fiabilidad es la medida más utilizada, ya que la proporcionan 10 cuestionarios y solamente uno la fiabilidad test-retest. En relación con la validez dan información 11 cuestionarios de alguna de las variables de la validez.

En lo referente al artículo III: Para el proceso de validación del cuestionario participaron 307 personas, la mayoría solteras, con una edad promedio de 40,46 años (DE = 10,497). El promedio de años de evolución de la enfermedad fue de 15,6 (DE=8,68). El nivel educativo oscila entre estudios primarios y secundarios para un 78% de la muestra. A nivel laboral casi el 60% de la muestra era jubilado/pensionista.

En cuanto a los datos descriptivos de cada uno de los ítems del I.ROC, las medias de las puntuaciones en cada ítem oscilan entre 3,24 y 4,26. La puntuación media del total de los 12 ítems fue de 45,59, con una desviación típica de 12,57. La distribución de los datos muestra que no hay una gran proporción de los participantes que puntúen en el límite superior o inferior del cuestionario. El alfa de Cronbach es una medida de consistencia interna que indica la correlación entre los ítems de una escala. El alfa de Cronbach obtenido en nuestra muestra (Tabla 2), es de 0,894, lo que indica que los ítems del I.ROC están muy correlacionados entre sí. Por otra parte, la matriz de correlaciones entre los ítems muestra que todas las correlaciones están entre 0,271 y 0,610, todas significativas al nivel de 0,01. Estos datos avalan que los ítems están relacionados entre sí y que no son redundantes.

Capítulo VI: Discusión.

Mediante los artículos recogidos en esta tesis, se examinan y analizan los instrumentos que existen en la literatura sobre el proceso de recuperación de las personas con trastorno mental y la orientación de los dispositivos de salud mental hacia el paradigma de la recuperación. En el contexto actual, se pone en valor la necesidad de centrar la recuperación sobre las personas con enfermedad y la forma de gestionar su proceso de recuperación. Así como, la necesidad de modificar y adaptar los dispositivos de salud mental hacia el paradigma de la recuperación.

En el artículo I, se realizó un análisis detallado de los instrumentos existentes sobre el proceso de recuperación bajo la perspectiva de la persona con enfermedad en proceso de recuperación. Los resultados nos indican que no existen un instrumento que podamos denominar patrón de oro, debido a varios factores, como es la aparición del marco CHIME en el año 2011, y marcando la hoja de ruta en el paradigma de recuperación, por lo que los cuestionarios que se crearon antes de esas fechas, difícilmente estaba basado en el marco CHIME, la complejidad de las características de los cuestionarios (número de items, cuantitativos-cualitativos). Cada uno de ellos conceptualizó la recuperación de manera diferente e incluyó diferentes dominios. Los dominios que más se utilizan dentro de los instrumentos de medida son la esperanza, el empoderamiento, las relaciones, la salud, el empleo/trabajo y el bienestar (Penas et al., 2019). Siendo quizás los dos primeros los fundamentales en la filosofía del paradigma de la recuperación.

En referencia a las propiedades psicométricas, hay diferencias importantes, desde medidas que han sido diseñadas para una única intervención y en las que no se han estudiado o publicado sus propiedades psicométricas hasta otras que han cumplido con buena parte de los estándares de validación de cuestionarios (Sklar et al., 2013).

Los hallazgos de esta revisión tienen implicaciones para mejorar la evaluación del proceso de recuperación de las personas con trastorno mental . Partiendo de la premisa de que la literatura y los estudios sobre la recuperación personal crece día a día, nuestro estudio proporciona una actualización de los instrumentos de evaluación para evaluar el proceso de recuperación personal, permitiendo al lector hacer una elección basada en datos objetivos de

los instrumentos evaluado. Los profesionales de salud, tienen a su disposición en esta revisión una amplia gama de instrumentos de evaluación, para poder aplicarlos en su práctica clínica. Todos los instrumentos tienen fortalezas y debilidades y el clínico tiene con nuestro trabajo la información necesaria para elegir el más adecuado según el objetivo del programa que esté llevando a cabo o la idiosincrasia del dispositivo de salud mental (Cavelti et al., 2012).

Lograr medir el proceso de recuperación de una forma operativa y exhaustiva, nos permite una mejor adherencia a los tratamientos para las personas con trastorno mental, así como poder realizar los cambios en la práctica clínica necesarios para mejorar los resultados del proceso de recuperación de cada persona.

En el artículo II, podemos decir que en los últimos años se ha desarrollado un interés creciente en la evaluación de la orientación hacia la recuperación en los servicios de salud mental. Existen diferentes PREMs disponibles para evaluar la orientación hacia la recuperación, que varían en función de los aspectos que evalúan, el tipo de preguntas que utilizan y el público al que se dirigen. Los instrumentos disponibles tienen sus pros y sus contras, y es importante tener en cuenta estos factores a la hora de elegir un instrumento para evaluar la orientación hacia la recuperación. Es posible que algunos instrumentos necesiten adaptaciones o estudios adicionales para su uso en ciertos contextos, y también es posible que sea necesario desarrollar nuevos instrumentos para evaluar la orientación hacia la recuperación en contextos específicos (Burgess et al., 2011; Donnelly et al., 2013; Scheyett et al 2013; Laudet & White, 2010).

La investigación realizada es una contribución valiosa al campo de la evaluación de la orientación hacia la recuperación por tres fortalezas principales: el uso de la metodología de las revisiones de alcance, el alto número de cuestionarios analizados y la amplitud de la información proporcionada. Así, la investigación se basa en el marco de las revisiones de alcance, que permite explorar la evidencia emergente sobre la temática, incluyendo la literatura gris. Esto es una fortaleza, ya que la literatura gris suele ser una fuente importante de información sobre temas emergentes o poco estudiados. Por otra parte, analizamos 16 cuestionarios, lo que proporciona una visión amplia de las herramientas disponibles para evaluar la orientación hacia la recuperación. Esto permite a los lectores comparar y contrastar diferentes instrumentos y elegir el que mejor se adapte a sus necesidades. Por último, se

proporciona una información detallada sobre cada uno de los cuestionarios analizados, incluyendo sus objetivos, dominios evaluados y propiedades psicométricas. Esto es una fortaleza, ya que permite a los lectores conocer a fondo cada instrumento.

En el artículo III, el objetivo de este estudio fue la adaptación y validación de la versión española del The Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC-España). El I.ROC es una escala validada en otros países para medir la recuperación en personas con trastorno mental (Beckers et al., 2022; Sportel et al., 2023). Se estableció acuerdo con la organización Penumbra que es la creadora del instrumento I.ROC, para los permisos de utilización y la supervisión del proceso de traducción del instrumento.

Los resultados mostraron que el I.ROC tiene una buena fiabilidad test-retest y consistencia interna. La validez convergente se demostró mediante una correlación positiva de las puntuaciones del I.ROC con las puntuaciones RAS.

De acuerdo con los resultados del análisis factorial exploratorio y con los índices de ajuste realizados, tanto el modelo de dos factores (intrapersonal e intrapersonal) como el modelo teórico de cuatro factores (HOPE) tienen un buen ajuste (Dickens et al., 2019; Sportel et al., 2023). Estos resultados están en consonancia con otras investigaciones anteriores, (Beckers et al., 2022; Dickens et al., 2019; Sportel et al., 2023), en la que sustenta la posibilidad tanto de dos factores, como de cuatro factores.

La estructura teórica de 4 factores basados en el formato HOPE, en la que se forma cada factor con tres ítems, es también fácil de utilizar y proporciona un enfoque intuitivo. Además, esta estructura consigue explicar una mayor varianza de los resultados y presenta una mayor comunalidad, cumpliendo con los criterios propuestos. Así, consideramos, que las pruebas a favor de la estructura teórica de cuatro dominios son los suficientemente sólidas como para mantenerlas en los materiales de trabajo y las herramientas de resultado (Monger et al., 2013; Sportel et al., 2023).

En la presente tesis se ha llevado a cabo un análisis de los diferentes instrumentos que son necesarios e importantes tanto desde la perspectiva de la persona con trastorno mental en su proceso de recuperación, como de la orientación de los dispositivos hacia el paradigma de la recuperación. El poder medir estos dos constructos, no es fácil debido a la complejidad desde la no existencia de un única definición de recuperación, así como una directrices claves y única de la orientación de los dispositivos de salud mental hacia el paradigma de la recuperación. No obstante, resulta fundamental y necesario disponer de instrumentos de medida de ambos constructos que nos faciliten la medición y puedan ser utilizados en tanto en la práctica clínica diaria como en el campo de la investigación.

En esta tesis proporcionamos un instrumentos traducido, adaptado y validado para medir el constructor de la recuperación en nuestro país, pudiendo ser utilizado tanto en el ámbito investigador como en el clínico.

El estudio también tiene algunas limitaciones. No se evaluó la sensibilidad al cambio del I.ROC. Esto es importante porque la sensibilidad al cambio es un indicador de la capacidad de la escala para detectar cambios en el tiempo. Tampoco se puede descartar un sesgo de selección, pues no se recopilaron características de los pacientes a los que se les pidió participar, pero no participaron.

El estudio tiene varias fortalezas como el riguroso procedimiento de traducción del I.ROC al español. Este procedimiento incluyó todos los pasos que aconsejan los traductores profesionales, incluida la retrotraducción independiente. Esto aumenta la confianza en la calidad de la traducción. Además, la muestra de participantes fue adecuada para el estudio. La muestra incluyó 307 participantes con MD, lo que es suficiente para realizar análisis estadísticos robustos.

En referencia a líneas futuras de investigación, consideramos de interés evaluar la sensibilidad al cambio del I.ROC

Capítulo VII: Conclusiones.

En las últimas décadas se han desarrollado un amplio número de instrumentos para medir el proceso de recuperación de personas con enfermedades mentales. Estos PROMs pueden ser útiles, válidos y fiables, pero ninguno puede considerarse como la medida estándar de oro en la actualidad.

Por lo anteriormente, descrito destacamos las siguientes conclusiones:

1. Consideramos que es necesario un mayor consenso sobre el significado del concepto de recuperación para poder clarificar cuáles son los procesos, etapas y dominios necesarios para evaluar el proceso de recuperación personal. Además, es necesario adaptar y validar estos instrumentos para su utilización en diferentes servicios, poblaciones clínicas e idiomas.
2. En los últimos años, se han desarrollado varios instrumentos para evaluar la orientación clínica hacia la recuperación en los servicios de salud mental. Estos PREMs pueden ser útiles para fomentar, monitorizar y mejorar la calidad de estos servicios. Sin embargo, su uso todavía no es habitual en la práctica clínica.
3. Bajo nuestra premisa coincidimos con otros investigadores en que es necesario un mayor consenso sobre el significado del concepto de recuperación. Esto permitiría establecer los instrumentos más apropiados para evaluar la orientación hacia la recuperación de estos servicios (Burgess et al., 2011; Drake et al., 2015; Penas et al., 2019; Williams et al., 2012).
4. Consideramos que es necesario ampliar la utilización de estos instrumentos para evaluar la práctica orientada hacia la recuperación, tanto en la vertiente investigadora como en la clínica.
5. El I.ROC es una herramienta PROM que estimula el diálogo sobre el proceso de recuperación del individuo, centrándose en los puntos fuertes y no tanto en las

debilidades o los problemas. Los resultados de nuestro estudio sugieren que la versión española del I.ROC es un instrumento válido y fiable para medir la recuperación personal de los pacientes. Los resultados del análisis factorial avalan su uso tanto con dos dimensiones como con las cuatro dimensiones teóricas del modelo HOPE.

6. El I.ROC es fácil de usar y breve, lo que le hace adecuado para ser utilizado como herramienta de seguimiento de procesos en intervención o programas orientados sobre la recuperación, ayudando a la implementación de estas herramientas tanto en la práctica clínica como en la investigación.

Capítulo VIII: Habilidades Adquiridas/competencias

9.1 Competencias adquiridas

9.1.1 Competencias instrumentales

Gracias al periodo de aprendizaje bajo la dirección del Dr. D. Antonio Ignacio Cuesta Vargas y como investigador en formación del grupo de investigación “Clinimetría en fisioterapia” F-14 del Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), he aprendido a realizar adaptaciones transculturales y validaciones de instrumentos de medida de resultados para enfermos renales y oncológicos avanzados, siguiendo las recomendaciones de los expertos en este tipo de trabajos.

La elaboración de esta Tesis Doctoral me ha permitido poner en práctica los conocimientos adquiridos en el Máster de Nuevas Tendencias de Investigación en Ciencias de la Salud, entre las cuales se encuentran obtener información de alta evidencia científica a través de las búsquedas bibliográficas, y conocer el lenguaje y la escritura científica, así como el mundo de la publicación científica. Estos aspectos los he reforzado durante el periodo de formación doctoral mediante la realización de cursos, y la publicación de trabajos científicos.

La realización de esta Tesis doctoral me ha supuesto un gran desafío desde la perspectiva personal y laboral durante todos estos años que me ha costado su elaboración, evidentemente dentro de los mismos con muchas fluctuaciones y ambivalencias desde el estado de ánimo, pasando por la vitalidad y motivación hacia la misma.

Durante el proceso de realizando de la tesis he ido adquiriendo conocimiento y habilidades, que me han ayudado en el ámbito investigador, académico y clínico, de manera que me han ayudado a mejorar y perfeccionar mi capacidad de búsqueda de información, lectura crítica, capacidad de discernir el operativo y lo plausible.

Todo este camino recorrido durante la realización de la tesis, lo he percibido como la perspectiva de recuperación, en la que el fin no solo es la meta, sino el poder disfrutar del camino de realizarla y que me ha servido para conocer a grandes compañeros/as tanto del ámbito clínico e investigador. He podido adquirir competencias para el diseño de diferentes

métodos de estudios cuantitativos, he aprendido a complementar registro para los comité de ética.

También he conocido el funcionamiento de los procesos de envío, revisión, modificación y adaptaciones de las diferentes revistas científicas y a los procesos temporales de cada una de ellas.

9.1.2 Competencias interpersonales

A nivel individual, me ha supuesto un gran desafío en las esferas personal, laboral y social durante todos estos últimos años, evidentemente dentro de los mismos con muchas fluctuaciones y ambivalencias a nivel anímico.

Durante el proceso de realizando de la tesis he ido adquiriendo conocimiento y habilidades, que me han ayudado en el ámbito investigador, académico y clínico, de manera que me han ayudado a mejorar y perfeccionar mi capacidad de búsqueda de información, lectura crítica, etc....

9.1.3 Competencias sistemáticas

Durante esta experiencia académica he trasladado los conocimientos adquiridos a la vida laboral, pero también al ámbito personal. El hecho de haber formado parte de todo el proceso de un proyecto de investigación me ha permitido saber establecer objetivos específicos a largo plazo, aprendiendo a observar detalles. Esto me ha aportado un enfoque global, pero por otro lado, el trabajar con profesionales de distintos ámbitos me ha hecho ser consciente de la gran gama de perspectivas para entender lo que ocurre en nuestro día a día. Por último, gracias al proceso de difusión de resultados, he mejorado mi capacidad para hablar en público.

9.2 Propuestas para investigación

A la culminación del proceso de defender la tesis, mi hoja de ruta sería volver hacia la práctica clínica, es decir, sobre un plano más experimental, en el que utilizando el cuestionario I.ROC y otras herramientas del paradigma de la recuperación, pueda utilizar los modelos y programas más adecuados a la población con trastorno mental en los diversos del contexto y entorno donde trabajo. También puede existir la posibilidad de intentar poner en funcionamiento varios programas basados en el proceso de recuperación con su metodología correspondiente, para poder comprobar la eficacia y eficiencia de las intervenciones. Desde la perspectiva más profesional como Terapeuta Ocupacional, intentaría implementar la necesidad ocupacional innatas que tenemos los seres humanos, para hacer hincapié en acreditar los requisitos de las intervenciones basadas en actividades significativas para la persona.

Referencias bibliográficas

Addendum-to-Measuring-the-Promise-A-Compendium-of-Recovery-Measures-Volume-II.pdf. (s. f.). Recuperado 23 de marzo de 2023, de <https://facesandvoicesofrecovery.org/wp-content/uploads/2019/06/Addendum-to-Measuring-the-Promise-A-Compendium-of-Recovery-Measures-Volume-II.pdf>.

American Psychiatric Association. (2024). DSM-5-TR, manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado, 5a edición. Editorial Médica Panamericana.

Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The Experience of Recovery from Schizophrenia: Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>

Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. G. (2010). Do clinical outcome measures assess consumer-defined recovery? *Psychiatry Research*, 177(3), Article 3. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.02.013>

Anthony, K. H. (2008). Helping partnerships that facilitate recovery from severe mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(7), 24-33.

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

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). JBI manual for evidence synthesis. Joanna Briggs Institute.

Armstrong, N. P., & Steffen, J. J. (2009). The Recovery Promotion Fidelity Scale: Assessing The Organizational Promotion of Recovery. *Community Mental Health Journal*, 45(3), 163-170. <https://doi.org/10.1007/s10597-008-9176-1>

Bachner-Melman, R., Lev-Ari, L., Zohar, A. H., & Lev, S. L. (2018). Can Recovery From an Eating Disorder Be Measured? Toward a Standardized Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 9, 2456. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02456>

Barber, J. M., Parkes, M., Parsons, H., & Cook, C. C. H. (2012). Importance of spiritual well-being in assessment of recovery: The Service-user Recovery Evaluation (SeRvE) scale. *Psychiatric Bulletin*, 36(12), 444-450. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.111.037838>

Beckers, T., Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., Rudd, B., & Tiemens, B. (2022). Measuring personal recovery in a low-intensity community mental healthcare setting: Validation of the Dutch version of the individual recovery outcomes counter (I.ROC). *Bmc Psychiatry*, 22(1), 38-38.

Beeble, M. L., & Salem, D. A. (2009). Understanding the phases of recovery from serious mental illness: The roles of referent and expert power in a mutual-help setting. *Journal of Community Psychology*, 37(2), 249-267. <https://doi.org/10.1002/jcop.20291>

Bloom, B. L., & Miller, A. (s. f.). *The Consumer Recovery Outcomes System (CROS 3.0)*:

Boevink, W., Kroon, H., Delespaul, P., & Os, J. V. (2017). Empowerment according to Persons with Severe Mental Illness: Development of the Netherlands Empowerment List and Its Psychometric Properties. *Open Journal of Psychiatry*, 07(01), 18-30. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2017.71002>

Bond, T. (2015). *Applying the Rasch Model: Fundamental Measurement in the Human Sciences*, Third Edition (3.^a ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315814698>

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 & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 267-280. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.549996>

Campbell-orde, T., Chamberlin, J., & Carpenter, J. leff, HS (2005). (s. f.). *Measuring the Promise: A compendium of recovery measures, Volume II: The Evaluation Centre at HSRI*.

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. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.01.007>.

Carson, J., & Hurst, R. (2021). Mental health nursing and recovery: the C-CHIME model. *British Journal of Mental Health Nursing*, 10(2), 1-3.

Cervilla, J. A., Ruiz, I., Rodríguez-Barranco, M., Rivera, M., Ibáñez-Casas, I., Molina, E., Valmisa, E., Carmona-Calvo, J., Moreno-Küstner, B., Muñoz-Negro, J. E., Ching-López, A., & Gutiérrez, B. (2016). Protocolo y metodología del estudio epidemiológico de la salud

mental en Andalucía: PISMA-ep. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(4), 185-194.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.11.004>

Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240-248.

Chen, E. Y. H., Tam, D. K. P., Wong, J. W. S., Law, C. W., & Chiu, C. P. Y. (2005). Self-Administered Instrument to Measure the Patient's Experience of Recovery After First-Episode Psychosis: Development and Validation of the Psychosis Recovery Inventory. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(6), 493-499.
<https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01609.x>

Clark, L. A., & Watson, D. (2016). Constructing validity: Basic issues in objective scale development (p. 203). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14805-012>.

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.
<https://doi.org/10.1023/A:1018741302682>.

Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Michaels, P. J. (2013). The Effects of News Stories on the Stigma of Mental Illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(3), 179-182.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182848c24>.

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. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007118>.

Corriveau, D. P., & Sousa, S. (2013). Levels of Recovery Scale (LORS): Psychometric Properties of a New Instrument to Assess Psychotic Symptoms and Patient Awareness. *Psychological Reports*, 113(2), 435-440. <https://doi.org/10.2466/03.07.02.PR0.113x20z0>

Coulombe, S., Radziszewski, S., Trepanier, S.-G., Provencher, H., Roberge, P., Hudon, C., Meunier, S., Provencher, M. D., & Houle, J. (2015). Mental health self-management questionnaire: Development and psychometric properties. *Journal of Affective Disorders*, 181,

Davidson, L. (2005). Recovery, self management and the expert patient – Changing the culture of mental health from a UK perspective. *Journal of Mental Health*, 14(1), Article 1.
<https://doi.org/10.1080/09638230500047968>

Davidson, L., Carr, E., Bellamy, C., Tondora, J., Fossey, E., Styron, T., Davidson, M.,

& Elsamra, S. (2016). Principles for Recovery-Oriented Inpatient Care. En N. N. Singh, J. W. Barber, & S. Van Sant (Eds.), *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry* (pp. 39-58). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-40537-7_2

Deegan, P. E. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social Work in Health Care*, 25(3), Art. 3. https://doi.org/10.1300/J010v25n03_02

Delaney, K. R. (2012). Moving to a Recovery Framework of Care: Focusing Attention on Process. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(2), 165-166. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.12.005>

Dickens, G. L., Rudd, B., Hallett, N., Ion, R. M., & Hardie, S. M. (2019). Factor validation and Rasch analysis of the individual recovery outcomes counter. *Disability and Rehabilitation*, 41(1), 74-85. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1375030>

Donnelly, M., Scott, D., McGilloway, S., O'Neill, T., Williams, J., & Slade, M. (2013). A report commissioned by the Bamford Implementation Rapid Review Scheme.

Drake, R. E., Noel, V. A., & Deegan, P. E. (2015). Measuring recovery as an outcome. *Die Psychiatrie: Grundlagen & Perspektiven*, 12, 174-179.

Drapalski, A. L., Medoff, D., Dixon, L., & Bellack, A. (2016). The reliability and validity of the Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness Scale. *Psychiatry Research*, 239, 259-264. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.031>

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

eCIE-Maps—CIE-10-ES Diagnósticos. (2022). Recuperado 24 de enero de 2024, de https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc_old.html#search=&flags=111100&flagsLT=11111111&searchId=1706056924424&indiceAlfabetico=&listaTabular=id-9019-class-Cap.05&expand=0&clasificacion=cie10mc&version=2010.

Eisen, S. V., Dill, D. L., & Grob, M. C. (1994). Reliability and Validity of a Brief Patient-Report Instrument for Psychiatric Outcome Evaluation. *Psychiatric Services*, 45(3), 242-247. <https://doi.org/10.1176/ps.45.3.242>

Elosua, P. (2005). Evaluación progresiva de la invarianza factorial entre las versiones original y adaptada de una escala de autoconcepto.

Elosua, P., & Muñiz, J. (2010). Exploring the factorial structure of the self-concept: A sequential approach using CFA, MIMIC, and MACS models, across gender and two languages. *European Psychologist*, 15(1), 58-67. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000006>.

Estrategies-2017-2019-pla-director-salut-mental-addiccions.pdf. (s. f.). Recuperado 23 de noviembre de 2023, de https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/ambits-estrategics/salut-mental-addiccions/estrategies-2017-2019-pla-director-salut-mental-addiccions.pdf.

Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68-74.

Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 141-158. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-2649-6>

Fraser, G. (s. f.). Validating the Narrative Recovery Style Scale (NRSS) in a sample of individuals with serious mental illness And Clinical Research Portfolio.

Gordon, S. E., Ellis, P. M., Siegert, R. J., & Walkey, F. H. (2013). Development of a Self-Assessed Consumer Recovery Outcome Measure: My Voice, My Life. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 40(3), 199-210. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0417-9>

Groshkova, T., Best, D., & White, W. (2013). The Assessment of Recovery Capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths: Assessment of Recovery Capital. *Drug and Alcohol Review*, 32(2), 187-194. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00489.x>

Gyamfi, N., Bhullar, N., Islam, M. S., & Usher, K. (2022). Models and frameworks of mental health recovery: A scoping review of the available literature. *Journal of Mental Health*, 0(0), 1-13. <https://doi.org/10.1080/09638237.2022.2069713>

Haddock, G., Wood, L., Watts, R., Dunn, G., Morrison, A. P., & Price, J. (2011). The Subjective Experiences of Psychosis Scale (SEPS): Psychometric evaluation of a scale to assess outcome in psychosis. *Schizophrenia Research*, 133(1-3), 244-249. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.09.023>

Hambleton, R. K. (2001). The next generation of the ITC Test Translation and Adaptation Guidelines. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 164-172. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.17.3.164>.

Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251-1259. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>

III-PISMA_041016.pdf. (2016). Recuperado 23 de noviembre de 2023, de https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/III-PISMA_041016.pdf.

Implementing_recovery_paper.pdf. (s. f.). Recuperado 28 de marzo de 2023, de https://www.1decada4.es/pluginfile.php/189/course/section/47/Implementing_recovery_paper.pdf

Informe-anual-plan-salud-2017.pdf. (s. f.). Recuperado 24 de noviembre de 2023, de https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/informe-anual-plan-salud-2017.pdf.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization. 2019.

Ion, R., Monger, B., Hardie, S., Henderson, N., & Cumming, J. (2013). A tool to measure progress and outcome in recovery. *British Journal of Mental Health Nursing*, 2(4), Article 4. <https://doi.org/10.12968/bjmh.2013.2.4.21>.

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

Jerrell, J. M., Cousins, V. C., & Roberts, K. M. (2006). Psychometrics of the Recovery Process Inventory. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(4), 464-473. <https://doi.org/10.1007/s11414-006-9031-5>

Jones, S., Mulligan, L. D., Higginson, S., Dunn, G., & Morrison, A. P. (2013). The bipolar recovery questionnaire: Psychometric properties of a quantitative measure of recovery experiences in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 34-43. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.003>

Khanam et al. - Measuring Recovery A Toolkit for Mental Health Pr.pdf. (s. f.). Recuperado 6 de enero de 2023, de <https://facesandvoicesofrecovery.org/wp-content/uploads/2019/06/Measuring-Recovery-A-Toolkit-for-Mental-Health-Providers-in-New-York-City.pdf>

Killaspy, H., White, S., Taylor, T. L., & King, M. (2012). Psychometric properties of the Mental Health Recovery Star. *British Journal of Psychiatry*, 201(1), 65-70. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.107946>

Laudet, A. B., & White, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(1), 51-59. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.06.003>

Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 62(12), 1470-1476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>

Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., 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), Article 6. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(1), 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>

Lieberman, R. P., & Kopelwicz, A. (2004). Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: Definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación Psicosocial*, 1(1), 12-29.

Lloyd C, K. R., Moore L. (s. f.). Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: A cross-sectional study (rayyan-366395319). <https://doi.org/10.1177/0020764009105703>

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

Miguel-García, F., Calvo-Reyes, M. C., & Rodríguez-Cobo, I. (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. BDCAP Series 2.[Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad.

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

McGlashan, T. H. (1975). Integration and Sealing Over: Clinically Distinct Recovery Styles From Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 32(10), 1269. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760280067006>

McGregor, J., Brophy, L., Hardy, D., Hoban, D., Meddings, S., Repper, J., Rinaldi, M., Roeg, W., Shepherd, G., Slade, M., Smelson, D., & Stergiopoulos, V. (s. f.). Recovery Colleges International Community of Practice Proceedings of June 2015 Meeting.

Measuring Growth: The Reliability and Validity of the Utah Recovery Scale - ProQuest. (s. f.). Recuperado 6 de enero de 2022, de <https://www.proquest.com/openview/183eb4f75eaa3f1e1781683cc0d2557f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

Measuring the promise a compendium of recovery measures.pdf. (2000).

Miguel-García, F., Calvo-Reyes, M. C., & Rodríguez-Cobo, I. (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. BDCAP Series 2.[Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad.

Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf. (2022). Recuperado 24 de noviembre de 2023, de https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf.

Mokkink, L. B., Prinsen, C. A. C., Bouter, L. M., Vet, H. C. W. de, & Terwee, C. B. (2016). The COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 20(2), 105-113. <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0143>

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

Mueser, K. T. (2006). The Illness Management and Recovery Program: Rationale, Development, and Preliminary Findings. *Schizophrenia Bulletin*, 32(Supplement 1), S32-S43. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl022>

Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, 25.2, 151-157. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>.

National Institute of Mental Health (NIMH)—Transforming the understanding and treatment of mental illnesses. (s. f.). Recuperado 30 de marzo de 2025, de <https://www.nimh.nih.gov/>

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

Newman-Taylor, K., Garner, C., Vernon-Wilson, E., Paas, K. H. W., Herbert, L., & Au-Yeung, S. K. (2017). Psychometric evaluation of the hope, agency and opportunity (HAO); a brief measure of mental health recovery. *Journal of Mental Health*, 26(6), 562-568. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1385746>

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

Organization, W. H. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. World Health Organization. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=lnkOEQAQBAJ&oi=fnd&pg=PR10&dq=World+mental+health+report:+Transforming+mental+health+for+all&ots=TTg2RQPu_m&sig=hENVRyixmTc3Xek5Q5GXyuw65_U

Outcomes-procedural-manual.pdf. (s. f.). Recuperado 5 de enero de 2022, de <https://www.hcmhrs.org/wp-content/uploads/2019/10/outcomes-procedural-manual.pdf>

Peer Outcomes Protocol (POP): Question-By-Question Guide. (s. f.).

Penas, P., Iraurgi, I., Concepcion Moreno, M., & Uriarte, J. J. (2019). How is evaluated mental health recovery?: A systematic review. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 47(1), 23-32.

Perkins, R., & Slade, M. (2012). Recovery in England: Transforming statutory services? *International Review of Psychiatry*, 24(1), 29-39. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.645025>

Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141-146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>

Piat, M., Sabetti, J., & Bloom, D. (2009). The importance of medication in consumer definitions of recovery from serious mental illness: A qualitative study. *Issues in mental health nursing*, 30(8), 482-490. <https://doi.org/10.1080/01612840802509452>

Pilon, D. (s. f.). Milestones of Recovery Scale (MORS).

Pincus, H. A., Spaeth-Ruble, B., Sara, G., Goldner, E. M., Prince, P. N., Ramanuj, P., Gaebel, W., Zielasek, J., Großimlinghaus, I., Wrigley, M., van Weeghel, J., Smith, M., Ruud, T., Mitchell, J. R., & Patton, L. (2016). A review of mental health recovery programs in selected industrialized countries. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0104-4>

Pincus, H. A., Spaeth-Ruble, B., Sara, G., Goldner, E. M., Prince, P. N., Ramanuj, P., Gaebel, W., Zielasek, J., Großimlinghaus, I., Wrigley, M., van Weeghel, J., Smith, M., Ruud, T., Mitchell, J. R., & Patton, L. (2016). A review of mental health recovery programs in selected industrialized countries. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0104-4>.

Ponce, F., Caqueo Urizar, A., Bahamondes, J., Urzúa Morales, A., Portilla Saavedra, D., & Cruz Riveros, C. (2023). Validación Chilena de la Versión Española de la Escala de Evaluación de la Recuperación (Recovery Assessment Scale, RAS) en Pacientes Diagnosticados con Esquizofrenia. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 1(67), 87-99.

Ralph, R. O., Kidder, K., & Phillips, D. (2000). ATIO.

RECOLLECT. (s. f.). Research Into Recovery. Recuperado 4 de mayo de 2022, de <https://www.researchintorecovery.com/research/recollect/>

Recovery Colleges. (s. f.). ImROC - Implementing Recovery through Organisational Change. Recuperado 28 de marzo de 2023, de <https://imroc.org/why-imroc/recovery-colleges/>

Recovery-Colleges.pdf. (s. f.). Recuperado 23 de junio de 2023, de <https://imroc.org/wp-content/uploads/2022/04/1.Recovery-Colleges.pdf>

Recuperación y el psiquiatra | RANZCP. (s. f.). Recuperado 21 de abril de 2022, de <https://www.ranzcp.org/news-policy/policy-and-advocacy/position-statements/recovery-and-the-psychiatrist>

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

Rennick-Egglestone, S., Morgan, K., Llewellyn-Beardsley, J., Ramsay, A., McGranahan, R., Gillard, S., Hui, A., Ng, F., Schneider, J., Booth, S., Pinfold, V., Davidson, L., Franklin, D., Bradstreet, S., Arbour, S., & Slade, M. (2019). Mental Health Recovery Narratives and Their Impact on Recipients: Systematic Review and Narrative Synthesis. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 64(10), 669-679. <https://doi.org/10.1177/0706743719846108>

Roco Videla, Á., Hernández Orellana, M., Silva González, O., Roco Videla, Á., Hernández Orellana, M., & Silva González, O. (2021). ¿Cuál es el tamaño muestral adecuado para validar un cuestionario? *Nutrición Hospitalaria*, 38(4), 877-878. <https://doi.org/10.20960/nh.03633>.

Rudd, B., Karatzias, T., Bradley, A., Fyvie, C., & Hardie, S. (2020). Personally meaningful recovery in people with psychological trauma: Initial validity and reliability of the Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC). *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 387-398. <https://doi.org/10.1111/inm.1267>.

Salyers, M. P., Tsai, J., & Stultz, T. A. (2007). Measuring recovery orientation in a hospital setting. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(2), 131-137. <https://doi.org/10.2975/31.2.2007.131.137>

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. <https://doi.org/10.1093/swr/svt018>

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. <https://doi.org/10.1093/swr/svt018>.

Schmidt et al. – (2012)—Normas de referencia para el Cuestionario de Salud.pdf. Recuperado 27 de noviembre de 2023.

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

Shepherd et al. - Ten Top Tips for recovery oriented practice.pdf. (s. f.). Recuperado 23 de junio de 2023, de https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/recovery_toptips.pdf

Siu, B., Ng, B., Li, V., Yeung, Y., Lee, M., & Leung, A. (2012). Mental Health Recovery for Psychiatric Inpatient Services: Perceived Importance of the Elements of Recovery. 22.

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

Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511581649>

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

Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 15(1), 285. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4>

Slade, M., Adams, N., & O'Hagan, M. (2012). Recovery: Past progress and future challenges. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 24, 1-4. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.644847>

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>

Sportel, B. E., Aardema, H., Boonstra, N., Arends, J., Rudd, B., Metz, M. J., Castelein, S., & Pijnenborg, G. H. M. (2023). Measuring recovery in participants with a schizophrenia spectrum disorder: Validation of the Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC). *BMC Psychiatry*, 23(1), 296. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04763-3>.

Stevens Manser, S., Chubinsky, K., & Kuhn, W. (s. f.). Recovery Outcome Measures to

Advance Recovery Oriented Systems of Care. Texas Institute for Excellence in Mental Health, School of Social Work, University of Texas at Austin.

Stevens, J., Butterfield, C., Whittington, A., & Holttum, S. (2018). Evaluation of Arts based Courses within a UK Recovery College for People with Mental Health Challenges. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1170. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061170>

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

Sullivan WP, C. J., Floyd DF. (s. f.). Walking a tightrope: Case management services and outpatient commitment (rayyan-366395289). <https://doi.org/10.1080/1536710X.2014.961116>

Uribe, M. O. (1996). Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud. Décima Versión CIE-10. *Salud Mental*, 19(Supl 2), Article Supl 2.

Veit, C. T., & Ware, J. E. (2011). Mental Health Inventory [Data set]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/t02354-000>

Vera San Juan, N., Gronholm, P. C., Heslin, M., Lawrence, V., Bain, M., Okuma, A., & Evans-Lacko, S. (2021). Recovery From Severe Mental Health Problems: A Systematic Review of Service User and Informal Caregiver Perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 712026. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.712026>

Vilagut, G., María Valderas, J., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E., & Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: Componentes físico y mental. *Medicina Clínica*, 130(19), 726-735. <https://doi.org/10.1157/13121076>

Waldemar, A. K., Arnfred, S. M., Petersen, L., & Korsbek, L. (2016). Recovery-Oriented Practice in Mental Health Inpatient Settings: A Literature Review. *Psychiatric Services*, 67(6), 596-602. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400469>

World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. World Health Organization.

World mental health report: Transforming mental health for all. (2022). Recuperado 30 de marzo de 2025, de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Whitley, R., & Drake, R. E. (2010). Recovery: A Dimensional Approach. *Psychiatric Services*, 61(12), Art. 12. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.12.1248>

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

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

Ye, S., Pan, J.-Y., Wong, D. F. K., & Bola, J. R. (2013). Cross-Validation of Mental Health Recovery Measures in a Hong Kong Chinese Sample. *Research on Social Work Practice*, 23(3), 311-325. <https://doi.org/10.1177/1049731512471861>

Yildiz, M., Erim, R., Soygur, H., Tural, U., Kiras, F., & Gules, E. (2018). Development and validation of the Subjective Recovery Assessment Scale for patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28(2), 163-169. <https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1405579>

Recovery and the psychiatrist. (s. f.). RANZCP. Recuperado 3 de abril de 2025, de <https://www.ranzcp.org/clinical-guidelines-publications/clinical-guidelines-publications-library/recovery-and-the-psychiatrist>

Anexos.

Anexo 1. Informe del comité de ética



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD
Y POLÍTICAS SOCIALES

Hospital Universitario Reina Sofía

Gregorio Jurado Cáliz, Secretario del Comité de Ética de la Investigación de Córdoba, comité constituido a tenor de lo establecido en el Decreto 439/2010, de 14 de diciembre, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica de Andalucía (BOJA núm. 251 de 27 de diciembre) del que es Presidenta Inmaculada Concepción Herrera Arroyo

CERTIFICA

Que en la reunión del Comité de Ética de Investigación de Córdoba celebrada el día 29 de Junio de 2015 (Acta nº 242, ref. 2823), se ha estudiado y evaluado el Proyecto de Investigación, titulado: "Traducción, adaptación y validación en España de instrumentos de medida sobre el modelo de la recuperación en pacientes con Trastorno Mental Grave", Cód. Protocolo recuperación2015, Protocolo versión 2 de 05/06/2015 y HIPyCI versión 1 de 12/04/15, en el que figura como Investigador D. Antonio José Sánchez Guarnido, adscrito a la Unidad de hospitalización de Salud Mental del Hospital Comarcal Infanta Margarita.

Que ha dicha sesión asistieron los siguientes miembros

PRESIDENTA

Dña. Inmaculada Concepción Herrera Arroyo. Jefe de Servicio Hematología del HURS

VICEPRESIDENTE

D. José Luis Barranco Quintana. FEA Medicina Preventiva del HURS

SECRETARIO

D. Gregorio Jurado Cáliz. Técnico de Función Administrativa. Licenciado en Derecho del HURS

VOCALES

Dña. Sonia García Cabezas. FEA Oncología Radioterápica del HURS

D. Félix Igea Arisqueta. Médico de Familia Área Sanitaria Norte de Córdoba

Dña. Esther Pacheco Rodríguez, FEA Farmacología HURS

D. Ramón Cañete Estrada, Jefe de Sección Pediatría

D. Manuel Jesús Cárdenas Aranzana. Farmacéutico Hospitalario del HURS

D. Javier Caballero Villarraso, FEA Bioquímica Clínica del HURS

Dña. Eva M^a Rojas Calvo. Auxiliar Administrativo HURS. Licenciada en Derecho

Dña. María Mercedes Gil Campos. FEA Pediatría del HURS

Dña. Clara Inés Flórez Almonacid. Enfermera HURS

Dña. María Pleguezuelo Navarro. FEA Digestivo del HURS

Que dicho Comité está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.

En Córdoba, a 15 de Julio de 2015

EL SECRETARIO



Fdo.: Gregorio Jurado Cáliz

Fdo.: Inmaculada Concepción Herrera Arroyo

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



Anexo 2. Variables sociodemográficas sobre el Usuario/a.

Nombre del Usuario/a:

UGC de pertenecía:

1. Edad:
2. Sexo: Hombre: <input type="checkbox"/> Mujer: <input type="checkbox"/>
3. Estudios: 3.1 Sin estudios <input type="checkbox"/> 3.2 Primarios (E.G.B-E.S.O) <input type="checkbox"/> 3.3 Secundarios(B.U.P-Bachiller-Formación Profesional) <input type="checkbox"/> 3.4 Universitarios (Diplomado-Licenciado-Grado) <input type="checkbox"/>
4 Peso
5 Talla
6 Tabaquismo 6.1 Nunca ha fumado. <input type="checkbox"/> 6.2 Ex fumador/a <input type="checkbox"/> 6.3 Fumador/a leve (5 cigarrillos diarios). <input type="checkbox"/> 6.4 Fumador/a moderado (6 a 15 cigarrillos diarios) <input type="checkbox"/> 6.5 Fumador severo (más de 16 cigarrillos por día en promedio) <input type="checkbox"/>
7. Diagnostico principal: 7.1 Psicosis y Esquizofrenia (F.20 <input type="checkbox"/> ; F21 <input type="checkbox"/> ; F22 <input type="checkbox"/> ; F23 <input type="checkbox"/> ; F24 <input type="checkbox"/> ; F25 <input type="checkbox"/> ; F28 <input type="checkbox"/> ; F29 <input type="checkbox"/> 7.2 Trastornos del humor (afectivos). (F30 <input type="checkbox"/> ; F31 <input type="checkbox"/> ; F32 <input type="checkbox"/> ; F33.2 <input type="checkbox"/> ; F33.3 <input type="checkbox"/> 7.3 Trastornos de la personalidad (F60.0 <input type="checkbox"/> ; F60.1 <input type="checkbox"/> ; F60.3 <input type="checkbox"/>
8. Esta Incluido dentro Proceso Asistencial Trastorno Mental Grave: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9. Tiempo de evolución de la Enfermedad, desde que empezó a consultar en salud mental:____(Años)

<p>10. Dispositivo de tratamiento en la actualidad: (Puede señalar más de una opción)</p> <p>10.1 Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) <input type="checkbox"/></p> <p>10.2 Hospital de Día de Salud Mental (HDSM) <input type="checkbox"/></p> <p>10.3 Comunidad Terapéutica Salud Mental (CTSM) <input type="checkbox"/></p> <p>10.4 Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM) <input type="checkbox"/></p>
<p>11. Localidad (Código Postal) y provincia de residencia:</p>
<p>12. Estado civil:</p> <p>12.1 Soltero/a <input type="checkbox"/></p> <p>12.2 Casado/a- Unido/a de hecho <input type="checkbox"/></p> <p>12.3 Divorciado/a- Separado/a <input type="checkbox"/></p> <p>12.4 Viudo/a <input type="checkbox"/></p>
<p>13. Composición del Hogar donde vive actualmente:</p> <p>13.1 Unipersonal <input type="checkbox"/></p> <p>13.2 Monoparental (con un sólo padre) <input type="checkbox"/></p> <p>13.3 Horizontal (con amigos o hermanos) <input type="checkbox"/></p> <p>13.4 Completo (padre-madre-hermanos) <input type="checkbox"/></p> <p>13.5 Hogar familiar propio (Casado, en pareja y/o con hijos) <input type="checkbox"/></p> <p>13.6 Otro: <input type="checkbox"/></p>
<p>14. Actividad Laboral/Vocacional/Ocupacional. (Puede señalar más de una opción)</p> <p>14.1 Parado o desempleado <input type="checkbox"/></p> <p>14.2 Trabajando <input type="checkbox"/></p> <p>14.3 Jubilado, pensionista o retirado <input type="checkbox"/></p> <p>14.4 Estudiante. <input type="checkbox"/></p> <p>14.5 Voluntariado/Agente de Ayuda Mutua <input type="checkbox"/></p>

Anexo 3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN PARA EL USUARIO

Ha sido seleccionado para participar en un estudio denominado: “Traducción, adaptación y validación en España de instrumentos de medida sobre el modelo de la recuperación en pacientes con Trastorno Mental Grave”. Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Naturaleza:

En los últimos años se está produciendo un cambio en la forma de concebir y tratar la salud mental, pasándose de un modelo médico tradicional, con un papel pasivo del paciente y una atención centrada en los síntomas, a una nueva concepción que se ha venido a denominar “modelo de recuperación”. Esta nueva perspectiva supone empoderar al paciente, hacerlo parte activa de los objetivos y el cambio terapéutico, así como cambiar la percepción desde la que vemos el rol tanto de los profesionales como de los usuarios. Igualmente, supone un cambio en los objetivos de la intervención, pues desde este modelo el foco de atención se amplía más allá del síntoma, buscando la consecución de una vida valiosa para la persona con un trastorno mental.

Para el desarrollo del modelo se hace necesario tener más información sobre el grado de implantación del mismo en nuestros dispositivos, sobre los cambios organizativos que se están produciendo y sobre los resultados obtenidos con los usuarios. Sin embargo, en la actualidad, no existen en España instrumentos que permitan obtener esta información. Es por ello, que a partir de este proyecto de investigación se pretende realizar la traducción, adaptación y validación en España de diferentes instrumentos de medida utilizados con éxito en otros países. Para poder realizar dicho estudio necesitamos de su colaboración que consistirá en rellenar una serie de cuestionarios que posteriormente se le detallan en el anexo 1.

Importancia: Gracias a su colaboración y a la de otros participantes, podremos disponer de herramientas fiables y validas para medir el proceso de recuperación de personas con trastorno mental .

Implicaciones para el usuario:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El usuario puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.
- Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La donación/información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Riesgos de la investigación para el usuario: NINGUNO.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con nuestro personal de José Antonio Garrido o Antonio José Sánchez en el teléfono: 662974282 o en el correo electrónico: hdsminfantamargarita@gmail.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL USUARIO

Yo _____ (Nombre _____ y Apellidos):.....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información para el usuario)
- He podido hacer preguntas sobre el estudio < Traducción, adaptación y validación en España de instrumentos de medida sobre el modelo de la recuperación en pacientes con Trastorno Mental Grave>
- He recibido suficiente información sobre el estudio < Traducción, adaptación y validación en España de instrumentos de medida sobre el modelo de la recuperación en pacientes con

Trastorno Mental Grave > He hablado con el profesional sanitario informador:
.....

- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la donación/información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- Deseo ser informado/a de mis datos genéticos y otros de carácter personal que se obtengan en el curso de la investigación, incluidos los descubrimientos inesperados que se puedan producir, siempre que esta información sea necesaria para evitar un grave perjuicio para mi salud o la de mis familiares biológicos.

Si No

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto titulado “Traducción, adaptación y validación en España de instrumentos de medida sobre el modelo de la recuperación en pacientes con Trastorno Mental Grave”.

Firma del usuario/a

Firma del profesional informador/a

Nombre y apellidos:.....

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fecha:

Anexo 4. Instrucciones de la investigación a los Directores de las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de Andalucía.



PROYECTO

“Traducción, adaptación y validación en España de instrumentos de medida sobre el modelo de la recuperación en usuarios con trastorno mental grave”

Entidades responsables de la investigación:

- Unidad de Gestión de Salud Mental del Área de Gestión Sur de Córdoba.
- Departamento de Fisioterapia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga.
- Plan Integral de Salud Mental de Andalucía perteneciente al Servicio Andaluz de Salud.

Grupo responsable de la investigación:

D. José Antonio Garrido Cervera (Terapeuta Ocupacional del Hospital de día de Salud Mental de AGS de Córdoba; Profesor Asociado del Grado de Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga).

Prof. Dr. Antonio José Sánchez Guarnido (Coordinador del Hospital de día de Salud Mental de AGS Sur de Córdoba. Profesor Asociado del Departamento de Psicología de la Universidad de Córdoba).

Dña. Evelyn Huizing (Enfermera Especialista en Salud Mental. Aserora Técnica del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud).

D. Pablo García Cubillana (Enfermero Especialista en Salud Mental; Psicólogo. Asesor Técnico del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud).

Prof. Dr. Antonio Ignacio Cuesta Vargas (Departamento de Fisioterapia de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga, Andalucía Tech, Cátedra de Fisioterapia y Discapacidad, Instituto de Biomedicina de Málaga (IBIMA), Grupo de Clinimetría (FE-14).

Consultas administrativas y técnica sobre la investigación:

Correo electrónico: hdsminfantamargarita@gmail.com

Teléfono: 662974282 o Corporativo: 624282 (L-V: 09:00-14:00).

(Preguntar por José Antonio Garrido Cervera o Antonio José Sánchez Guarnido)

Estimado compañero/a:

Estamos realizando una investigación para traducir, adaptar y validar en España varios cuestionarios sobre el modelo de recuperación en personas con trastorno mental grave.

Para poder realizar dicha investigación necesitamos de la colaboración de las diferentes UGC de Salud Mental de Andalucía. Es por ello que le solicitamos la administración de una serie de cuestionarios a pacientes con diagnóstico de TMG (F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29, F31, F33.2, F33.3, F60.0, F60.3, F60.1) (CIE-10), estén o no incluidos en dicho en el proceso asistencial Trastorno mental grave. x Los participantes puede ser de cualquiera de los siguientes dispositivos: UMSC, URSMC, HDSM o CTSM.

A su UGC le corresponderían ___participantes para una primera administración de las escalas y ___para un retest.

Los cuestionarios están distribuidos en 3 Kit:

KIT 1: Debe ser cumplimentarlo por el profesional que administrara los cuestionarios (referente):

- a) Cuestionario sobre variables sociodemográficas de cada participante.
- b) Escala Honos de Funcionalidad (Rellenada según estado en el último mes).

KIT 2: Debe ser cumplimentado por el participante y a su UGC le corresponde ___ y se compone de:

- a) Instrucciones de participación en la investigación y consentimiento informado.
- c) Cuestionario de Indicador de Resultados sobre Recuperación Individual (I.ROC)
- d) Escala de Valoración de Recuperación (RAS).

e) Cuestionario para autovaloración sobre recuperación. Versión para personas en recuperación (RSA-R).

f) Cuestionario de Funcionalidad SF-12.

KIT 3: de los participantes realizaran un re-test, que debe ser administrado a los 3-5 días después de haber cumplimentado los cuestionarios anteriormente descritos. Para este re-test solamente se tendrán que rellenar los siguientes cuestionarios:

a) Cuestionario Indicador de Resultados de Recuperación Individual (I.ROC)

b) Escala de Valoración de Recuperación (Recovery Assessment Scale)- RAS.

c) Cuestionario para autovaloración sobre recuperación. Versión para personas en recuperación (RSA-R).

Enviar , toda la documentación agrupada por paciente, es decir, grapado el Kit 1,2 o 3 (si corresponde), en sobre cerrado, a la siguiente dirección postal:

Hospital de día de Salud Mental perteneciente al Área de Gestión Sur de Córdoba Calle Hermanos del Moral s/n C.P 14940 Cabra (Córdoba).

Agradeciéndole de antemano su colaboración, quedamos a la espera de su respuesta, atentamente.

Anexo 5. Instrucciones de la investigación para los profesionales colaboradores de las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de Andalucía.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



PROYECTO

“Traducción, adaptación y validación en España de instrumentos de medida sobre el modelo de la recuperación en usuarios con trastorno mental grave”

Entidades responsables de la investigación:

- Unidad de Gestión de Salud Mental del Área de Gestión Sur de Córdoba.
- Departamento de Fisioterapia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga.
- Plan Integral de Salud Mental de Andalucía perteneciente al Servicio Andaluz de Salud.

Grupo responsable de la investigación:

D. José Antonio Garrido Cervera (Terapeuta Ocupacional del Hospital de día de Salud Mental de AGS de Córdoba; Profesor Asociado del Grado de Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga).

Prof. Dr. Antonio José Sánchez Guarnido (Coordinador del Hospital de día de Salud Mental de AGS Sur de Córdoba. Profesor Asociado del Departamento de Psicología de la Universidad de Córdoba).

Dña. Evelyn Huizing (Enfermera Especialista en Salud Mental. Aserora Técnica del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud).

D. Pablo García Cubillana (Enfermero Especialista en Salud Mental; Psicólogo. Asesor Técnico del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud).

Prof. Dr. Antonio Ignacio Cuesta Vargas (Departamento de Fisioterapia de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga, Andalucía Tech, Cátedra de Fisioterapia y Discapacidad, Instituto de Biomedicina de Málaga (IBIMA), Grupo de Clinimetría (FE-14).

Consultas administrativas y técnica sobre la investigación:

Correo electrónico: hdsminfantamargarita@gmail.com

Teléfono: 662974282 o Corporativo: 624282 (L-V: 09:00-14:00).

(Preguntar por José Antonio Garrido Cervera o Antonio José Sánchez Guarnido)

Estimado compañero/a:

Estamos realizando una investigación para traducir, adaptar y validar en España varios cuestionarios sobre el modelo de recuperación en personas con trastorno mental grave.

Usted, ha sido seleccionado por su UGC, como responsable para la administración de los cuestionarios de esta investigación.

Es por ello que solicitamos que seleccione a pacientes con diagnóstico de trastorno mental grave (F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29, F31, F33.2, F33.3, F60.0, F60.3, F60.1; según criterios diagnósticos CIE-10), estén o no incluidos en el proceso asistencial integral de TMG.

Los participantes puede ser de cualquiera de los siguientes dispositivos: Unidad Salud Mental Comunitaria (USMC), Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSMC), Hospital de Día de Salud Mental (HDSM), Comunidad Terapéutica de Salud Mental (CTSM).

A su UGC le corresponderían 4 participantes para una primera administración de las escalas, de los cuales 1 realizaran el retest

Los cuestionarios están distribuidos en 3 Kit:

KIT 1: Debe cumplimentarlos el profesional que administrara los cuestionarios (referente) y consta de:

- a) Cuestionario sobre variables sociodemográficas de cada participante.
- b) Escala Hunos de Funcionalidad (Rellenada según estado en el último mes).

KIT 2: Debe ser cumplimentado por 4 usuarios y consta de:

- a) Instrucciones de participación en la investigación y consentimiento informado.
- c) Cuestionario de Indicador de Resultados sobre Recuperación Individual (I.ROC)
- d) Escala de Valoración de Recuperación (RAS).
- e) Cuestionario para autovaloración sobre recuperación. Versión para personas en recuperación (RSA-R).
- f) Cuestionario de Funcionalidad SF-12.

KIT 3: Se seleccionara 1 usuario de estos usuarios anteriores para realizar un re-test, que será administrado 3-5 días después de la cumplimentación de los cuestionarios anteriormente descritos. Para este re-test solamente se tendrán que rellenar los siguientes cuestionarios:

- a) Cuestionario Indicador de Resultados de Recuperación Individual (I.ROC)
- b) Escala de Valoración de Recuperación (Recovery Assessment Scale)- RAS.
- c) Cuestionario para autovaloración sobre recuperación. Versión para personas en recuperación (RSA-R).

Toda la documentación anteriormente detallada, deberá ser remitida, debidamente cumplimentada y agrupada por participante, es decir, grapando el Kit 1, 2 y 3 (si corresponde), en sobre cerrado, a la siguiente dirección postal:

Hospital de día de Salud Mental perteneciente al Área de Gestión Sur de Córdoba.
Calle Hermanos del Moral s/n C.P 14940 Cabra
(Córdoba)

Agradeciéndole de antemano su colaboración, quedamos a la espera de su respuesta.

Atentamente

José Antonio Garrido Cervera

Antonio José Sánchez Guarnido