

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL
EN SALUD MENTAL COMUNITARIA**

Trabajo Fin de Máster

**EFFECTOS DE LA PARTICIPACIÓN SOBRE EL EMPODERAMIENTO
EN DOS MUESTRAS DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL
GRAVE QUE RECIBEN TRATAMIENTO REHABILITADOR**

Autora: M^a José Ballester Arróniz
Director/Tutor: Dr. Manuel Gómez-Beneyto
Curso: 2014-2015
Depósito: 15 de Julio de 2015



Agradecimientos

La realización de este proyecto de investigación no sólo ha sido un reto en el ámbito de adquisición de conocimientos sobre la materia del máster. En el camino, he tenido la necesidad de aprender lenguajes, culturas, procedimientos y uso de tecnologías, absolutamente desconocidos para mí.

En ese recorrido de descubrimiento y asimilación, quiero agradecer a todas las personas que con sus conocimientos, guía y cariño me han apoyado y ayudado a avanzar de forma absolutamente desinteresada:

A las personas con enfermedad mental que germinaron e hicieron crecer en mi interior esta idea.

A mis compañeros de trabajo, que me animaron a iniciar esta singladura y me apoyaron en el camino.

A mi familia por su cariño, refugio permanente y sufridora de mis malos momentos.

A Marta, Vicktoriya y Carmen, traductores que con entusiasmo y voluntariedad han cooperado en el proyecto.

A Carlos y Alberta, coordinadores del Centro de Rehabilitación y de la Asociación Afesmo, que me abrieron sus puertas y pusieron a mi disposición todos los medios necesarios para la consecución del trabajo, mostrando un sincero interés por los avances científicos en el tema propuesto.

Y a Manuel, mi tutor, mi guía en este humilde pero laborioso proyecto. No encuentro palabras que puedan definir mi agradecimiento por el calor humano recibido, por las clases magistrales en que se convertían nuestros contactos telefónicos, de forma natural y fluida, por su disponibilidad sincera, por su sabiduría, por el constante revulsivo transmitido para continuar de forma ilusionante y, en definitiva, por su gran humanidad. Sin duda ha dejado una huella indeleble que permanecerá más allá de la finalización de este máster.

Gracias a todos.

EFFECTOS DE LA PARTICIPACIÓN SOBRE EL EMPODERAMIENTO EN DOS MUESTRAS DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE QUE RECIBEN TRATAMIENTO REHABILITADOR

Resumen

Introducción: La implantación del modelo de atención comunitaria en España ha ido acompañada del surgimiento de Asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental que, con el objetivo de defender sus derechos y garantizarles la inclusión social, supondrán un complemento de la atención sociosanitaria tradicional. La posibilidad de participación en la toma de decisiones en la Organización donde reciben tratamiento rehabilitador las personas con TMG, se postula como un activo empoderador. **Objetivo:** Determinar las diferencias en los niveles de empoderamiento entre personas con TMG que reciben tratamiento rehabilitador en Asociación de familiares y enfermos mentales (AFESMO) versus Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de San Andrés, (URSM). **Diseño:** Estudio observacional analítico transversal. **Muestra:** Participarán 249 individuos de ambos sexos de edades entre los 18 y 65 años. **Procedimiento:** Instrumentos autoaplicados de empoderamiento, autoeficacia general y autoestima. Edad, sexo, diagnóstico, grado de dependencia y tiempo de pertenencia al programa de rehabilitación serán estudiados como covariables. **Análisis:** Se construirá un modelo de regresión múltivariante con la variable grupo de asignación y las covariables antes mencionadas para explicar la variación en los niveles de empoderamiento, autoeficacia y autoestima.

Palabras clave: Empoderamiento, Enfermedad mental, Participación Organizacional, Rehabilitación psicosocial.

**EFFECTS OF INVOLVEMENT ON EMPOWERMENT IN TWO SAMPLES OF PEOPLE
WITH SEVERAL MENTAL DISORDERS WHO RECEIVE REHABILITATION
TREATMENT**

Abstract

Background: The implementation of community mental health care in Spain was associated with the emergence of associations of people with mental illness and their families. Because of their advocacy on human rights and their efforts to ensure social inclusion, these associations represented a complement to the traditional socio-sanitary care. The opportunity to participate in decision-making in the organization where people with TMG receive rehabilitation is postulated as an empowering asset. **Objective:** To determine the difference in levels of empowerment among people with TMG receiving rehabilitation in an organization where participation is promoted (AFESMO) or in a rehabilitation center (URSM San Andrés) where participation is ignored. **Design:** Cross-sectional study. **Sample:** Two hundred and forty nine persons of both sexes aged between 18 and 65 years. **Measures:** Self-administered questionnaires on personal empowerment, self-efficacy and self-esteem. Age, sex, diagnosis, degree of disability and time of attendance to the rehabilitation program will be registered as co-variables. **Analysis:** A multivariate regression model will be constructed with the assignation group variable and the aforementioned co-variables in order to explain the variance on the levels of empowerment, self-efficacy, self-esteem.

Keywords: Empowerment, Severe Mental Disorder, Organizational Involvement, Psychosocial Rehabilitation.

Lista de abreviaturas

AAA: Agencias de Auto-Ayuda. Organizaciones de servicios gestionados por los propios consumidores, administradas como democracias participativas que involucran a los todos los miembros en todas las tareas de gestión.

AFESMO: Asociación de familiares y personas con enfermedad mental de Molina de Segura.

ASMC: Agencias de Salud Mental de la Comunidad. Servicios tradicionales de SM.

AU: Asociaciones de Usuarios. SM (de Salud Mental).

CRD: Cuaderno de Recogida de Datos.

CSM: Centro de Salud Mental.

ES: "Empowerment Scale". Escala de Empoderamiento.

FEARP: Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial.

GPC: Guía de Práctica Clínica.

OME: "Organizational Mediated Empowerment" Escala de empoderamiento organizacional.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PSC: Psicólogo.

PSGC: Programas de Servicios Gestionados por los Consumidores.

RM: Retraso Mental.

TMG: Trastorno Mental Grave. Definición según INSALUD en colaboración con FEARP.

TS: Trabajador Social.

URSM: Unidad de Rehabilitación de Salud Mental.

ÍNDICE

1. Antecedentes y estado actual del tema	1
Antecedentes	1
Estado actual del tema	3
Justificación	7
2. Hipótesis y objetivos	10
Hipótesis principal y secundaria	10
Objetivo principal y secundarios	10
3. Metodología	11
Diseño	11
Marco (Contexto de estudio)	11
AFESMO	11
URSM San Andrés	13
Población de estudio	13
Muestra	13
Técnica de muestreo	14
Tamaño muestral	14
Criterios de inclusión	14
Criterios de exclusión	15
Variables de estudio	15
Variables independientes	16
Pertenencia o no a AFESMO	16
Variables dependientes	16
Empoderamiento Personal	16
Autoeficacia General	16
Autoestima	17
Otras Variables	18
Fases del estudio	18
Fase I: Preparación del estudio	18
Fase II: Traducción y adaptación de "ES"	19
Objetivo	19
Procedimiento	19
Traducción y Adaptación	19
Prueba piloto de la traducción y adaptación de la escala	20
Evaluación de la comprensibilidad de las cuestiones	21
Propiedades psicométricas	22
Fase III: Reclutamiento de la población de estudio y recogida de datos	22
Fase IV. Análisis estadístico de resultados	23
4. Discusión	24
Resultados obtenidos/Utilidad	24
Resultados en otros estudios	26
Limitaciones del estudio	28
Fortalezas	30
Líneas de investigación en el futuro	31
5. Aspectos Éticos	31
6. Lista de Referencias	32
7. Cronograma	36

Lista de Tablas

Tabla 1: Características de los Centros de Rehabilitación

Tabla 2: Programas de Rehabilitación I

Tabla 3: Programas de Rehabilitación II

Anexos

Anexo I: Consentimiento Informado y Autorización del centro

Anexo II: Adaptación al español de la Escala de Empoderamiento

Anexo III: Formulario de Recogida de Datos

Anexo IV: Memoria económica

Apéndices

Apéndice I: Documento de AFESMO "Acciones que favorecen el empoderamiento..."

Apéndice II: Empowerment Scale

Apéndice III: Escala de Autoeficacia General

Apéndice IV: Escala de Autoestima

1. Antecedentes y estado actual del tema

Antecedentes

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX gran parte de los países desarrollados del mundo occidental, asisten a una serie de cambios económicos y sociales que influirán de forma determinante en la atención a las personas afectadas con problemas de salud mental.

Surgen corrientes de defensa activa de los derechos humanos, aparece la OMS, y se producen avances científicos, como el descubrimiento de los primeros psicofármacos: los neurolépticos.

En este contexto, frente al modelo de custodia de los enfermos mentales, basado en la defensa de la sociedad frente a los enfermos, en la creencia de que podían ser peligrosos y origen del estigma social que acompaña a esta enfermedad hasta nuestros días, surge una nueva concepción de tratamiento de estos enfermos: la llamada psiquiatría comunitaria, que tiene en cuenta la influencia de los factores sociales y ambientales, y que organiza la atención de estas personas en su ámbito social y familiar.

El nuevo modelo incorpora nuevas ideas, procedentes de distintas disciplinas: sociología, tecnología, política, ciencias económicas, y de la conducta, entre otras, postulando que las personas pueden ser ayudadas de forma más efectiva cuando son atendidas en su entorno natural, viven con sus familias y son mantenidos por la sociedad en general (García González, 2007; Matas Torralba, 2013).

En ese sentido, hablar de atención comunitaria significa, algo más que la mera desaparición formal de los hospitales psiquiátricos. En términos organizativos, implica contar con redes integradas de servicios, basados en equipos multiprofesionales y, en términos funcionales, basarse en criterios epidemiológicos, garantizar la continuidad de cuidados, y favorecer en los profesionales enfoques rehabilitadores en sentido amplio, contando para ello con la

participación, no sólo de profesionales, sino también de usuarios, familiares y otros grupos sociales (López & Laviana, 2007).

Este nuevo paradigma de rehabilitación psicosocial, es entendida como una estrategia de Salud Pública, que guía la asistencia a las personas más gravemente afectadas por enfermedades mentales, tanto por la intensidad y persistencia de los síntomas, como por su repercusión funcional y social.

Conceptualmente, la rehabilitación psicosocial, es definida como el tratamiento continuado de los aspectos de los trastornos psiquiátricos que tienden a ser persistentes y que pueden conducir a discapacidad. Sus métodos incluyen una mezcla de técnicas diversas, que van desde lo biológico (un correcto tratamiento farmacológico), a la psicoterapia, el entrenamiento en habilidades psicosociales y vocacionales, la rehabilitación cognitiva, los grupos de autoayuda y la educación para los usuarios, sus familias y la propia comunidad, así como la participación e influencia sobre aspectos legislativos y la educación de la población, para modificar su percepción sobre la salud mental y ayudar a reducir la discriminación y el estigma (Ariño & Pío, 2007).

En este sentido, las asociaciones representativas de las personas con enfermedad mental y sus familias, que comparten la misión genérica de mejorar la calidad de vida de los afectados y sus familias, juegan un papel esencial (Ariño & Pío, 2007; Lamarca, 2009).

En España, los primeros pasos hacia el modelo comunitario se dan en los años setenta, aunque no será hasta la siguiente década cuando se forje a través de diferentes cambios legislativos el modelo que hoy conocemos. El decreto del 24 de octubre de 1983, es el punto de partida, por el que los enfermos mentales pasan a ser sujetos de derecho.

Sin embargo, el proceso de reforma propiamente dicho debe situarse en 1985, con la publicación del «Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica», momento a partir del cual la atención pasa a estar integrada en el sistema general de salud, y de estar

centrada exclusivamente en los aspectos biológicos a tener en cuenta los aspectos biopsicosociales. (Salvador-Carulla, Bulbena, Vázquez-Barquero, Muñoz, Gómez-Beneyto, & Torres, 2000).

A pesar de que el retraso en la implantación del nuevo modelo en España, pudiera suponer un efecto de mejora al conocer las dificultades acaecidas en los países donde ya llevaba años de recorrido, la falta de provisión de recursos y dispositivos comunitarios sanitarios y sociales, así como la falta de coordinación entre éstos, seguirá suponiendo un lastre a la reforma, aún en la actualidad, tras haber pasado treinta años desde su implantación.

La implantación y desarrollo de la misma ha sido muy desigual en las distintas autonomías del estado, pero lo que distintos estudios evidencian es que la atención integral de los problemas del enfermo mental pasa por una correcta coordinación entre servicios sanitarios y sociales, así como la necesaria participación de las organizaciones de la comunidad.

Estado Actual del tema

El modelo comunitario no son los CSM, ni los hospitales de día, ni la atención a domicilio. Lo comunitario es el trabajo en la red con objetivos orientados a la inclusión social, es la acción en un territorio en continua interacción con sus ciudadanos y sus organizaciones.

Una ciudadanía que forma parte del proceso, que hace suyo el proceso asistencial. La comunidad pasa a ser considerada no sólo como usuaria, sino como agente partícipe en el proceso de planificación-programación y como generadora de recursos que deben aliarse con los específicamente técnicos para mejorar la calidad de vida y las relaciones interpersonales de las personas con enfermedad mental. (Allué, 2008; Lamarca, 2009)

El nuevo modelo origina nuevas situaciones que producen nuevos sujetos: nuevos sujetos de derecho y nuevos derechos para los sujetos. (Desviat, 2010).

Así mismo, nuevos conceptos se superponen al de rehabilitación comunitaria, como el de recuperación, entendida ésta como el máximo desarrollo de las potencialidades personales con el objetivo de alcanzar la felicidad mediante la mejora de la calidad de vida, la capacidad de decisión sobre el propio destino, la autonomía, y la máxima independencia, de acuerdo con una política de derechos humanos.

Estamos hablando, por tanto, de que el objetivo principal de la recuperación, es la inclusión social de la persona con enfermedad mental en su comunidad, para lo que es necesario incluir indicadores que vayan más allá de la mera evolución clínica y que sean sensibles y discriminen aspectos sociales e interpersonales. Para ello, es imprescindible que sean parte de la toma de decisiones socio-políticas que les afectan en distintos niveles (Ariño & Pío, 2007; Lamarca, 2009; Macías, 2011). Éste será, entre otros, uno de los cometidos del llamado tercer sector, nombre en el que se engloba a una red de organizaciones civiles, que surgen y se organizan, con el fin de defender los derechos de sus integrantes, participar en la planificación, diseño de estrategias y desarrollo de programas y la articulación con los servicios de salud.

De esta forma, adquirirá un protagonismo en el desarrollo de la atención comunitaria, diferenciando sus funciones de las de los servicios profesionales.

El llamado tercer sector, integrado por asociaciones y fundaciones, es un fenómeno en alza en nuestro país. Existen 28.500 entidades integradas en él, habiéndose creado en los últimos diez años más del 70%.

Los movimientos asociativos están estrechamente relacionados con un proceso amplio de desarrollo y recuperación de la autonomía personal. De esta forma, las asociaciones cumplen así una función instrumental, pero también funcional: dar información, canalizar intereses, potenciar la interacción y participación social, además de otras funciones lúdicas y de ocio, y de reinserción laboral (Ariño & Pío, 2007; García González, 2007; Rubio, 2008).

El impulso de dicha participación, y de una actitud de colaboración entre usuarios, familiares, profesionales y gestores asistenciales, es un objetivo y una estrategia explícita, tanto en recomendaciones internacionales (OMS, Comisión Europea), como nacionales.

Dentro de estas recomendaciones, se identifica el empoderamiento de la personas con problemas de salud mental, y de las personas que les cuidan, como prioridades fundamentales para las próximas décadas.

En la Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre Salud Mental que tuvo lugar en Helsinki, Finlandia, en 2005, los ministros de sanidad de los Estados miembros de la OMS-Región Europea, se comprometieron a aplicar una política y una legislación en Salud Mental que estableciera la normativa de las actividades de salud mental, defendiera los derechos humanos, y ofreciera a las personas con problemas de salud mental la elección y la implicación en su propio tratamiento (Copenhagen, 2009; Wallerstein, 2006; World Health Organization, 2013).

Pero, ¿qué entendemos por empoderamiento?

Literalmente, puede ser traducido como "em-poderar", es decir, dar poder, dotar de poder, pero el término *empowerment* se traduce generalmente, no como empoderar, sino como *potenciación o fortalecimiento* (Musitu & Buelga, 2004).

De forma intuitiva, bajo el concepto de potenciación caben otros conceptos e ideas, como el de autonomía, autogestión, pensamiento crítico e, incluso, libertad. Para el creador del constructo, "La potenciación es el proceso por el cual, las personas, organizaciones y comunidades adquieren control y dominio (*mastery*) de sus vidas" (Rappaport, 1981).

Para el Cornell Empowerment Group, la potenciación es un proceso intencionado y progresivo que, centrado en la comunidad local, fundamentado sobre el respeto mutuo, la reflexión crítica, la ayuda natural y la participación en estructuras sociales de la comunidad,

permite a aquellos que no comparten por igual los recursos, tener un acceso y un control sobre los recursos.

Para Powell (1990), "El *empowerment* es el proceso por el cual los individuos, grupos y comunidades llegan a tener la capacidad de controlar sus circunstancias y de alcanzar sus propios objetivos, luchando por la maximización de la calidad en sus vidas". Se establece así, una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la *comunidad*.

El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal, relacionado con componentes como el locus de control externo y la autoeficacia, mientras que el empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente, con el fin de conseguir una mayor influencia en su vida y en la de la comunidad a la que pertenecen (Kilian, Lindenbach, Löbig, Uhle, Petscheleit, & Angermeyer, 2003; Musitu & Buelga, 2004; Nutbeam, 1998).

Podemos afirmar por tanto, que el interés del empoderamiento se dirige específicamente a la influencia que se produce entre la persona y los sistemas ambientales en los que se desenvuelve. Ampliada la unidad de análisis y de intervención a los sistemas sociales y, en concreto, a las interrelaciones que se producen entre el entorno y la persona, la intervención no pretende eliminar los déficits o las debilidades de los individuos buscando una solución a los problemas presentes, sino que desde una acción preventiva se busca promover y movilizar los recursos y potencialidades que posibiliten que las personas, los grupos o las comunidades adquieran dominio y control sobre sus vidas.

En este sentido, algunos estudios indican que la recuperación está vinculada con los valores de la participación e inclusión social completa, participación en su proceso de recuperación, adquiriendo habilidades para manejar la enfermedad y aumentando su propia confianza, para tomar decisiones sobre su vida y enfermedad de forma independiente. Dicho de otro modo, la

recuperación se relaciona con el empoderamiento individual y social de las personas con enfermedad mental (Barbic, Krupa, & Armstrong, 2009; Chen, & Li, 2009; Musitu & Buelga, 2004).

Justificación

Llegados a este punto cabe preguntarse, ¿podemos generar marcos que faciliten el empoderamiento en las personas afectadas de enfermedad mental?

En nuestra opinión, creemos que la perspectiva narrativa puede ser útil como estrategia básica para el desarrollo y puesta en práctica del empoderamiento personal y social: escuchar, amplificar y dar valor a las historias de las personas que padecen una enfermedad mental, para que la gente descubra sus historias, se interrelacione, y cree espacios de conciencia crítica, defensa de sus derechos y comprensión.

Y pensamos que es en los programas de las organizaciones, del ya citado tercer sector, donde se facilita el desarrollo y puesta en práctica de esta perspectiva narrativa, pues en su vocación fundacional está la de amplificar la voz de las personas que sufren de enfermedad mental mediante la restauración plena de sus derechos como ciudadanos.

Algunos estudios señalan que la participación en las Asociaciones de usuarios mejora el empoderamiento, especialmente si se combina con los recursos tradicionales de la red de salud mental, aunque remarcan que hay variaciones en los resultados según la intensidad, implicación de los usuarios y funcionamiento de la Asociación.

El marco para la promoción del empoderamiento en estas asociaciones, implica la oportunidad de participación en la toma de decisiones, y en el desarrollo y evaluación de los programas (Salzer, 1997). Estudios posteriores sobre el estigma también señalan, que la participación democrática en las organizaciones, la cooperación mutua y el aumento de funciones de responsabilidad influyen de manera positiva sobre la reducción del auto-estigma y el aumento del empoderamiento (Corrigan, 2006; Corrigan & Rao, 2012).

Así mismo, el apoyo de iguales, aplicado a la enfermedad mental, está todavía poco explorado y rodeado de cierta controversia y ambigüedad. Sin embargo, las últimas evidencias de estudios recientes, realizados en varios países, observaron que el apoyo de iguales constituye una intervención eficaz, que promueve el empoderamiento y mejora la calidad de vida y la participación de los usuarios (Campos et al., 2014).

(Maton & Salem, 1995) plantean que las organizaciones empoderadoras tienen básicamente cuatro características, que son, creer en las personas que la componen, proporcionar un clima de crecimiento y confianza; propiciar un sistema de liderazgo compartido que beneficie tanto a las personas como a la organización; brindar oportunidades de ejercicio para el ejercicio de múltiples roles y ofrecer apoyo social.

Evidentemente estas características del contexto empoderador no son independientes de los individuos que las componen y existe una interacción y circularidad entre ambos. Como señala (Kelly, 1986) en referencia al estudio de las redes sociales, existe una interdependencia de cualidades personales y estructuras sociales y efectos recíprocos entre las redes y los individuos, con beneficios sinérgicos para ambos. a nivel organizacional implica el proceso de fortalecimiento de la organización como un todo para lograr sus objetivos y metas como sistema o unidad, lo que a su vez significa probablemente generar procesos de liderazgo compartido, procesos de capacitación de sus miembros en función de los objetivos de la organización, procesos de toma de decisiones y sistemas de comunicación y apoyo eficaces, sistemas de distribución de roles y responsabilidades según capacidad, la creación de entornos de intercambio de información y recursos, un modelo o estilo de gestión adecuada en función del crecimiento y desarrollo organizacional. Sólo de esta forma no se confunde lo que es el nivel del agregado social organizacional con lo que es el contexto del nivel del agregado social individual (Silva & Martínez, 2004).

Las asociaciones de enfermos y familiares demuestran un interés creciente en incorporar a sus programas la evidencia científica en este sentido, con el objetivo de aumentar el empoderamiento de sus asociados y con el fin último de llevar a cabo la reintegración plena en la sociedad (Campos et al., 2014; Krajewski, Burazeri, & Brand, 2013; Moniz, Gelsthorpe, Ibsen, & Ireland, 2007; Pilonieta, 2002; Rubio, 2008).

Estos hechos justifican la importancia de realizar estudios que incrementen nuestro conocimiento acerca de dichos programas. Por este motivo elegimos la "Asociación de familiares y personas con enfermedad mental", en adelante AFESMO, que manifiesta un interés relevante por favorecer el empoderamiento entre sus socios a través de la participación democrática en sus Órganos de Gobierno y el desarrollo de programas específicos para fortalecer la capacitación de sus miembros, además de desarrollar programas activos de difusión de los derechos del colectivo al que representa. (Ver Apéndice)

Por otro lado, tras realizar una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cinahl, Lilacs, Pubmed, Preevid, S-Cielo y Cochrane Library, sobre el constructo "empoderamiento", se evidencia la existencia limitada de escalas para medirlo en nuestra población de interés.

Las escalas encontradas están relacionadas con aspectos relativos a enfermedades físicas, aspectos sociales, como exclusión social, de género, edad avanzada, así como otras referidas a empresas y consumidores, por lo que nos vemos en la necesidad de traducir y adaptar una escala para medir el empoderamiento en nuestra población de interés, como paso previo para poder llevar a cabo el proyecto de investigación.

La exposición de los contenidos del proyecto seguirá las recomendaciones de la Guía Strobe para estudios observacionales, normas APA y de las directrices de la Comisión Internacional de Test (ITC) para la adaptación de test de unas culturas a otras (Muñiz, Elosua & Hambleton, 2013; Von Elm, Altman , Egger, Pocock & Gotzsche, 2008).

2. Hipótesis y objetivos

Hipótesis principal

La oportunidad de participación activa en la toma de decisiones de los usuarios con TMG en las organizaciones donde reciben programas de rehabilitación psicosocial, aumenta sus niveles de empoderamiento.

Hipótesis secundaria

El nivel de empoderamiento entre los enfermos con TMG que forman parte de la asociación AFESMO, es superior al de los enfermos que reciben el tratamiento estándar rehabilitador dispensado en las Unidades de Rehabilitación Psicosocial de la Red de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Murcia.

Objetivo principal

Determinar la existencia de diferencias significativas entre los niveles de empoderamiento de los enfermos asociados de AFESMO y los de la URSM de San Andrés.

Objetivos secundarios

- Traducir y adaptar culturalmente el instrumento de medida de empoderamiento: "Empowerment Scale" (ES) (Rogers, Chamberlin, Langer & Crean, 1997).
- Identificar elementos diferenciadores en las estructuras organizacionales de dos establecimientos de Rehabilitación de Murcia: AFESMO versus URSM San Andrés.
- Identificar diferencias programáticas de ambas organizaciones.
- Determinar si existen variables del perfil sociodemográfico de los participantes que influyen sobre el empoderamiento.

3. Metodología

Diseño

Se llevará a cabo un estudio observacional transversal en el que se estudiará la influencia de la participación en la toma de decisiones en la Organización donde reciben tratamiento rehabilitador, sobre la variable dependiente de empoderamiento en dos muestras de enfermos con TMG durante un período de doce meses.

Marco (ámbito de estudio)

En la región de Murcia, las personas con enfermedad mental que precisan rehabilitación psicosocial, pueden beneficiarse de la atención de los recursos que pone a disposición la cartera de servicios del Servicio Murciano de Salud, (SMS) con las denominadas Unidades de Rehabilitación en salud mental de Adultos (URSM) y de otros recursos sociales que complementan la atención de estas personas, de forma coordinada con la red del SMS.

Este proyecto, estudiará los niveles de empoderamiento en dos recursos de Rehabilitación psicosocial de la Región de Murcia que cubren las necesidades de atención psicosocial de la población en las Áreas I y VI del mapa sanitario de la Región de Murcia y que comprenden áreas urbanas, suburbanas y rurales.

La URSM de San Andrés, perteneciente a la cartera de servicios del Servicio Murciano de Salud, proporciona atención rehabilitadora en el Área I de la región, mientras que la Asociación de familiares y personas con enfermedad mental, AFESMO, supone un complemento a los servicios socio-sanitarios de atención a las personas con enfermedad mental en el Área VI.

AFESMO. Se trata una asociación sin ánimo de lucro, fundada en 1997, geográficamente ubicada en la ciudad de Molina de Segura, situada a 13 km de Murcia capital.

Se constituye como un servicio terapéutico que ofrece programas de rehabilitación psicosocial con el objetivo de la integración social de las personas afectadas de enfermedad mental. El número de asociados en el programa de rehabilitación es de 126.

La característica común en el perfil es que presentan déficits importantes en el funcionamiento global, con afectación en las siguientes áreas de funcionamiento: relaciones sociales y familiares deterioradas, uso y disfrute del tiempo libre escaso, desarrollo cognitivo limitado, autonomía personal y habilidades sociales disminuidas, actividades de la vida diaria básicas e instrumentales deterioradas.

La asociación presta sus servicios de rehabilitación a través del dispositivo de Centro de Día, mediante acogida, valoración inicial del caso y establecimiento de un Plan de Intervención Personalizado (PIP). Posteriormente se adscribe al paciente a los programas y actividades específicos enfocados a su recuperación.

Durante todo el proceso, el paciente es tutorizado por un profesional de referencia que le acoge, motiva, guía, acompaña, coordina actuaciones para un tratamiento integral y resuelve cualquier problema o duda suscitada por paciente o familia.

La asociación tiene una forma de gestión democrática, en la que sus asociados participan, a través de sus representantes, en los órganos de gobierno y representación, Junta directiva.

(Ver Apéndice I).

El Centro de Día de la Asociación se caracteriza por su amplio abanico programático, y una intensa actividad comunitaria, en la que los socios, 126 personas con TMG personas con enfermedad mental, participan activamente en la toma de decisiones. Esta participación se lleva a cabo a través de su voto directo en las Asambleas, a través del voto de sus representantes en la Junta directiva, tramitación de quejas o reclamaciones, y buzón de sugerencias, entre otras.

Los usuarios de esta asociación se benefician de los programas terapéuticos de rehabilitación, y de acciones específicas encaminadas a empoderar a sus socios, como el programa de paciente experto y la difusión, mediante Jornadas y otros formatos, de conocimientos sobre derechos de los usuarios y los recursos de salud mental.

URSM San Andrés. Se trata de la Unidad de Rehabilitación perteneciente al área I de la Red de Salud Mental de la Región de Murcia, situada geográficamente en el Centro histórico de la capital. Se enmarca dentro del Modelo de Atención Comunitaria para la atención a los trastornos mentales graves (TMG), entendiéndose por tales, aquellos trastornos discapacitantes y de larga duración que requieren de una atención integral de tratamientos biológicos, psicosociales, de rehabilitación, cuidados y apoyos.

El objetivo general de la URSM es favorecer que las personas a las que atiende, adquieran o recuperen en la medida de sus posibilidades, las habilidades y competencias personales/sociales necesarias para desenvolverse con la mayor autonomía posible en su medio social y familiar, mejorando su calidad de vida a través de diversos programas y actividades que se detallan en Tabla I.

En la Unidad son atendidos un total de 123 personas con déficits en las mismas áreas funcionales descritas anteriormente para el otro grupo. Así mismo tras valoración inicial y elaboración del Plan Individual de Rehabilitación son tutorizadas durante todo su proceso.

Población de estudio

El universo de estudio está constituido por los habitantes de las áreas sanitarias I y VI del mapa sanitario de la Consejería de Sanidad de Murcia y la población de estudio por las personas con Trastorno Mental Grave residentes en dichas áreas.

Muestra

Se trata de 249 personas con TMG, de las cuales, 126 pertenecen a AFESMO y 123 a URSM de San Andrés, ambas de Murcia.

Las características sociodemográficas en la población de AFESMO son: 84 hombres y 42 mujeres de edades comprendidas entre los 18 a los 65 años, con un diagnóstico de Esquizofrenia y su espectro que alcanza el 68% y que en un 80% presentan un grado II de dependencia reconocido por la Administración Pública.

Las características sociodemográficas de la población de la URSM son: 76 hombres y 47 mujeres, con una edad media de 36 años, mayoritariamente con diagnóstico del espectro de la esquizofrenia 72%, siendo pensionistas un 30% de ellos.

Todos los individuos siguen un programa de Rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental grave.

Técnica de muestreo.

No se utiliza tipo de muestreo alguno; se estudia la totalidad de usuarios de ambas organizaciones-

Tamaño muestral

Serán incluidas en el estudio todas las personas con TMG asociados de AFESMO, un total de 126 personas; y todas las personas con TMG de la URSM de San Andrés, 123 personas.

Criterios de inclusión

- Ser mayor de 18 años.
- Pacientes que cumplen criterios de TMG según la definición del Inerso en colaboración con FEARP (Aguado, Ariño, Blanco, & Casal, 2011): Personas que padecen un trastorno mental con discapacidad severa en las áreas de funcionamiento personal, social y laboral, que precisan de un abordaje sociosanitario complejo y cuya duración es superior a los dos años.

En esta categoría se incluyen los siguientes diagnósticos:

Trastornos esquizofrénicos (F20.x)

Trastorno esquizotípico (F21)

Trastornos delirantes persistentes (F22)

Trastornos delirantes inducidos (F24)

Trastornos esquizoafectivos (F25)

Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)

Trastorno Bipolar (F31.x)

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)

Trastornos depresivos graves recurrentes (F33)

Trastorno obsesivo compulsivo (F42)

- Estar recibiendo tratamiento en programas de Rehabilitación psicosocial en AFESMO o URSM de San Andrés.
- No sufrir deterioro cognitivo que les impida comprender los enunciados de los instrumentos de medida utilizados. (Valorado al inicio del estudio por el profesional a cargo de la recogida de datos).
- Aceptar participar libremente en el proyecto de investigación tras explicarles el objetivo y firmar consentimiento según el Comité de Ética e Investigación de ambas organizaciones. (Anexo I)

Criterios de exclusión

- Padecer RM grave o deterioro cognitivo que impide comprensión y correcta cumplimentación de los cuestionarios.
- No cumplimiento de los criterios diagnósticos especificados en los criterios de inclusión.
- Presentar desestabilidad clínica en el momento de participación en el estudio que altere su juicio de realidad.
- No aceptación de participación en el proyecto o firma de consentimientos.

Variables de estudio

Variable independiente

Esta variable viene definida por la pertenencia a la organización donde recibe el programa rehabilitador la persona estudiada (AFESMO). La información será registrada junto con el de otras variables de estudio en el cuaderno de recogida de datos (CRD). (Anexo III)

Variables dependientes

Empoderamiento Personal. Fuente de información: Escala de Empoderamiento (ES) (Rogers et al., 1997), desarrollada para medir el constructo personal de empoderamiento relativo a los usuarios de servicios de salud mental. (Apéndice II)

El instrumento está formado por un total de 28 ítems, mediante preguntas con respuesta tipo Lickert (de totalmente en desacuerdo a muy de acuerdo). La información solicitada recoge aspectos en relación a la percepción del propio sujeto en función de la capacidad para la toma de decisiones.

Los 28 ítems se suman y promedian para llegar a la puntuación general de empoderamiento, de una puntuación máxima posible de 4, en la que 1 = "Totalmente de acuerdo" y 4 = "Totalmente en desacuerdo", por lo que los valores más altos indicarán mayores niveles de empoderamiento y viceversa.

La escala original en inglés está validada y presenta un alpha de Crombach de 0.86-0,90 y una validez de 28.3132 (Rogers, Ralph, & Salzer, 2014).

Se utilizará la traducción y adaptación al español que se presenta en el Anexo II.).

Autoeficacia general. Fuente de información: Bäßler & Schwarzer (1993), General Self-efficacy scale. Versión española: Padilla, Acosta, Guevara, Gómez & González (2006). Evaluación de la autoeficacia. (Apéndice III)

La escala se conforma de 10 reactivos con una puntuación mínima de 10 puntos y máxima de 40 puntos. Las respuestas son tipo Likert donde la persona responde a cada reactivo de acuerdo a lo que ella percibe de su capacidad en el momento. Las puntuaciones van de:

Incorrecto (1 punto); apenas cierto (2 puntos); más bien cierto (3 puntos) o cierto (4 puntos).

En esta escala a mayor puntaje mayor autoeficacia general percibida.

Autoestima. Fuente de información: Escala de Autoestima de Morris Rosenberg (1965) (Vazquez Morejon, A. J., Garcia-Boveda, & Vazquez Morejon, R., 2004). (Apéndice IV)

Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima.

Desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente.

Existen diversos estudios que apoyan sus adecuadas características psicométricas en diversos idiomas (Curbow & Somerfield, 1991; Hagborg, 1993; Kaplan & Pokorny, 1969; Kernis & Grannemann, 1991; Roberts & Monroe, 1992; Rosenberg, 1965; Shahani, Dipboye & Phillips, 1990; Silbert & Tippett, 1965).

La escala puede utilizarse sin cargo alguno para investigación clínica, pudiendo consultarse las condiciones de utilización en la siguiente página web http://www.bsos.umd.edu/socy/grad/socpsy_rosenberg.htm. Para el estudio se utilizó la traducción realizada por Echeburúa (1995), aunque modificada para adaptar su redacción a un lenguaje sensible al género.

Se trata de una escala autoaplicada que mide la valoración que hace la persona de sí misma, diseñada con 10 ítems y un formato de respuesta tipo Likert de 1 a 4 puntos, resultando una escala de 10 a 40 puntos. La mayor autoestima de la persona está representada por la puntuación más alta.

Otras variables.

Se registrarán el sexo, la edad, los años de escolarización, el tiempo de pertenencia al programa de rehabilitación, el diagnóstico principal y el tiempo de evolución de la enfermedad, variables todas ellas que pueden afectar potencialmente al nivel de la variable dependiente y que por lo tanto su efecto tendrá que ser controlado mediante el análisis estadístico. Fuente de información: Cuaderno de Recogida de datos. (Anexo VI)

Con respecto al diagnóstico de Trastorno Mental Grave se solicitará la opinión experta de los profesionales responsables de cada uno de los usuarios.

Fases del estudio

Fase I: Preparación del estudio. En primer lugar se contacta con la dirección técnica de ambas Organizaciones: AFESMO y URSM, informando del contenido y objeto del proyecto, solicitando su colaboración para participar en el Estudio en Marzo de 2015. Se solicita al Comité Ético de Investigaciones Científicas de los órganos responsables de cada centro la Autorización para llevar a cabo el proyecto. En citas posteriores, aprobada la autorización, se explican los fundamentos del proyecto al equipo de profesionales que participan en la recogida de la información, se solicita la firma de los consentimientos informados de participación a profesionales y participantes y se planifica la recogida de datos utilizando las fuentes de información en los meses posteriores.

Se informa a los profesionales que colaboran en la recogida de datos, sobre el manejo de los instrumentos de medida (escalas) que se utilizarán, así como la recogida de información desde otras fuentes (Sistema Omic-intranet SMS), Memoria de Centro y valoración de ingreso, con el fin de asegurar la uniformidad en la recogida de datos y evitar sesgos de información.

En esta fase se procede también a la preparación de todo el material necesario para llevar a cabo el estudio: Material de papelería y reprografía de documentos informativos y escalas.

Fase II: Traducción y adaptación de "ES". Tras realizar una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Cinhal, Lilacs, Pubmed, Preevid, S-Cielo y Cochrane Library, sobre el constructo "empoderamiento", se evidencia la existencia limitada de escalas para medirlo en nuestra población de interés. Las escalas encontradas están relacionadas con aspectos relativos a enfermedades físicas, aspectos sociales como participación, exclusión social, de género, edad avanzada así como otras referidas a empresas y consumidores.

Seleccionamos la escala que presentaremos a continuación, "Empowerment Scale" porque estimamos que es la que mejor se ajusta al estudio específico de personas con TMG. Se trata de una escala validada en inglés que presenta una elevada consistencia interna, con un Alfa de Cronbach 0,86, y una estructura factorial estable.

La escala ha sido desarrollada y ensayada en campo por Rogers para medir el constructo de empoderamiento entre usuarios de servicios de salud mental con TMG.

Objetivo. Conseguir la adaptación al idioma castellano, del instrumento citado ya validado en inglés, con propiedades psicométricas capaces de medir el constructo del empoderamiento en pacientes con Trastorno Mental Grave a nuestro medio cultural.

Procedimiento. Obtenidos los permisos correspondientes tras contactos por e-mail, con la autora de la escala Dra. Rogers, se iniciará el estudio psicométrico.

Traducción y adaptación. La "Empowerment Scale" (ES), es un instrumento de 28 ítems diseñado para medir los sentimientos subjetivos de empoderamiento en una escala de respuestas de 4 puntos en la que 1 = "Totalmente de acuerdo" y 4 = "Totalmente en desacuerdo", por lo que los valores más altos indicarán mayores niveles de empoderamiento y viceversa (Rogers et al., 1997).

Los ítems están agrupados en 5 factores o categorías dimensionales: Autoeficacia/autoestima, Poder/impotencia percibida, Optimismo y control sobre el futuro, Participación comunitaria y autonomía, y por último Enfado justificado.

El análisis estadístico del conjunto de los ítems da un resultado α de Crombach de 0.86 lo que indica una elevada consistencia interna (Lloyd, King, & Moore, 2010; Rogers, Ralph, & Salzer, 2014).

Se inicia el procedimiento de adaptación cultural de la escala, con la traducción del documento original del inglés al castellano. Dicha traducción es llevada a cabo por dos traductores bilingües, que poseen conocimientos en el ámbito de la salud y la psiquiatría.

Los resultados de estas traducciones independientes fueron revisadas y analizadas sintáctica y semánticamente por un tercer experto, que hizo las correcciones oportunas, adaptando el lenguaje a nuestra cultura, según se recomienda en publicaciones científicas de validación de escalas (Muñiz, Elosua y Humbleton, 2013; Pedraza & Restrepo, 1998). Unificando ambas traducciones en un único documento, resultado final de la traducción de la escala del inglés al castellano.

A continuación, la traducción resultante en castellano se envió a un traductor oficial que desconocía el documento original en lengua inglesa, para que retradujera el documento a su idioma original, el inglés.

El resultado final, es un documento en inglés, que no coincide literalmente con la escala original pero sí en su contenido semántico y cultural.

Mediante carta en la que se explica el objeto de la Adaptación de la escala, se contacta mediante correo electrónico con la autora de "ES", Dra. E. Sally Rogers, enviándole el resultado de la retrotraducción al inglés, solicitando su análisis y autorización en su caso, para la adaptación de la escala a nuestro idioma y cultura.

Prueba piloto de la traducción y adaptación de la escala. Obtenida la confirmación por parte de E. Sally Rogers, de que la retrotraducción se ajusta semánticamente a la escala original elaborada por ella, se llevará a cabo una prueba piloto para estudiar la fiabilidad del cuestionario.

Se seleccionará del total de pacientes de ambas organizaciones, una muestra de 30 pacientes elegidos a conveniencia. El objetivo es aplicar el instrumento traducido y evaluar la comprensión y claridad de los ítems, la facilidad de uso, y comprobar las propiedades psicométricas del instrumento.

El procedimiento consiste en administrar el cuestionario, valorar el tiempo de cumplimentación y, en entrevista posterior con profesional que ha explicado procedimiento para cumplimentación, comprobar la comprensión del cuestionario.

Esta muestra reducida servirá para desarrollar una prueba piloto previa, de valoración de fiabilidad y validez interna de la escala traducida y adaptada.

Se recogerán los resultados de pasar la escala en dos tiempos test-retest (con un intervalo de cuatro semanas) utilizando el instrumento en la población seleccionada con el objetivo de evidenciar si aparecen diferencias en los resultados.

Evaluación de la comprensibilidad de las preguntas del cuestionario. Para comprobar la correcta comprensión de los ítems se administrará el cuestionario a la muestra citada de 30 personas, tras la cual se indagará sobre la comprensión alcanzada en cada una de las preguntas mediante una encuesta post-test.

Propiedades psicométricas del cuestionario. Para llevar a cabo la evaluación psicométrica de la ES en español, se estimará la consistencia interna y la estabilidad test-retest del instrumento mediante el cálculo del alpha de Cronbach. Una vez obtenido el coeficiente se llevará a cabo una purga de reactivos eliminando aquellos que no alcancen un coeficiente de

correlación significativo con la puntuación total de la escala, siempre que su eliminación incremente el coeficiente alfa.

Con el fin de estimar la estabilidad del instrumento se llevará a cabo un test-retest con un intervalo de cuatro semanas entre las dos pruebas. Para ello se administrará el cuestionario a la muestra de conveniencia de 30 usuarios de ambos centros. Los resultados se analizarán calculando el coeficiente de correlación intraclase.

Fase III: Reclutamiento de la población de estudio y recogida de datos. Según la información recogida por los profesionales de los centros, mediante las diversas fuentes de información anteriormente citadas, se reclutan aquellos sujetos que cumplen los criterios de inclusión. Posteriormente, se verifican los criterios de exclusión.

Se procede a contactar presencialmente con las personas con TMG de los Centros donde acuden a Rehabilitación para solicitar su colaboración en el estudio, y en caso de aceptación se les cita.

En la siguiente cita se les informa de la planificación de participación, (fecha en que tendrá lugar la recogida de datos), y se solicita la firma del consentimiento informado. (Anexo I)

Se aclaran dudas si las hubiera.

La cumplimentación de cada instrumento de medida se realizará en días distintos, con el fin de no agotar a los participantes. El profesional a cargo explicará la forma de cumplimentación y aclarará las dudas si las hubiera.

En caso de que en la fecha acordada alguno de los participantes faltara por un motivo distinto de negativa a participar, se emplazaría en nueva fecha a cumplimentar la escala.

Fase IV: Análisis estadístico de resultados. Se preparará una única base de datos mediante el paquete estadístico SPSS v.20, en la que se incorporarán todos los datos del estudio. Se analizarán por separado los resultados en empoderamiento, autoestima y autoeficacia. Además, con el fin de obtener una única puntuación de resultado que facilite la

interpretación y que refuerce su solidez, se construirá una única variable sumando las puntuaciones estandarizadas de cada uno de los cuestionarios, a la cual denominaremos "*recuperación*".

Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se usará la media y la desviación estándar y para las variables cualitativas los porcentajes.

Para las pruebas bivariantes, en el caso de las variables cualitativas, se emplearán el chi cuadrado y para las cuantitativas, la *t* de Student, aceptando como significativa una probabilidad menor de 0.05.

Con el fin de estimar la contribución de la variable independiente a la varianza de la puntuación de *recuperación* se construirá un modelo de regresión múltiple en el que se incluirán la pertenencia o no a AFESMO, el sexo, los años de escolarización, la duración de la enfermedad y el tiempo de estancia en la organización.

4. Discusión

Resultados obtenidos/Utilidad.

En este proyecto de investigación se describe e intenta analizar la relación existente entre la estructura organizacional de una Asociación y la adquisición de empoderamiento personal por parte de sus miembros. La posibilidad de tomar decisiones en la Organización donde las personas con TMG reciben tratamiento rehabilitador, se postula como un ingrediente activo en el proceso de empoderamiento personal. La dificultad para separar proceso y resultado de empoderamiento, nos lleva a analizar el empoderamiento como un proceso en el que los distintos niveles de análisis interaccionan entre sí, de forma que podríamos definir el proceso de empoderamiento como un proceso continuo que se retroalimenta. Estimamos que tienen una significación precursora sobre el empoderamiento, la autoestima, autoeficacia y el autocontrol, conceptos que posibilitan la concienciación de la persona en la importancia de la participación en la toma de decisiones que influyen en su devenir, y en el de la comunidad a la que pertenece. (Wallerstein, 2006). Este proceso de empoderamiento personal interactuará a su vez en los niveles comunitario y social definidos por Zimmerman (2000), generando valores de pertenencia y apoyo social que a su vez influirán en el aumento de autoestima, autoeficacia y control sobre el futuro de estas personas.

En este sentido los programas de rehabilitación de las dos organizaciones estudiadas, AFESMO y URSM, proporcionan el desarrollo de actividades para maximizar el potencial de esta triada de autopercepciones que estudios como los de Colis, Galilea, Carreras, Cornide, & Fernández (2009); Corrigan & Rao (2012); Segal, et al. (2013) concluyen como autopercepciones que favorecen el empoderamiento personal.

A pesar de que los resultados no pueden ser extrapolables por la metodología empleada, al tratarse de un estudio transversal, a modo de conclusión podemos inferir que en Asociaciones con similares características en cuanto a participación organizacional e intensidad en los programas de rehabilitación, encontraremos mayores niveles de empoderamiento personal que en aquellas donde no se den estas características.

En cuanto a las características sociodemográficas de los dos grupos estudiados, encontramos una edad media inferior en los sujetos que acuden a URSM con 36 años de edad media frente a los 42 años de media en AFESMO. En ambos grupos hay un porcentaje superior de personas de sexo masculino, con un 78%. Y en relación al tiempo de pertenencia medio en la organización es de 3 años en URSM. Podemos observar un dato relevante en cuanto que el 48% tienen una antigüedad de menos de dos años en el programa. En AFESMO, el tiempo medio de pertenencia es de 4 años. Aunque no hay evidencias de que el sexo o la edad puedan tener un efecto sobre el empoderamiento y por lo tanto violar la norma de la equivalencia de los grupos, para mayor seguridad hemos introducido estas variables en el modelo de regresión con el fin de controlar su efecto.

En relación a los programas y actividades seguidos por ambos grupos, (Tablas 2 y 3), no hay una diferencia significativa en cuanto a objetivos y contenidos programáticos. Las diferencias significativas las encontramos en dos aspectos que podrían ejercer un efecto sobre el empoderamiento, son: por un lado la mayor intensidad de actividades específicas encaminadas a aumentar el empoderamiento en el grupo de AFESMO, como son las inserción laboral en la propia organización o en entidades externas, servicio de promoción para la autonomía personal, y la realización de eventos defendiendo sus derechos y luchando contra el estigma. Y por otro lado, la posibilidad de tomar decisiones mediante el ejercicio del voto en las Asambleas mensuales, y representación en la Junta directiva al que tienen derecho sus asociados por pertenecer a la Asociación.

Resultados en otros estudios.

Los hechos anteriores irían en la línea de estudios como los de Salzer (1997), que afirma que las asociaciones de usuarios, proporcionan un marco para la adquisición de empoderamiento. Éste deriva de "la participación en la toma de decisiones, en el desarrollo y evaluación de programas, el acceso a los recursos y oportunidades para desarrollar y ejecutar los servicios, así como para mantener la dignidad y la integridad personal. La mejora del empoderamiento de los usuarios implica: la innovación de servicios, el aumento en la capacidad de respuesta a los cambios en el mercado, la rendición de cuentas, así como la mejora de la calidad de la atención y la protección de los derechos de los consumidores".

Otra revisión narrativa (Corrigan & Rao, 2012), sobre las estrategias para el cambio del auto-estigma de la enfermedad mental, señala que la clave para desafiar el auto-estigma es promover el empoderamiento personal, siendo el apoyo entre pares, a través de Servicios gestionados por consumidores (SGPC), uno de los métodos para mejorar su autonomía e independencia, habilidades, conocimientos, y sentimientos de empoderamiento.

Por otro lado, la GPC (Sistema Nacional de Salud, n.d.) Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, con respecto al papel de las Asociaciones de usuarios (AU) y familiares, indica:

"Los grupos organizados de personas con enfermedad mental siguen una dinámica como parte activa en el proceso terapéutico de rehabilitación o recuperación; están implicadas en el desarrollo e implementación de los programas de atención, contribuyen en la lucha contra el estigma, reivindican la accesibilidad a los recursos sanitarios y sociales con parámetros de igualdad y reconocimiento de plena ciudadanía,... Destacan por su papel educativo y de sensibilización social, por actuaciones de denuncia de prácticas percibidas de forma negativa y de protección de sus derechos, y por el desarrollo y gestión de servicios de ayuda".

Todas estas acciones suponen la participación activa de las personas con enfermedad mental y como resultado, aumentan su empoderamiento.

Rogers, et al. (2007), en un Ensayo Clínico Aleatorio (ECA) evalúan los PSGC y sus efectos sobre diversos aspectos del empoderamiento/capacitación, en cuanto al funcionamiento objetivo y subjetivo, psicológico y social. Señalan que estos programas proporcionan un sentido de conexión y pertenencia a la comunidad, del que a menudo carecen las personas que reciben servicios en el sistema de SM tradicional. Los participantes eran personas con Trastorno mental grave (TMG) y los resultados sugieren que las personas incluidas en los PSGC (casos) perciben mayores niveles de empoderamiento personal que los del PSGC (controles); se señala que algunos PSGC mejoraron el empoderamiento más que otros, que fueron menos eficaces y se sugiere que los PSGC pueden complementar los programas tradicionales de SM.

En otro Ensayo aleatorio, Segal, et al. (2013), comparan la eficacia de las Agencias de Salud Mental de la Comunidad, Servicios tradicionales de SM (ASMC) en combinación con las Agencias de Autoayuda (AAA) (organizaciones de servicios gestionados por los propios consumidores, administradas como democracias participativas que involucran a los todos los miembros en todas las tareas de gestión), una variación de los PSGC en las que a la gestión de los consumidores se suma la de los profesionales de SM, denominada BSR, por las siglas en inglés (Board- and Staff-Run), y donde la toma de decisiones se realiza por jerarquía estructurada, en lugar de decisiones colectivas, y se limita a los contenidos de los programas. Señala que, las diferencias en cuanto a la organización entre PSGC y las AAA producen discrepancias en cuanto a los resultados del empoderamiento, ya que los miembros de las AAA experimentaron una reducción en la auto-estigma y un aumento de la auto-eficacia/empoderamiento cuando se dedicaban a funciones de responsabilidad.

Así pues, las características descritas de la Asociación podrían compararse a las descritas en los estudios anteriormente citados.

Sin embargo, a pesar de estos datos, debemos poner de manifiesto que la variable independiente de "Pertenencia o no a AFESMO", no puede ser definida con el nivel de especificidad deseado, pues incluye multitud de factores difíciles de tener en cuenta en su totalidad. En la tabla I y II se especifican las que hemos tenido en cuenta. Así mismo, pueden verse las acciones específicas de participación en la Asociación en el Apéndice I.

Limitaciones del estudio.

En cuanto a las limitaciones detectadas, durante la elaboración de este proyecto de investigación, encontramos por un lado las propias del diseño transversal o de prevalencia; que no permite obtener relaciones de causalidad. Esto quiere decir, que la secuencia temporal de causa a efecto no queda necesariamente determinada en un estudio de este tipo, de tal manera que los resultados positivos podrían indicarnos la existencia de una correlación entre las variables estudiadas, y por tanto que la hipótesis planteada puede ser posible, pero sin un resultado de causalidad, ya que podrían estar concurriendo otros factores no tenidos en cuenta. Esto supondría la existencia del llamado "sesgo de variable omitida" pues es difícil incluir medidas para todas las explicaciones alternativas posibles. La existencia de factores que podrían tener un efecto positivo sobre el empoderamiento y que estuviesen presentes en AFESMO, pero no en el URSM de San Andrés, es decir factores de confusión, como por ejemplo, existencia de personal voluntario en AFESMO, y no en San Andrés, podría haber tenido una influencia positiva sobre el empoderamiento, y no la supuesta mayor facilidad para participar en AFESMO. Solamente mediante un diseño prospectivo y el uso de técnicas estadísticas de control de los factores confundientes podría evitarse este tipo de sesgos.

Por otro lado exponemos a continuación las limitaciones en relación a otros potenciales sesgos y las medidas llevadas a cabo para disminuirlos.

En cuanto a sesgos relacionados con la muestra, anteriormente hemos comentado el posible sesgo de autoselección, según el cual los participantes de AFESMO podrían presentar un grado de deterioro cognitivo mayor que los participantes de la URSM de San Andrés. Este sesgo podría dificultar la interpretación de los resultados si el análisis estadístico revelase una ausencia de diferencias significativas entre los dos grupos o un mayor empoderamiento en los participantes de la URSM de San Andrés, ya que en cualquiera de estos dos casos no tendríamos capacidad para saber, si intervino el sesgo anulando o disminuyendo el efecto potencialmente empoderante de los participantes de la organización de AFESMO.

Por otro lado, en relación a los sesgos asociados al tamaño de la muestra, para alcanzar la máxima representatividad y potencia, se ha optado por seleccionar el universo total de personas con TMG que cumplían los criterios de inclusión en la población de estudio, minimizando así los efectos de una muestra poco representativa.

No obstante la posibilidad de generalizar los resultados a otras poblaciones se encuentra limitada por las características de la población concreta de la cual ha sido extraída la muestra para este estudio. Solamente podríamos haber mejorado la representatividad de la muestra y por lo tanto la extrapolabilidad de los resultados, llevando a cabo un estudio multicéntrico, lo que obviamente ha quedado fuera de nuestro alcance debido a la escasez de recursos disponibles.

En cuanto a los potenciales sesgos por cambios debidos al tiempo de exposición a los programas de rehabilitación, hemos detectado limitaciones. Encontramos variaciones en la variable de pertenencia o no a la Asociación AFESMO con períodos muy dispares de exposición; con personas que presentan períodos de pertenencia que oscilan entre menos de un año a 12 años de pertenencia al Centro donde reciben tratamiento rehabilitador, factor que pensamos podría influir en la medida de empoderamiento adquirida.

Fortalezas del estudio

En otro ámbito de cosas, con el fin de atajar el problema de la falta de confiabilidad para estudiar un constructo tan complejo como es el empoderamiento, y ante la existencia de un sólo instrumento para medirlo, optamos para reforzar esta medida, por añadir otros instrumentos que miden factores asociados al empoderamiento: Escala de Autoeficacia y de Autoestima.

Todos los instrumentos utilizados presentan una elevada confiabilidad, con un Alpha de Crombach superior al 0,83, por lo que pensamos que se trata de instrumentos de medida adecuados. Y, con el fin de disminuir posibles sesgos del observador, todos los instrumentos citados serán autoaplicados, la información del experimentador será cegada, informando a los participantes sólo de las instrucciones sobre la cumplimentación del instrumento, pero no del objeto de estudio con el fin de no influir en las respuestas de los participantes.

Para terminar quiero señalar, que la mayor virtud de este estudio reside en lo que, a la vez y por otro lado, constituye su peor defecto: que se trata de un estudio naturalista. Por este motivo podemos garantizar una importante validez ecológica o externa, ya que observamos lo que ocurre en condiciones naturales, sin mutilar la muestra, ni deformar el entorno en el que tiene lugar la exposición; pero por esto mismo, el estudio tiene una escasa validez interna, ya que los grupos no son equiparables, ni la “exposición” o la “intervención” están bien definidas o controladas. Aunque es cierto que sería deseable llevar a cabo un ensayo clínico randomizado para consolidar o descartar los resultados obtenidos, las dificultades para organizarlo lo hacen casi impracticable.

Líneas de investigación en el futuro

En futuras investigaciones proponemos el estudio con mayor especificidad de la variable independiente de pertenencia y/o participación en la toma de decisiones en la organización. Para ello se propone, estudiar la influencia del estilo de liderazgo

organizacional sobre el empoderamiento, cumplimentando el staff de la organización cuestionarios específicos para tal fin y el uso de otros instrumentos específicos de medida sobre la toma de decisiones.

Así mismo, sería interesante explorar la influencia de otros aspectos como el sentimiento de comunidad y apoyo mutuo percibido, poco estudiados en nuestra población de interés y que podrían suponer un peso específico en el proceso de empoderamiento personal y comunitario.

5. Aspectos éticos

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de AFESMO y el Comité de Ética e Investigación de la Gerencia del Área I a la que pertenece la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de San Andrés.

Se ha contado con los Consentimientos informados de todos los participantes.

Ha sido tomada en cuenta la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

6. Lista de referencias

- Aguado, E., Ariño, B., Blanco, F., & Casal, J. C. (2011). *FEARP (2011) Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastorno mental grave*.
- Allué, L. (2008). Reseña de “ La invención de trastornos mentales: ¿escuchando al fármaco o al paciente?” de Héctor GONZÁLEZ y Marino PÉREZ. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVIII, 101.
- Ariño, B., & Pío, M. S. (2007). El papel de las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 7(2), 115–126.
- Barbic, S., Krupa, T., & Armstrong, I. (2009). A randomized controlled trial of the effectiveness of a modified recovery workbook program: preliminary findings. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 60(4), 491–497. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.60.4.491>
- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Psychometric properties of a scale: internal consistency. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831–839.
- Campos, F., Sousa, A., Rodrigues, V., Marques, A., Queirós, C., & Dores, A. (2014). Directrices prácticas para programas de apoyo entre personas con enfermedad mental. *Revista de Psiquiatría Y Salud Mental*, (xx). <http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.06.002>
- Chen, Y. C., & Li, I. C. (2009). Effectiveness of interventions using empowerment concept for patients with chronic disease : a systematic review. *Community Health*, 7(27), 1177–1232.
- Copenhagen. (2009). Mental Health Declaration for Europe. *WHO Regional Office for Europe*.
- Corrigan, P. W. (2006). Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(10), 1493–1496. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.57.10.1493>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 57(8), 464–9.
- Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión : la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 253–263.
- García González, J. (2007). *Revisión del marco conceptual y de los fundamentos de la atención comunitaria en Salud Mental*. CSM Hospital Central de Oviedo.
- Kelly, J. G. (1986). Context and process: An ecological view of the interdependence of practice and research. *American Journal of Community Psychology*, 14(6), 581–589. <http://doi.org/10.1007/BF00931335>

- Kilian, R., Lindenbach, I., Löbig, U., Uhle, M., Petscheleit, A., & Angermeyer, M. C. (2003). Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the psychiatric treatment process by persons with severe and persistent mental illness: a qualitative and quantitative analysis. *Social Science & Medicine*, *57*(6), 1127–1142. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00490-2](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00490-2)
- Krajewski, C., Burazeri, G., & Brand, H. (2013). Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *Psychiatry Research*, *210*(3), 1136–46. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.013>
- Lamarca, I. (2009). El papel de la sociedad en la integración de las personas con enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, (34), 34–43.
- Lloyd, C., King, R., & Moore, L. (2010). Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: a cross-sectional study. *The International Journal of Social Psychiatry*, *56*, 220–229. <http://doi.org/10.1177/0020764009105703>
- López, M., & Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: Propuestas desde Andalucía. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *27*(1), 187–223. <http://doi.org/10.4321/S0211-57352007000100016>
- Macías, F. J. S. (2011). Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, *18*, 121–139. <http://doi.org/10.1590/S0104-59702011000100008>
- Matas Torralba, T. (2013). Salud mental: lo que sí se puede hacer. *TSMU*, *18*, 21–25.
- Maton, K. I., & Salem, D. A. (1995). Organizational characteristics of empowering community settings: A multiple case study approach. *American Journal of Community Psychology*, *23*(5), 631–656. <http://doi.org/10.1007/BF02506985>
- Matthews, R. A., Michelle Diaz, W., & Cole, S. G. (2003). The organizational empowerment scale. *Personnel Review*, *32*(3), 297–318. <http://doi.org/10.1108/00483480310467624>
- Moniz, M., Gelsthorpe, S., Ibsen, J., & Ireland, S. (2007). Programas de Formación Prospect. *Norte de Salud Mental*, *27*, 133–135.
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, *25*(2), 151–157. <http://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Musitu, G., & Buelga, S. (2004). Desarrollo Comunitario y potenciación (empowerment). *Introducción a La Psicología Comunitaria*, 167–195.
- Nutbeam, D. (1998). No Title. In *Promoción de la Salud: Glosario*. Ginebra: Unidad de Promoción para la Salud, OMS.

- Padilla, J. L., Acosta, B., Guevara, M., Gómez, J., & González, A. (2006). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de autoeficacia general aplicada en México y España. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 245–252.
- Pedraza, R. S., & Restrepo, C. G. (1998). Validación de escalas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXVII(2), 121–130.
- Pilonieta, A. S. (2002). Dispositivos de empoderamiento para el desarrollo psicosocial. *Universitas Psychologica*, 1(2), 39–48.
- Powell, T. J. (1990). *Working with self-help*. Silver Spring, MD, England: National Association of Social Work.
- Rappaport, J. (1981). In Praise of Paradox: A Social Policy of Empowerment Over-Prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9(1).
- Rogers, E. S., Ralph, R. O., & Salzer, M. S. (2014). *Validating the Empowerment Scale With a Multisite Sample of Consumers of Mental Health Services*. American Psychiatric Association.
- Rogers, E. S., Teague, G. B., Lichenstein, C., Campbell, J., Lyass, A., Chen, R., & Banks, S. (2007). Effects of participation in consumer-operated service programs on both personal and organizationally mediated empowerment: results of multisite study. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44(6), 785–799. <http://doi.org/10.1682/JRRD.2006.10.0125>
- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Langer, E.; Crean, T. (1997). A consumer-Constructed Scale to Measure Empowerment Among Users of Mental Health Services. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 48(8), 1042–7.
- Rubio, F. (2008). Espacios sociales de participación: las asociaciones y los grupos de autoayuda. *Nómadas: Revista Crítica de Ciencias Sociales Y Jurídicas*, 18(2), 307–314.
- Salvador-Carulla, L., Bulbena, A., Vázquez-Barquero, J. L., Muñoz, P. E., Gómez-Beneyto, M., & Torres, F. (2002). La salud mental en España : Cienicienta en el país de las maravillas. *INFORME SESPAS*, Capítulo 15, 1–26.
- Salzer, M. S. (1997). Consumer empowerment in mental health organizations: concept, benefits, and impediments. *Administration and Policy in Mental Health*, 24(5), 425–34.
- Segal, S.P. ; Silverman, C.J.;Temkin, T. L. . P. S. 2013 64:10; 990-996. (n.d.). Self-Stigma and Empowerment in Combined-CMHA and Consumer-Run Services: Two Controlled Trials - Salud - ProQuest. Retrieved June 13, 2015, from <http://search.proquest.com/health/docview/1444011858/fulltextPDF/3263EF19C41343F CPQ/1?accountid=50037>
- Silva, C., & Martínez, M. L. (2004). Empoderamiento: Proceso, Nivel y Contexto. *Psykhé (Santiago)*, 13(2), 29–39. <http://doi.org/10.4067/S0718-22282004000200003>

- Sistema Nacional de Salud. (n.d.). GPC. Anexo 4. Información para personas con TMG y sus familias., 130–149.
- Vazquez Morejon, A. J., Jimenez Garcia-Boveda, R., & Vazquez Morejon, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247–255.
- Von Elm, E., Altman, G. D., Egger, M., Pocock, J. S., Gotsche, C. P., Vandenbroucke, P. J. (2008). Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the reporting of observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Gac Sanit.*, 22(2), 144–150.
- Wallerstein, N. (2006). “What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?” Report for the Health Evidence Network for World Health Organization. *Health Evidence Network*, (February).
- World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013-2020. World Health Organization.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: psychological, organizational, and community level of analysis. En J. Rappaport & E. Seidman, *Handbook of Community Psychology*, (43-63). New York: Kluwer Academic.

Lista de tablas

Tabla 1. Características Centros.

Tabla 2. Programas de Rehabilitación psicosocial I.

Tabla 3. Programas de Rehabilitación psicosocial II.

Tabla 1.

Características de los Centros.

Indicador	AFESMO	URSM San Andrés.
Objetivo	Aumentar integración social	Aumentar autonomía
Población atendida	TMG	TMG
Edad	18 - 65	16 - 65
Medida Dependencia	Nivel 2 (IMAS)	Discapacidad GAF
Procesos		
Acogida	Si	Si
Enganche	Si	Si
Evaluación	PIP	PIR
Tutor paciente	Si	Si
Seguimiento	Si	Si
Profesionales		
PSQ	1	1
PSC	5	2
TS	4	1
TO	11	3
DUE	1	2
Aux. Enf	0	2
Aux. Adm	2	2
Horario	Mañana / Tarde	Mañana
Gratuidad Servicio	Concierto (G-II)*	Si
Modelo EFQM	No	Si
Participación de enfermos en la organización	Si**	No

* Gratuito si presenta reconocimiento de Grado II de Minusvalía de la Consejería de Sanidad.

**Ver Apéndice I. AFESMO

Tabla 2.

Programas de Rehabilitación Psicosocial I.

Programas	AFESMO	URSM San Andrés.
Intervención Psicosocial y de Salud	Psicoeducación	Psicoeducación
	Habilidades sociales I y II	Habilidades sociales
	Estimulación cognitiva I, II y III	Estimulación cognitiva (Gradior)
	Terapia de apoyo individual	Autocontrol emocional
	Terapia de grupo	Taller de relajación
	Terapia psicocorporal	AVD
	Terapia individual familias	Interv. Familiar en esquizofrenia
	Terapia grupal familias (GAM)	Ayuda para dejar de fumar
	Musicoterapia	Educación para la salud
	Atención domiciliaria	
Ocupacional	Educación para la salud	
	Taller de fotografía	Taller creativo
	T. Lecto-escritura	T. Cocina
	T. Dibujo	T. Mecnografía
	T. Música	T. Informática
	T. Cine-fórum	T. Debate y audiovisual
	T. Pintura	Prensa y revistas
	T. Manualidades	
	Idiomas (francés e inglés)	
	Teatro (inicio y avanzado)	
	T. Bisutería	
	T. Fieltro	
	T. Cerámica	
	T. Tangram	
	T. Informática	
T. Prensa		

Tabla 3.

Programas de Rehabilitación Psicosocial II.

Programas	AFESMO	URSM San Andrés
Actividades Deportivas	Natación Gimnasia de Mantenimiento Musculación Fútbol sala Yoga Pilates Multideporte	Expresión Corporal Rítmica corporal Gimnasia
Ocio y Tiempo libre	Excursiones lúdico culturales Club social	Taller Ocio y tiempo libre T. Lúdico deportivo
Inserción Laboral	Taller prelaboral Lavadero coches Serigrafía Agricultura Ecológica Jardinería Cursos de Formación Orientación laboral Apoyo búsqueda de empleo Mediación y prospección de empresas	Orientación laboral
Sensibilización y promoción de la Salud Mental	Tiki Taka for Mental Health Marcha solidaria por la Salud Mental Viaje a Trieste	

ANEXO I a

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña, de años de edad¹ y con DNI nº, manifiesta que ha sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer el Proyecto de Investigación titulado "Efectos de la participación en la Organización sobre el empoderamiento en dos muestras de personas con TMG que reciben tratamiento de rehabilitación", dirigido por Dña. M^a José Ballester Arróniz, que tiene como objetivo determinar los efectos de la participación en la toma de decisiones sobre el empoderamiento en los pacientes con TMG.

He sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a, y con, las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de datos personales.

He sido también informado que puedo abandonar en cualquier momento mi participación en el estudio sin dar explicaciones y sin que ello me suponga perjuicio alguno.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar en este estudio, y que los resultados obtenidos sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Murcia, a __ de _____ de 20__.

Fdo.

¹ En caso de ser menor de edad, deberá acompañarse en todo caso del consentimiento informado expreso de ambos padres.

ANEXO I b

AUTORIZACION

D./D^a:

Coordinador/a del Centro.....

CERTIFICA que conoce la propuesta realizada para que se desarrolle en este Centro un estudio sobre ".....", y que será realizado por.....

Que acepta la realización de dicho estudio en este Centro.

Lo que firma en..... a.....de..... de 20....

Firmado:

D/D^a

ANEXO II

Escala de Empoderamiento Personal. Rogers, S. (1997). Traducción para la Adaptación al español. Ballester, M.J.; Gómez-Beneyto, M. (2015)

Elaborada por Ballester, M.J., Gómez-Beneyto, M., (2015)	Traducción para la Adaptación al español de la Escala de Empoderamiento Personal de Rogers, (1995)				
	A continuación se presentan varias frases relativas a la propia visión sobre la vida y la toma de decisiones. Marque con una cruz el recuadro que más se aproxime a su opinión.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Normalmente consigo lo que me propongo hacer		1	2	3	4
2. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo		1	2	3	4
3. Cuando hago planes, estoy casi seguro conseguir que funcionen		1	2	3	4
4. Normalmente estoy seguro de las decisiones que tomo		4	3	2	1
5. A menudo soy capaz de superar los obstáculos		1	2	3	4
6. Siento que soy una persona, digna de aprecio, al menos en igualdad de condiciones con los demás		1	2	3	4
7. Me veo a mí mismo como una persona capaz		4	3	2	1
8. Soy capaz de hacer cosas tan bien como la mayoría de la gente		4	3	2	1
9. Siento que tengo buenas cualidades		1	2	3	4
10. Me siento impotente casi todo el tiempo		4	3	2	1
11. Causar problemas jamás te llevará a ninguna parte		1	2	3	4
12. No puedes luchar contra la burocracia		1	2	3	4
13. Cuando no estoy seguro de algo, normalmente me dejo llevar por la corriente		1	2	3	4
14. Los expertos están en la mejor posición para decidir qué debería hacer o aprender la gente		1	2	3	4
15. La mayoría de las desgracias en mi vida se deben a la mala suerte		1	2	3	4
16. Habitualmente, me siento solo		4	3	2	1
17. La gente no tiene derecho a enfadarse solo porque no les guste algo		4	3	2	1
18. La gente tiene derecho a tomar sus propias decisiones, aunque éstas sean incorrectas		1	2	3	4
19. La gente debería intentar vivir sus vidas de la forma que quiera		1	2	3	4
20. Las personas, cuando trabajan juntas, pueden influir en su comunidad		1	2	3	4
21. La gente tiene más poder si se unen en un grupo		4	3	2	1
22. Trabajar con otros en mi comunidad puede ayudar a cambiar las cosas a mejor		4	3	2	1
23. Muy a menudo un problema puede ser resuelto pasando a la acción		4	3	2	1
24. Las personas están limitadas sólo por aquello que piensan que es posible		1	2	3	4
25. Prácticamente puedo determinar lo que pasará en mi vida		1	2	3	4
26. Generalmente soy optimista sobre el futuro		1	2	3	4
27. Enfadarse por algo es a menudo el primer paso para cambiarlo		1	2	3	4
28. Enfadarse por algo nunca ayuda		1	2	3	4

ANEXO III

FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS

Nombre: _____ Apellidos: _____

Número de Historia: _____

Sexo:

Femenino

Masculino

Edad: _____

Nivel de Estudios:

Sin escolarizar

Estudios Primarios

Estudios Secundarios

Estudios Universitarios

Diagnóstico principal: _____

Tiempo de Evolución de la Enfermedad (años completos): _____

Sigue el programa de Rehabilitación Psicosocial en AFESMO o en URSM:

AFESMO

URSM

Tiempo de pertenencia al Programa de Rehabilitación (años completos): _____

Los datos registrados en este formulario cumplirán todas las garantías establecidas en la ley 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos personales.

ANEXO IV

MEMORIA ECONÓMICA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

INVESTIGADORA PRINCIPAL: María José Ballester Arróniz	
1. Gastos de Personal	Importe
1 Enfermera Especialista en Salud Mental 9 meses X 1000 €/mes	9.000 €
1 Psiquiatra 3 meses X 2000 €/mes	6.000 €
2 Terapeutas Ocupacionales 6 meses X 1000 €/mes	12.000 €
1 Auxiliar Administrativo 6 meses X 800 €/mes	4.800 €
1 Estadístico	700 €
2 Traductor Profesional 200 €/página X 4	800 €
Subtotal	33.300 €
2. Gastos de Ejecución	
a) Adquisición de bienes y contratación de servicios (Inventariable, fungible y otros gastos)	
Internet	240 €
Teléfono	100 €
Soporte informático	500 €
Material de papelería y reprografía	150 €
Subtotal	990 €
b) Viajes y dietas	
Dietas	300 €
Subtotal	300 €
Subtotal Gastos de Ejecución	1.290 €
TOTAL PRESUPUESTO PROYECTO DE INVESTIGACION	34.590 €

APÉNDICE I



ACCIONES QUE FAVORECEN EL EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL Y SUS FAMILIAS EN AFESMO

RELACIONADAS CON LA TOMA DE DECISIONES Y LA PARTICIPACION

1. **LOS SOCIOS DE LA ASOCIACIÓN SON LOS USUARIOS, ES DECIR LAS PERSONAS QUE PRESENTAN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL. SUS FAMILIAS SON BENEFICIARIOS PERO NO SOCIOS .EXCEPTO SIN NO TIENEN A NINGÚN FAMILIAR RECIBIENDO ALGUN SERVICIO QUE EN ESE CASO SI SON ELLOS SOCIOS TAMBIEN.**
2. **LOS SOCIOS (PEM) SON LOS TITULARES DEL VOTO EN LAS ASAMBLEAS Y PARTICIPAN DE FORMA ACTIVA EN SU PREPARACIÓN.**
3. LAS FAMILIAS TAMBIÉN SON INVITADAS Y PUEDEN VOTAR JUNTO CON EL SOCIO NUMERICO.
4. **FORMAN PARTE DE LA JUNTA DIRECTIVA, EN ESTE MOMENTO 2 USUARIOS, EN OCASIONES HAN ESTADO 3 Y SIEMPRE COMO MINIMO 1 USUARIO.**
5. LOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA ANTES DE CADA REUNIÓN (MENSUAL), REALIZAN UNA **ASAMBLEA CON TODOS LOS USUARIOS PARA RECOGER LAS PROPUESTAS Y LAS QUEJAS**, QUE POSTERIORMENTE SE ESTUDIAN EN JUNTA DIRECTIVA Y SE TOMAN LAS DECISIONES OPORTUNAS
6. EXISTEN **HOJAS DE RECLAMACIONES QUE ELLOS MISMOS SE ENCARGAN DE HACERLAS LLEGAR A LA DIRECCIÓN.**
7. EXISTE UN **BUZÓN DE SUGERENCIAS** POR SI ALGUNA PROPUESTA O QUEJA SE DESEA HACER DE FORMA ANÓNIMA.

RELACIONADAS CON REPRESENTACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

- EN CUALQUIER EVENTO QUE SEA PRECISO HABLAR DE ALGÚN PROYECTO DE AFESMO Y/O REPRESENTAR AL COLECTIVO SIEMPRE A LA PRESIDENTA O AL PROFESIONAL QUE PRESENTE EL PROYECTO LE ACOMPAÑA EN LA EXPOSICIÓN EXPLICANDO SUS VIVIENCIAS Y EXPERIENCIA UNA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL.
- TENEMOS CREADO A NIVEL NACIONAL **EL COMITÉ DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL** ES UN ORGANO ASESOR DE LA CONFEDERACIÓN

APÉNDICE I

ESPAÑOLA DE SALUD MENTAL DONDE SE REUNEN REPRESENTANTES DE TODAS LAS FEDERACIONES, 1 DE SUS MIEMBROS SON USUARIOS DE AFESMO.

- ESTAMOS CREANDO EL **GRUPO DE USUARIOS EXPERTOS**, QUE CUMPLIRA VARIOS OBJETIVOS ENCUADRADOS EN LAS TAREAS DE EMPODERAMIENTO PERO TAMBIÉN COMO FACILITADORES EN EL PROCESO DE ADAPTACION DE LOS NUEVOS USUARIOS.
 - Acompañaran en las acogidas y visitas domiciliarias
 - Se ocuparán de facilitar el proceso de adaptación y pasaran las primeras semanas acompañando y favoreciendo las relaciones entre iguales.
 - Los profesionales les consultan para mejorar los proyectos.

ESTE AÑO SE VAN A REALIZAR LAS JORNADAS “DEFIENDO MIS DERECHOS Y CONOZCO LOS RECURSOS EN SALUD MENTAL” que estará organizado por un grupo de profesionales y usuarios y dirigido exclusivamente a personas con problemas de salud mental, y cuyos objetivos principales son el conocimiento como herramienta de empoderamiento (defensa de los derechos) y la lucha contra el estigma hacia algunos recursos sobre todo de tipo hospitalario (Unidades de hospitalización y URME), es mejor conocerlos antes de llegar a necesitarlos para evitar lo traumático de un ingreso hospitalario. (Lucha contra el estigma)

RELACIONADAS CON SU PROYECTO VITAL Y LA INTERVENCION PSICOSOCIAL

1. LA GESTIÓN DE CASOS SE REALIZA MEDIANTE UN SISTEMA DE TUTORIAS, EL TUTOR ELABORA JUNTO CON LA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL SU **PLAN INDIVIDUALIZADO DE INTERVENCIÓN Y SU HORARIO INDIVIDUAL**.
2. TODAS LAS ACCIONES Y TODOS LOS PROGRAMAS DE INTERVENCION VAN ENCAMINADOS HACIA LA **CONSECUCIÓN DE LA PLENA AUTONOMIA PERSONAL**
3. **LA INTERVENCIÓN SIEMPRE GIRA ENTORNO A LA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL**, ELLOS Y SUS FAMILIAS SON EL NUCLEO DE TODA INTERVENCIÓN.
4. LA ESCUCHA, LA EMPATIA, EL VÍNCULO Y LOS VALORES EN LOS QUE BASAMOS NUESTROS MODELO DE INTERVENCIÓN SIEMPRE TIENEN EN **CUENTA LA RECUPERACIÓN DEL PROYECTO VITAL DE CADA PERSONA**.
5. EN LAS SESIONES TANTO DE ESCUELA DE FAMILIAS COMO DE PSICOEDUCACIÓN INTERVIENEN ELLOS DANDO ALGUNA CHARLA ESTE AÑO CONCRETAMENTE SOBRE LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LAS PEM

RELACIONADAS CON PROYECTOS QUE FAVORECEN PRIORITARIAMENTE EL EMPODERAMIENTO

SEPAP. SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMIA PERSONAL PARA PEM.

APÉNDICE I

Uno de sus programas es PROMOCIÓN DE LA VIDA INDEPENDIENTE, DONDE TENEMOS 2 PISOS COMPARTIDOS, 2 PROYECTOS DE VIDA INDEPENDIENTE Y VARIAS HABITACIONES ALQUILADAS. Ayudamos en la búsqueda de espacios para independizarse, mediamos con las familias para favorecer la autonomía y combatir las resistencias y facilitamos la resolución de conflictos además de formar para fortalecer habilidades sociales que faciliten la convivencia.

PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL

Este es uno de los mejores indicadores de autonomía, por ello desde Afesmo lo consideramos muy importante.

POLITICA DE CONTRATOS DESDE AFESMO. En el Centro de día de Afesmo somos 39 trabajadores, 11 son personas con discapacidad y la mayoría de ellos con enfermedad mental (Todas las ofertas de trabajo las hacemos teniendo preferencia las personas con discapacidad y dentro de ellas las que tienen más puntuación son las personas con enfermedad mental. (PROTOCOLO DE CONTRATACIÓN DE AFESMO)

TALLERES PRELABORALES. Como paso previo al empleo, se trabajan actividades prelaborales que facilitan la posterior incorporación al empleo y reciben una beca diaria de 7 euros

ECOHURTA. 19 PERSONAS

COCINA Y CATERING 7 PERSONAS

SERIGRAFIA . 4 PERSONAS

LIMPIEZA. 1 PERSONAS

JARDINERIA. 15 PERSONAS

CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO MEMPLEO “SALUD MENTAL Y EMPLEO”

El pasado año 2014 creamos el primer CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO para personas con enfermedad mental de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, ya hemos conseguido consolidar los siguientes empleos en las diferentes líneas de negocio.

CATERING.....6 PERSONAS CONTRATADAS

LAVADERO MANUAL DE COCHES 7 PERSONAS CONTRATADAS

SERVICIOS A OTRAS EMPRESAS.. 2 PERSONAS CONTRATADAS

DE LAS 15 PERSONAS CONTRATADAS , 2 NO TIENEN DISCAPACIDAD Y 2 TIENE DISCAPACIDAD FISICA, LAS 11 RESTANTES SON PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL.

A Consumer-Constructed Scale to Measure Empowerment Among Users of Mental Health Services

E. Sally Rogers, Sc.D.
 Judi Chamberlin
 Marsha Langer Ellison, Ph.D.
 Tim Crean, B.A.

Objective: A scale to measure the personal construct of empowerment as defined by consumers of mental health services was developed and field tested. **Methods:** After extensive development, pilot testing, and analyses, a 28-item scale to measure empowerment was tested on 271 members of six self-help programs in six states. Factor analyses were used to identify the underlying dimensions of empowerment. To establish the scale's reliability and validity, responses were factor analyzed, and other analyses were conducted. **Results:** Analyses revealed five factors: self-efficacy-self-esteem, power-powerlessness, community activism, righteous anger, and optimism-control over the future. Empowerment was related to quality of life and income but not to the demographic variables of age, gender, ethnicity, marital status, education level, or employment status. Empowerment was inversely related to use of traditional mental health services and positively related to community activism. **Conclusions:** The findings set a framework for a clearer understanding of the imprecise and overused concept of empowerment. The scale demonstrated adequate internal consistency and some evidence for validity. Further testing must be done to establish whether it has discriminant validity and is sensitive to change. (*Psychiatric Services* 48:1042-1047, 1997)

Despite the burgeoning use of the term "empowerment" in the lexicon of mental health programs, few researchers or service providers have attempted to define, operationalize, or measure it (1,2). Early definitions of empowerment grew out of studies conducted by Rappaport (3,4), who defined psychological empowerment as "the connection between a sense of personal competence, a desire for and a willingness to take action in the public domain."

McLean (1) noted that empower-

ment is often defined as the action of those who are disempowered and acting to become empowered. Furthermore, Segal and his colleagues (2) described empowerment as a process of "gaining control over one's life and influencing the organizational and societal structure in which one lives." Staples (5) described empowerment as "a process by which power is developed, facilitated, or sanctioned [allowing] subordinate individuals to build capacities to act on their own behalf."

In the mental health literature, em-

powerment appears most prominently in relation to the function or mission of self-help programs (6-8) and to how mental health professionals or services can promote empowerment (9-11). Empowerment has been extensively discussed in several fields other than mental health, including social work, community psychology, and case management. It has been appropriated by so many other fields that it has been referred to as a "buzzword" with little meaning. Simon (12) stated that the roots of empowerment lie in the "self-help and mutual aid tradition of the United States" and that "not a single constituency or client population of the human services professions has failed to join the empowerment movement." Empowerment has also been studied in relation to family concerns (13-17) and to persons who are homeless and mentally ill (18-21).

Despite this growing emphasis on empowerment as the goal of mental health services and self-help involvement, few empirical studies of empowerment as a construct, a process, or an outcome have been done. One qualitative inquiry has been conducted to examine empowerment from the consumer's perspective (22). Rosenfield and her colleagues (23) have also attempted to define and study empowerment within the context of a psychosocial rehabilitation clubhouse program. Using a 21-item scale to measure empowerment, they found that it was associated with many aspects of quality of life but was

The authors are affiliated with the Center for Psychiatric Rehabilitation at Boston University, 930 Commonwealth Avenue, Boston, Massachusetts 02215.

APÉNDICE II

unrelated to members' satisfaction with their employment or financial status. Similarly, Segal and associates (2) developed scales to measure the personal, organizational, and extra-organizational aspects of empowerment, which they tested on members of four client-run self-help agencies.

Although these studies have shed light on the construct of empowerment, more research is needed to develop a reliable and valid measure. The purpose of this study was to further define and operationalize the construct of personal empowerment from the perspective of consumers, survivors, and former patients and to construct and validate a scale that can be used in a variety of settings.

Methods

The survey was designed with the assistance of a consumer research advisory board, under the direction of the second author. At the outset of the project, the second author selected for the board ten individuals who were leaders in the consumer-survivor movement, who were able to represent various factions of that movement, and who were diverse in gender, ideology, ethnicity, and the area of the country in which they resided. Three meetings were held with the board to design and plan the study. The use of such a board is encouraged by proponents of participatory action research (24,25), who assert that for evaluation to be meaningful and credible, constituents of that research must be involved.

Sample

Using various resources, the board developed a list of 200 self-help programs across the country, and letters were sent to each program requesting its participation. Based on the responses to the initial recruitment letter, final site selections were made. They included six self-help programs, one in each of six states: New Hampshire, New Jersey, Indiana, Arkansas, Washington, and California. Program selection was based on geographical and ethnic diversity; various types of consumer-run programs were chosen.

Each site identified an individual to act as a liaison. The second author

Attributes of empowerment developed by an advisory board of leaders of the self-help movement

Having decision making power
Having access to information and resources
Having a range of options from which to make choices (not just yes-no and either-or)
Assertiveness
A feeling that one can make a difference (being helpful)
Learning to think critically; unlearning the conditioning; seeing things differently.
For example, learning to redefine who one is (speaking in one's own voice), learning to redefine what one can do, and learning to redefine one's relationships to institutionalized power.
Learning about and expressing anger
Not feeling alone; feeling part of a group
Understanding that a person has rights
Effecting change in one's life and one's community
Learning skills (for example, communication) that one defines as important
Changing others' perceptions of one's competency and capacity to act
Coming out of the closet
Growth and change that is never-ending and self-initiated
Increasing one's positive self-image and overcoming stigma

visited all but one site to discuss the project further (the remaining site was contacted by telephone). On these visits she discussed the logistics of project implementation, met members, and secured the final agreement for participation.

Instruments

All instruments were developed using standard guidelines for paper-and-pencil surveys (26,27).

Empowerment Scale. The board delineated 15 attributes of empowerment based on its definition of psychological empowerment (see box). The need for this process became apparent when the board reviewed and then rejected several standard psychological instruments as measures of empowerment. The board felt that no existing instrument captured the dimensions of empowerment in relation to persons with mental illness. Furthermore, board members feared that study participants might find these instruments offensive.

We began the process of developing the scale by asking the board members to arrive at a consensus about a definition of empowerment that was relevant for persons with mental illness. Several dimensions of empowerment related to the definition, such as control over one's life, achievement of goals, self-esteem, and self-efficacy, were identified and agreed on.

Using these dimensions, items for the scale were modeled after the Rotter Internal-External Locus of Control Instrument (28), the Self-Efficacy Scale (29), and the Rosenberg Self-Esteem Scale (30). The initial scale consisted of 48 items, rated on a four-point Likert scale ranging from strongly agree to strongly disagree. It was tested on a sample of 100 subjects in two self-help programs in New Hampshire. Factor and reliability analyses were conducted, and 28 items having the highest factor loadings were retained.

The final items of the scale did not address all aspects of the board's original definition of empowerment; however, the board was satisfied that most aspects were addressed and that the items captured the essence of empowerment as they perceived and defined it.

Other instruments. In addition to the Empowerment Scale, seven brief instruments were developed for use in this study. They included a checklist of 22 traditional mental health services on which respondents indicated whether they had used each service in the past year; a five-item scale to assess the effect of self-help on social supports; an 11-item scale to assess the effect of self-help on quality of life; a five-item scale to assess the effect of self-help on self-esteem; a 19-item scale to assess participants' satisfaction with their self-

APÉNDICE II

Table 1
Factors derived from the Empowerment Scale

Factor and scale item ¹	Loading
Factor 1: Self-esteem-self-efficacy²	
I generally accomplish what I set out to do	.79
I have a positive attitude about myself	.74
When I make plans, I am almost certain to make them work	.72
I am usually confident about the decisions I make	.70
I am often able to overcome barriers	.56
I feel I am a person of worth, at least on an equal basis with others	.47
I see myself as a capable person	.46
I am able to do things as well as most other people	.41
I feel I have a number of good qualities	.41
Factor 2: Power-powerlessness³	
I feel powerless most of the time	.69
Making waves never gets you anywhere ⁴	.66
You can't fight city hall	.66
When I am unsure about something, I usually go along with the group	.66
Experts are in the best position to decide what people should do or learn	.63
Most of the misfortunes in my life were due to bad luck	.62
Usually, I feel alone	.60
People have no right to get angry just because they don't like something ⁴	.43
Factor 3: Community activism and autonomy⁵	
People have a right to make their own decisions, even if they are bad ones	.68
People should try to live their lives the way they want to	.64
People working together can have an effect on their community	.62
People have more power if they join together as a group	.53
Working with others in my community can help to change things for the better	.52
Very often a problem can be solved by taking action ⁴	.41
Factor 4: Optimism and control over the future⁶	
People are limited only by what they think possible	.78
I can pretty much determine what will happen in my life	.62
I am generally optimistic about the future	.58
Very often a problem can be solved by taking action ³	.42
Factor 5: Righteous anger⁷	
Getting angry about something is often the first step toward changing it	.73
People have no right to get angry just because they don't like something ⁴	.52
Getting angry about something never helps	.48
Making waves never gets you anywhere ⁴	.40

¹ Items that are negatively worded were recoded for consistency before the factor analysis.

² Eigenvalue=6.85, variance explained=24.5 percent

³ Eigenvalue=3.48, variance explained=12.4 percent

⁴ This item loaded on more than one factor.

⁵ Eigenvalue=2.13, variance explained=7.6 percent

⁶ Eigenvalue=1.5, variance explained=5.4 percent

⁷ Eigenvalue=1.12, variance explained=4 percent

help program; a 16-item community activity checklist; and a demographic questionnaire. The questionnaire asked respondents about the length of time they had been involved in self-help and how many hours on average they attended their program each week, as well requesting as their demographic characteristics, vocational and residential status, and psychiatric history.

The final version of the Empowerment Scale and other instruments used in this study were pilot tested with a local self-help program that did not participate in the study. (The instruments are available from the first author.)

Survey procedures and data analysis

Data were collected between March and August 1992. All instruments and procedures were approved by the institutional review board. Informed consent was obtained from all participants. The liaison at each program site was responsible for recruiting individual members at the program for participation, ensuring the anonymous handling of the instruments, and returning the instruments to the center. A total of 271 usable questionnaires were returned.

To examine the validity of the instrument, we used correlations, t tests, regressions, and descriptive

statistics. We used analyses of variance to test for differences among programs and to examine differences in respondent characteristics. To examine the psychometric properties of the scale, we used factor analysis and statistics to examine internal consistency. Several demographic variables were dummy coded for the multiple regressions. They were marital status (single, not married, and married), housing status (independent housing, supervised housing, and homeless or other housing), and ethnic status (minority and non-minority).

Results

Empowerment Scale

The 28 items of the Empowerment Scale were summed and averaged to arrive at an overall empowerment score. Out of a possible score of 4, the mean±SD score was 2.94±.32 (range, 1.82 to 3.79). These results suggested that respondents scored somewhat above the middle range of the scale. Analysis of variance indicated that empowerment scores did not differ significantly between the six self-help programs. Mean scores at the six sites ranged from 2.75 to 3.02.

Cronbach's alpha suggested a high degree of internal consistency (alpha=.86, N=261). Results of a factor analysis using principal components analysis and oblique rotation suggested a somewhat satisfactory factor solution. Five factors were extracted, accounting for 54 percent of the variance in scores. Table 1 shows the items that loaded on each factor. The scree test and conceptual clarity of the factor solution were used to determine the final number of factors as well as the method of rotation.

Construct validity

Despite our prediction that self-help involvement and empowerment would be positively related, no significant correlations were found between the total Empowerment Scale score and hours spent in the self-help program per week or the total number of years of involvement in self-help. The mean±SD number of hours spent in the program was 15.34±15, and the mean number of years of involvement was 4.70±4.73.

APÉNDICE II

We also examined the relationship between Empowerment Scale scores and the demographic characteristics of respondents. A *t* test indicated that males and females did not differ significantly in their feelings of empowerment. Analysis of variance suggested no significant differences by race (white, black, or other racial status) or by marital status (married; single; or divorced, widowed, or separated). No significant correlation was found between empowerment and educational level achieved or total number of previous psychiatric hospitalizations.

As might be expected, a small but statistically significant relationship was found between the number of community activities engaged in and empowerment ($r=.15$, $N=261$, $p=.02$). A small but statistically significant inverse correlation was found between use of traditional mental health services and empowerment ($r=-.14$, $N=256$, $p=.02$).

Respondents were categorized by whether they were working in a "regular" job ($N=43$); those who were doing sheltered or volunteer work or who were retired, in school, or unemployed were classified as not working ($N=210$). The mean Empowerment Scale score was 3.01 for the working respondents and 2.92 for the nonworking respondents, a nonsignificant difference. They were also categorized by whether they were engaged in any productive activity, that is, in a regular job, a sheltered workshop, volunteer work, or school ($N=104$) or not so engaged ($N=149$). No significant difference in empowerment scores was found between these groups.

Although no differences in empowerment were found between working and nonworking respondents, a significant relationship was noted between total monthly income and respondents' scores on the Empowerment Scale ($r=.24$, $N=234$, $p<.001$). Furthermore, among the respondents who were engaged in productive activity, a significant positive relationship was found between the number of hours engaged and empowerment ($r=.34$, $N=98$, $p=.001$).

In addition, we found significant positive correlations between empowerment and quality of life ($r=.36$,

$N=254$, $p<.001$), social support ($r=.17$, $N=253$, $p=.002$), and self-esteem ($r=.51$, $N=258$, $p<.001$). The correlation with self-esteem may be explained, at least in part, by the fact that items explicitly tapping self-esteem were included in the Empowerment Scale. A significant positive correlation between empowerment and respondents' satisfaction with their self-help program was also found ($r=.28$, $N=255$, $p<.001$).

Predictors of empowerment

Two stepwise multiple regressions were conducted to determine the best predictors of empowerment. First used were respondents' characteristics, including age, gender, educational status, ethnicity, age at first psychiatric contact, work status, housing status, marital status, total monthly income, and total number of lifetime psychiatric hospitalizations. Only total monthly income emerged as a significant predictor of empowerment, explaining 5 percent of the variance in empowerment scores (adjusted $R^2=.048$, $F=14.71$, $df=1,271$, $p<.001$).

The second regression was conducted using several of the other measures, including quality of life, number of community activities engaged in, satisfaction with the self-help program, number of traditional mental health services received, and social support items. This multiple regression was considerably more successful in explaining the variability in empowerment scores, accounting for 22 percent of the variance (adjusted $R^2=.22$, $F=20.19$, $df=4,268$, $p<.001$). The most useful predictors were items measuring quality of life, number of traditional mental health services received, number of community activities engaged in, and overall life satisfaction. The items measuring satisfaction with the self-help program and satisfaction with social supports were not useful predictors of empowerment in this multivariate analysis.

Known-groups validity

The Empowerment Scale was administered to two other groups for additional validation. One group consisted of 56 patients hospitalized at a

state facility (mean length of stay=4.3 years; range=three months to 22.6 years) (31), and the other of 200 college students (32). In the former group, the mean \pm SD scale score was $2.29\pm.24$, and in the latter group, it was $3.16\pm.24$. The first mean is approximately two standard deviations below the mean in this study, and the second is about two standard deviations above it. These results lend credence to the scale's ability to discriminate among groups of respondents whose feelings of empowerment are different from those of participants in self-help programs.

Discussion

Clarifying the construct of empowerment

Our attempt to develop and validate a scale measuring the construct of empowerment, as defined by consumers and former patients themselves, was successful. The scale has high internal consistency, and analyses produced a somewhat satisfactory five-factor solution.

Furthermore, the findings of this study set a framework for understanding the imprecise concept of empowerment. Using a tripod metaphor, there are three legs or supports that constitute empowerment. The first is self-esteem-self-efficacy and optimism and control over the future; it can be thought of as a sense of self-worth and a belief that one can control one's destiny and life events. The self-esteem-self-efficacy factor was one of the strongest and most consistent produced by the factor analysis. It is partly equivalent to the idea of internal locus of control as described by Rotter (33) and to other definitions and scales measuring self-efficacy and mastery.

The second leg of empowerment is actual power; another consistent factor in the scale. The remaining two factors of the scale constitute the third support. These factors are righteous anger and community activism. They imply the ability and willingness to harness anger into action and a sociopolitical component of empowerment that is evident in both community activism and righteous anger factors.

This framework of empowerment

APÉNDICE II

was supported by the additional analyses conducted in this study. As predicted, a positive relationship was found between empowerment scores and the number of community activities engaged in (for example, writing to a public official and voting), which buttresses the idea of action as a component of empowerment. The inverse relationship between empowerment scores and use of traditional mental health services is somewhat difficult to tease out from a causal perspective given the *ex post facto* nature of this study.

A significant relationship was found between number of hours worked (among those working) and empowerment. Monthly income was also a predictor of empowerment, which differs from Rosenfield's finding (23). In this society, income and earning power are often linked to actual power; the second leg of empowerment; thus the relationship between income and empowerment seems reasonable.

Like Rosenfield, we found that empowerment was related to quality of life but unrelated to employment status. Although empowerment was related to income, when monthly income was combined with other variables such as quality of life and life satisfaction, it lost its predictive power. This finding suggests that income may play a mediating role in empowerment by increasing quality of life, which in turn affects feelings of empowerment.

The absence of a relationship between the total empowerment score and the host of demographic variables tested shows that empowerment is not limited to the privileged, the educated, the majority race, or the employed; it is an "equal opportunity" personal state.

Our initial hypothesis that empowerment would be positively related to the length and intensity of involvement with a self-help program was not borne out by the data. Empowerment was correlated with satisfaction with the self-help program when those variables were examined in a bivariate correlational analysis. However, satisfaction with the self-help program lost its predictive power in the multivariate analysis.

Conclusions

This study yielded a valid and reliable measure of empowerment that was developed from the perspective of consumer activists, and it further served to clarify the components of empowerment and its relationship to other factors. Results of this study suggest that programs wishing to promote empowerment among their members must focus on increasing self-esteem and self-efficacy, decreasing feelings of powerlessness, and increasing feelings of power especially by increasing financial resources. They must also focus on heightening sociopolitical consciousness and community activism.

It should be noted that the persons selected to construct this scale can be considered leaders of the self-help movement. As such, it may be argued that they represent a higher-functioning and more educated group than would a random selection of consumers of mental health services. Consequently, the empowerment scale constructed by this sample may look different from one constructed solely by users of mental health services. On the other hand, the persons who served on this advisory board are active in shaping policy and defining new directions in mental health services, so their voices deserve our attention.

The framework for empowerment developed by this study is consistent with the definitions offered by Rappaport (3), Staples (5), and McLean (1). Our results provide empirical support for at least part of the advisory board's initial definition of empowerment. Results of our study suggest that an empowered person is one who has a sense of self-worth, self-efficacy, and power. The empowered person recognizes use of anger as a motivating force to instigate social change and is optimistic about the ability to exert control over his or her life. He or she recognizes the importance of the group or community to effect change, but the empowered person also values autonomy.

Further testing of the empowerment scale will yield additional information about the psychometric properties of the scale and, in turn, the construct of empowerment. For ex-

ample, evidence for known-groups validity could be strengthened by administering the scale to additional samples suspected of having lower or higher empowerment scores. It would also be useful to determine if the scale is both sensitive to change and stable over time. Administering the scale to new participants of a program thought to promote empowerment may yield evidence of its sensitivity (and indeed may suggest whether empowerment is a changeable trait), while additional studies examining test-retest reliability would yield evidence of its stability. In addition, it may be useful to administer the scale along with other standardized measures of psychological functioning to gather more evidence of the scale's convergent and divergent validity. Unfortunately, these assessments were beyond the scope of this initial study, and the results are correspondingly limited. ♦

Acknowledgment

This study was supported by a grant from the National Institute on Disability and Rehabilitation Research.

References

1. McLean A: Empowerment and the psychiatric/expatient movement in the United States: contradictions, crisis, and change. *Social Science in Medicine* 40:1053-1071, 1995
2. Segal S, Silverman C, Temkin T: Measuring empowerment in client-run self-help agencies. *Community Mental Health Journal* 31:215-227, 1995
3. Rappaport J: Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology* 15:121-142, 1987
4. Zimmerman M, Rappaport J: Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology* 16:725-750, 1988
5. Staples L: Consumer empowerment in the Massachusetts Mental Health System: A Comparison of Attitudes, Perceptions, and Opinions Within and Between Provider Groups. Doctoral dissertation. Boston, Boston University, School of Social Work, 1993
6. Chamberlin J: The ex-patient's movement: where we've been and where we're going. *Journal of Mind and Behavior* 11:323-336, 1990
7. Segal SP, Silverman C, Temkin T: Empowerment and self-help agency practice for people with mental disabilities. *Social Work* 39:727-735, 1993

APÉNDICE II

8. Chamberlin J, Rogers ES, Ellison M: Self-help programs: a description of their characteristics and their members. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 19(3):33-42, 1996
9. Freund PD: Professional role(s) in the empowerment process: "working with" mental health consumers. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16:65-73, 1993
10. O'rear C, O'rear TM: Way Station: a comprehensive approach to residential services for and with people with serious mental illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 13:77-90, 1990
11. Ellison ML: Empowerment and Demedicalization in Mental Health Case Management: Meaning and Measurement. Doctoral dissertation. Boston, Boston University, Department of Sociology, 1996
12. Simon B: Rethinking empowerment. *Journal of Progressive Human Services* 1(1): 27-40, 1990
13. Hatfield AB: Consumer issues in mental illness. *New Directions for Mental Services*, no 34:35-42, 1987
14. Battaglino L: Family empowerment through self-help groups. *New Directions for Mental Health Services*, no 34:43-51, 1987
15. Kassia JE, Boothroyd P, Ben Dror R: The family support group: families and professionals in partnership. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 15:91-96, 1992
16. East E: Family as a resource: maintaining chronically mentally ill members in the community. *Health and Social Work* 17:93-97, 1992
17. Pfeiffer EJ, Mostek M: Services for families of people with mental illness. *Hospital and Community Psychiatry* 42:262-264, 1991
18. Cohen CI, Thompson KS: Homeless mentally ill or mentally ill homeless? *American Journal of Psychiatry* 149:816-823, 1992
19. Susser E, Goldfinger SM, White A: Some clinical approaches to the homeless mentally ill. *Community Mental Health Journal* 26:463-480, 1990
20. Cohen MB: Social work practice with homeless mentally ill people: engaging the client. *Social Work* 34:505-509, 1989
21. Cheung FM: People against the mentally ill: community opposition to residential treatment facilities. *Community Mental Health Journal* 26:205-212, 1990
22. Connolly LM, Keele BS, Kleinbeck SV, et al: A place to be yourself: empowerment from the client's perspective. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 25:297-303, 1993
23. Rosenfield S: Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill. *Journal of Health and Social Behavior* 33:299-315, 1992
24. Whyte WF (ed): *Participatory Action Research*. Newbury Park, Calif, Sage, 1991
25. Rogers ES, Palmer-Erbs V: Participatory action research: implications for researchers in psychiatric rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 18:3-12, 1994
26. Dillman D: *Mail and Telephone Surveys: The Total Design Method*. New York, Wiley, 1978
27. Fink A, Kosecoff J: *How to Conduct Surveys*. Newbury Park, Calif, Sage, 1985
28. Rotter JB: Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs*, vol 80, 1966
29. Sherer M, Adams C: Construct validation of the Self-Efficacy Scale. *Psychological Reports* 53:899-902, 1983
30. Rosenberg M: *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ, Princeton University Press, 1965
31. Sharkey D: *Validation of the Empowerment Scale With a Hospital Population*. Medfield, Mass, Medfield State Hospital, 1995
32. Nuthall R: *Validation of the Empowerment Scale With a College Population*. Boston, Boston College, Department of Counseling and Developmental Psychology, 1995
33. Rotter JB: *Social Learning and Clinical Psychology*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1954

APÉNDICE III

Spanish Adaptation of the General Self-Efficacy Scale

Auto-Eficacia Generalizada

By Judith Bäßler, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1993

1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.
5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.

Response Format:

1 = incorrecto	2 = apenas cierto	3 = más bien cierto	4 = cierto
----------------	-------------------	---------------------	------------

APÉNDICE IV

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				