

Treball de final de máster/trabajo final de máster

TITULO

EVALUACIÓN PSICOSOCIAL Y PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LA RECUPERACIÓN EN TRASTORNO MENTAL GRAVE: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

AUTORA: VIRGINIA NÚÑEZ MUÑOZ

TUTORA: M^a ÁNGELES RUIPÉREZ

DIRECTORES: M^a ÁNGELES RUIPÉREZ E IVÁN LEGASCUE.

DATA DE LECTURA/ FECHA DE LECTURA:



UNIVERSITAT
JAUME·**I**

Índice

Treball de final de máster/trabajo final de máster	1
TITULO	1
RESUMEN	3
INTRODUCCION	4
OBJETIVOS	6
HIPOTESIS	6
MATERIAL Y METODO	7
- SUJETOS.....	7
- INSTRUMENTOS	8
a) Escala Honos (Health of the Nation Outcome Scales). (Variable independiente).	8
b) Escala MARS (variable de efecto o de resultados)	9
c) Cuestionario de datos Sociodemográficos y datos Clínicos.....	9
- PROCEDIMIENTO	9
- DISEÑO	9
- ANÁLISIS DE DATOS.....	10
LIMITACIONES ÉTICAS	17
CONSIDERACIONES ÉTICAS	17
DISCUSIÓN.....	18
BIBLIOGRAFIA.....	19
ANEXOS	22

RESUMEN

Objetivos: este artículo investiga la posible correlación entre la experiencia subjetiva del proceso de recuperación y el funcionamiento psicosocial mediante la cumplimentación de la escala MARS y la escala HONOS en personas que acuden a los servicios de rehabilitación y agudos del Área II de la provincia de Murcia.

Métodos: Se realizó un estudio de la Comunidad de las personas que utilizan los servicios psiquiátricos para una muestra de treinta y cinco sujetos con Trastorno Mental Grave (TMG) Datos Sociodemográficos y valoraciones clínicas se recogieron para complementar la entrevista para valorar el concepto de recuperación.

Resultados: La recuperación se observó a través de: (1) Las calificaciones relativamente bajas para más de la mitad de los pacientes (60%) se encuentran con puntuaciones de cero a catorce, permanecen estables a pesar de tener una enfermedad mental. ;(2) valores altos para la escala MARS (68.57%) se encuentran parcialmente recuperados de su enfermedad.

Conclusión: las limitaciones físicas, los síntomas positivos de la enfermedad, no generan en los pacientes una disminución de su percepción subjetiva de recuperación. No se ha encontrado correlación estadísticamente significativa entre el funcionamiento psicosocial medido con la Escala HoNOS y la percepción subjetiva de la recuperación medida con la Escala MARS.

Palabras clave: Recovery, several mental illness, MARS y HONOS.

INTRODUCCION

A comienzos del siglo XX la enfermedad mental era considerada como un trastorno crónico, inexorablemente debilitante con poca posibilidad de que se produjese una recuperación sintomática ni funcional.

La experiencia de la enfermedad mental en los pacientes se ha convertido cada vez más visible en las últimas décadas. Los individuos describen cómo es su vida y lo que le ayuda a ir más allá del papel de un paciente con enfermedad mental. (Ridgway P., 2004) La recuperación es un concepto emergente que está siendo adoptado por los sistemas de salud mental de todo el mundo. El término es utilizado de forma simultánea para describir evoluciones alcanzadas por personas con discapacidades psiquiátricas, como un proceso experimentado por las personas y como una visión organizativa para los sistemas de salud mental, a modo de paradigma para guiar políticas globales de Salud Mental. La recuperación es el proceso por el cual las personas con trastornos psiquiátricos severos reconstruyen y desarrollan estas conexiones personales, sociales, ambientales y espirituales mediante la capacitación personal y la toma de las riendas y decisiones sobre su vida. No significa una reducción completa de los síntomas que ya no interfieren con la vida, se trata de mejorar el bienestar, aunque todavía se producen síntomas de vez en cuando. (Klomo C., Marnetoft S. & Nordenmark M., 2012). Es un proceso de reajuste de las actitudes y lo que Los servicios asistenciales tiene la capacidad para dar soporte y facilitar el proceso de recuperación, y organizarse alrededor de una misión de recuperación, proporcionando los servicios que las personas afectadas precisan para reconstruir una vida con sentido (Peysen, 2001).

La definición más ampliamente utilizado (Anthony, 1993) de recuperación personal en la política internacional en el mundo de habla Inglesa viene de Bill Anthony: único proceso de cambio de las propias actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades, y / o roles. Es una manera de vivir una satisfactoria, esperanzado, y contribuyendo vida aún dentro de las limitaciones causado por la enfermedad. La recuperación implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito en la vida de como uno crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental.

La recuperación personal y la clínica son diferentes. La recuperación personal comúnmente se entiende como un proceso, en el mejor de los casos puede ser juzgado por el usuario un servicio personalizado, para algunas personas no lo hace implicar la reducción de síntomas, y puede no ser debido a la acciones de los servicios de salud mental. La recuperación clínica es comúnmente se entiende como un resultado, es un juicio por un observador, y pone gran énfasis en los síntomas reducción y eficaces tratamientos de salud mental servicios.

Es considerada como un proceso multidimensional con las dos dimensiones objetivas y subjetivas que deben ser vistos a lo largo de un continuo (En lugar de como dicotómica vs. recuperado no recuperado). También, los resultados de la recuperación implican dominios interdependientes de funcionamiento (incluyendo sociales, de formación profesional, emocional, cognitivo y espiritual). Además, la literatura indica que la recuperación implica el ajuste psicosocial a la discapacidad en sí; el logro del bienestar

subjetivo; algún grado de remisión de los signos y síntomas de la enfermedad; y la mejora de las funciones instrumentales y la integración comunitaria. (Davidson et al, 2005). Persiste el desacuerdo sobre la medida en que estar libre de síntomas es un requisito para la recuperación o si la necesidad de tratamiento, medicación, hospitalizaciones o se deben tener en cuenta en la definición. La Asociación Americana de Psiquiatría está considerando adopción de una nueva categoría de diagnóstico para la próxima versión del DSM, que se ha etiquetado como "esquizofrenia en remisión."

El modelo de recuperación (Cabassa et al, 2013) se ha convertido en una fuerza importante en la conformación de los servicios de salud, las políticas mentales, y la investigación en los Estados Unidos y otros países desarrollados (O'Hagan, 2004). El principio fundamental de la recuperación es que las personas con trastornos mentales tienen la capacidad y la resistencia para superar las consecuencias devastadoras de la enfermedad mental o el abuso de sustancias, sobre todo cuando se administra el apoyo y se puede desarrollar una vida plena en la comunidad (Bellack, 2006); pueden tomar sus propias decisiones; perseguir sus esperanzas, sueños y aspiraciones y seleccionar y participar en las actividades que disfrutan o encontrar significado en la configuración de su elección, incluso en la incapacitación. (Davidson, 2006).

En un estudio de pacientes con TMG en la comunidad (Jenkins J. & Carpenter-Song, E., 2006) donde se analizaba la ingesta medicamentosa y la recuperación de la enfermedad, los resultados obtenidos fueron que la recuperación se experimentó en relación a bajos niveles de síntomas, la necesidad de tomar medicación para evitar la hospitalización o episodios psicóticos, y la agencia personal a luchar contra los efectos de la enfermedad.

La mejora y la recuperación persistente y severa de los trastornos mentales se producen en un complejo contexto de enclavamiento personal, cultural, social, efectos económicos, y farmacológicos. La complejidad de estas relaciones como una cuestión de subjetividad sugiere, la exigencia teórica y metodológica para especificar estos procesos con más detalle, a través de enfoques cualitativos en profundidad, que puede complementar las técnicas estandarizadas de investigación (Jenkins, 2005).

La falta de investigación acerca del concepto de recuperación en España, asociado a otras escalas nos ha llevado a plantearnos este análisis que procedemos a continuación.

OBJETIVOS

-Relacionar la escala MARS con la escala HONOS.

-Evaluar el concepto de recuperación en pacientes con TMG mediante la escala MARS.

HIPOTESIS

Qué relación existe entre la entrevista MARS que evalúa como se siente el paciente en concepto de recuperación, y cómo se correlaciona con otros ítems: problemas físicos, problemas mentales.

Ho (hipótesis nula)= existe correlación estadísticamente significativa entre la percepción subjetiva de la recuperación medida con la Escala MARS y los estados clínico y psicosocial medidos con la Escala HoNOS en usuarios de CRSM del Área 2 de Salud de Murcia

H1 (hipótesis alterna)= no existe relacion estadísticamente significativa entre los resultados de una escala y otra.

MATERIAL Y METODO

- SUJETOS

La población de estudio estará compuesta por pacientes con patología mental que reúnen criterios de Trastorno Mental Grave (TMG), dentro del rango de edad de 18 a 65 años, de ambos sexos, siendo captados en el área 2 de salud de la provincia de Murcia, en el centro de Rehabilitación de Salud Mental.

Las personas que reciben el diagnóstico de un trastorno mental grave constituyen un grupo de población heterogénea, constituido por ciudadanos, cada uno con sus particularidades personales, biográficas, sociales y familiares, pero reunidos todos por algunas características comunes. Son personas que, a pesar del tratamiento, padecen discapacidades de larga duración. Su vida personal y social y sus expectativas se han visto afectadas radicalmente y les es necesario reajustar sus expectativas en función de sus discapacidades.

Algunas características comunes:

- La expectativa de vida es de media 15 años más corta que la de la población general.
- Están más expuestos a padecer problemas médicos y que estos permanezcan sin diagnosticar.
- Padecen alta incidencia de muerte por suicidio (10%).
- Frecuentes situaciones conflictivas en el seno de su red natural (especialmente la familia).
- Una gran mayoría dependiente económicamente.
- Alta tendencia al abuso de sustancias (tabaco, cafeína, medicamentos o drogas de abuso).
- Necesitan mantener estrategias para evitar las recaídas, por lo que deben seguir tratamientos prolongados a pesar de los efectos secundarios de los psicofármacos.
- Sufren una importante estigmatización: conjunto de prejuicios sociales muy arraigados en la cultura popular relacionados con la enfermedad mental. Las personas son consideradas impredecibles, o peligrosas y sufren procesos de exclusión y etiquetación difíciles de evitar.

Se ha recogido una muestra de 35 pacientes, mediante un tipo de muestreo probabilístico o de conveniencia.

- Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión están basados en la definición de Trastorno Mental Grave que goza de mayor consenso en la literatura, la cual contempla tres dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada.

- a) Usuarios que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas del DSMIV confirmadas por la SCID. Se hace constar entre paréntesis el código correspondiente a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10 (OMS, 1992):
 - Esquizofrenia (F20)
 - Trastorno delirante (F22)
 - Trastorno psicótico compartido (F24)
 - Trastorno esquizoafectivo (F25)
 - Trastorno psicótico no especificado (F29)
 - Trastorno bipolar I (F31)
 - Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante, grave con síntomas psicóticos (F32.3, F33.3)
- b) Evolución del trastorno mental de un mínimo de 2 años, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación) aunque hayan remitido los síntomas.
- c) Presencia de discapacidad, definida mediante la afectación del funcionamiento personal, laboral, social y familiar, con puntuaciones <50 en la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) o de la Evaluación del Funcionamiento Global (GAF).

- Criterios de exclusión:

Pacientes que presenten cualquier tipo de alteración en el desarrollo, o alguna patología congénita de base que en un futuro pueda imposibilitar el desarrollo de la actividad.

- INSTRUMENTOS

- a) **Escala Honos (Health of the Nation Outcome Scales).** (Variable independiente).

Es un instrumento, desarrollado por Unidad de Investigación de Royal College en el marco de Proyecto Health of the Nation del departamento de Salud Británico. Está constituido por un conjunto de escalas diseñadas para medir los diversos problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental, que los profesionales de la Salud Mental pueden utilizar de forma rutinaria y en un contexto clínico. En una última instancia permitiría un eventual sistema nacional de recogida de datos, que

podría utilizarse en todo el ámbito de contactos paciente-profesional con un costo razonable, en el que el instrumento sería un componente importante.

Contiene 12 ítems que cubren un área psicosocial amplia. La máxima puntuación posible es de 48; a mayor puntuación, mayor gravedad. Los ítems 1-8, y la evolución de su puntuación a lo largo del tiempo en relación con otras variables clínicas, aportan un registro de la evolución clínica. Los ítems 9-12 miden la autonomía de funcionamiento en el medio residencial y ocupacional del paciente.

b) **Escala MARS** (variable de efecto o de resultados)

Escala que actualmente se encuentra en proceso de validación en España. Consta de 25 ítems, los cuales se puntúan en escala Likert de Nada en absoluto a Mucho, pasando por Un poco, Algo y Bastante.

c) **Cuestionario de datos Sociodemográficos y datos Clínicos.**

Cuestionario que recoge los siguientes datos:

- Sociodemográficos: fecha de nacimiento, género, años de estudio completados y estado civil.
- Clínicos: año de inicio del tratamiento de la enfermedad mental, diagnósticos DSM IV, número de hospitalizaciones por causa psiquiátrica, días estimados de ingreso en hospital psiquiátrico y tipo de dispositivo en el que se haya llevado a cabo predominantemente la intervención terapéutica de rehabilitación.

- **PROCEDIMIENTO**

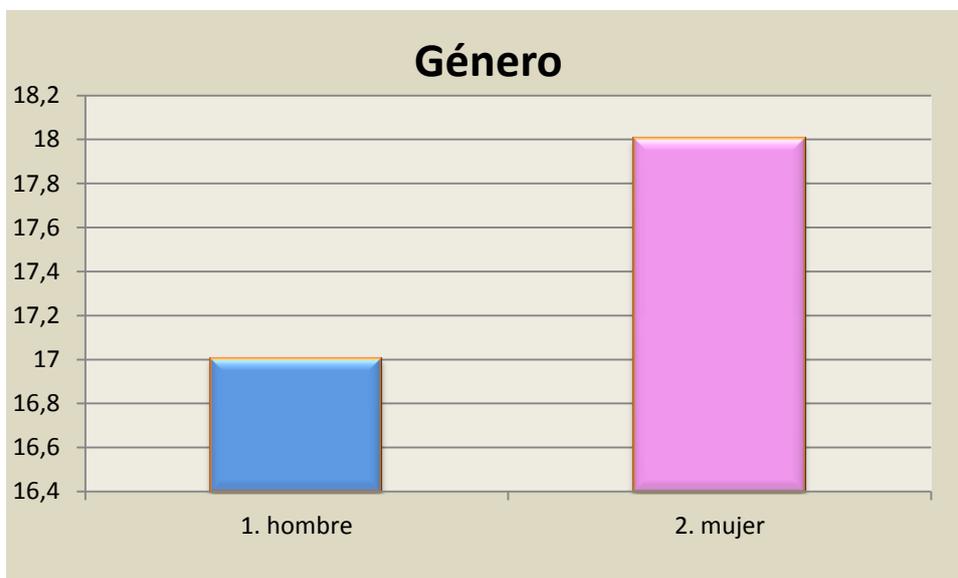
Para realizar el estudio se pasarán la Versión Española de la Maryland Assessment Recovery Scale (MARS) y la Escala HONOS con el fin de medir las diferencias de correlación existentes entre una y otra escala.

- **DISEÑO**

Estudio observacional, en el que no se manipulan las variables, que trata de establecer correlaciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones recogidas con ambos instrumentos, escala MARS y escala Honos (No relaciones de causalidad).

- ANÁLISIS DE DATOS

Se va a realizar un análisis mediante gráficas del género, el estado civil y el diagnóstico para enmarcar nuestro posterior análisis de las dos escalas analizadas: HONOS y MARS.

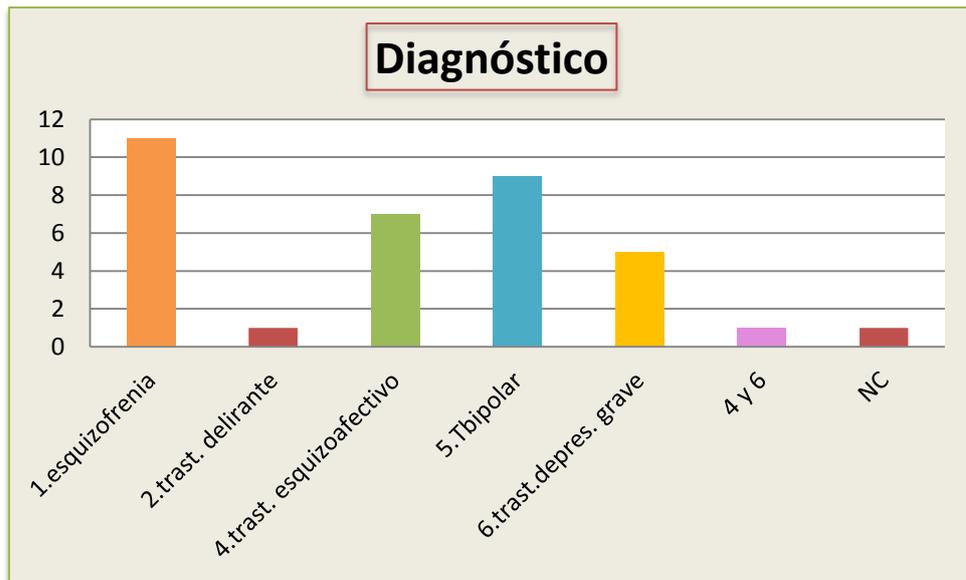


En primer lugar, el **género** no presenta excesivas diferencias, diecisiete hombres y dieciocho mujeres de un total de 35, 51,43% mujeres y 48,57% varones.



En cuanto al estado civil, nos encontramos con un mayor número de solteros, veinte de treinta y cinco, un 57,14%; seis casados, un 17,14%; 5 divorciados, 14,28% y por último un solo separado, 2,8%.

Si bien es cierto que a pesar de ser el tema a tratar me impresionó el hecho de que la inmensa mayoría estuvieran solteros, algo a valorar por el propio estigma de la enfermedad mental, o un simple hecho causal.



En cuanto al diagnóstico nos encontramos con tres diagnósticos más representativos la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el trastorno esquizoafectivo. La esquizofrenia con un 31,42% de, seguido del trastorno bipolar, 25,71%; el trastorno esquizoafectivo con un 20%.

El trastorno depresivo grave con un 14,28%, cinco del total valoradas.

Y ya por último, una persona de los restantes, el trastorno delirante y una de ellas que está diagnosticada de trastorno esquizoafectivo y trastorno depresivo grave.

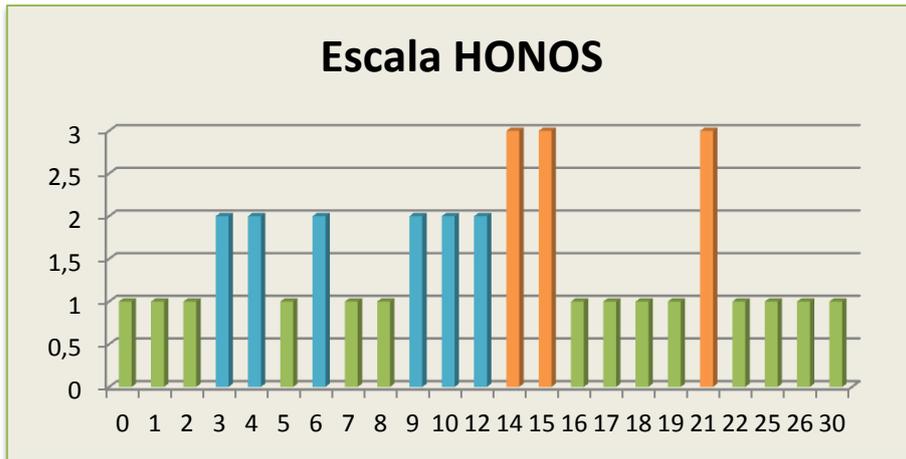
Sólo una persona no contestó en el diagnóstico.

Habiendo analizado todos estos datos, nos colocamos en situación para analizar los datos resultantes de la escala HONOS y la MARS.

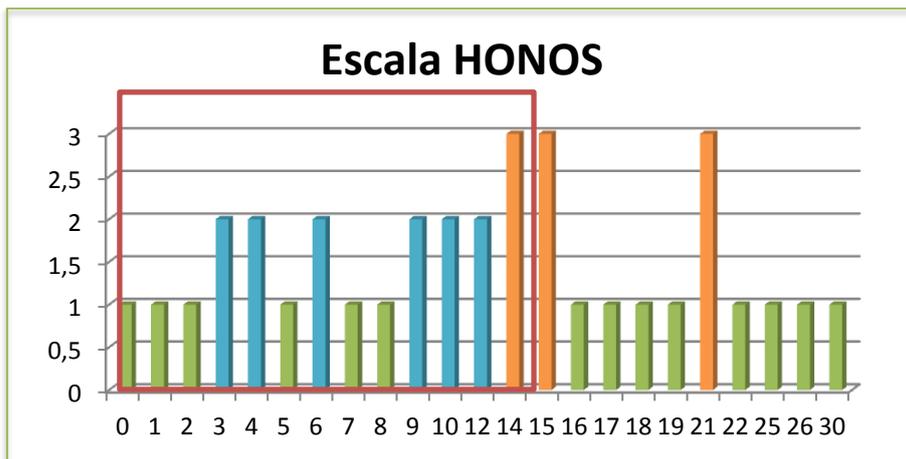
Primeramente la escala HONOS:

La puntuación máxima de escala es 48, a mayor puntuación, mayor gravedad.

Analizando el gráfico obtenido, los datos se encuentran muy dispersos, oscilan entre 0 y 30. Encontramos tres picos en los valores: catorce, quince y veintiuno, con tres pacientes que coinciden en cada uno de ellos.



Veintiuno de los pacientes se encuentran dentro de la primera mitad del gráfico, lo cual significa que el 60% de los pacientes se encuentran con puntuaciones de cero a catorce, más de la mitad están estables a pesar de tener una enfermedad mental.



Analizamos ahora el resultado de las sumas de la escala HONOS según sexos, como se observa las mujeres obtienen una mayor puntuación de los hombres.

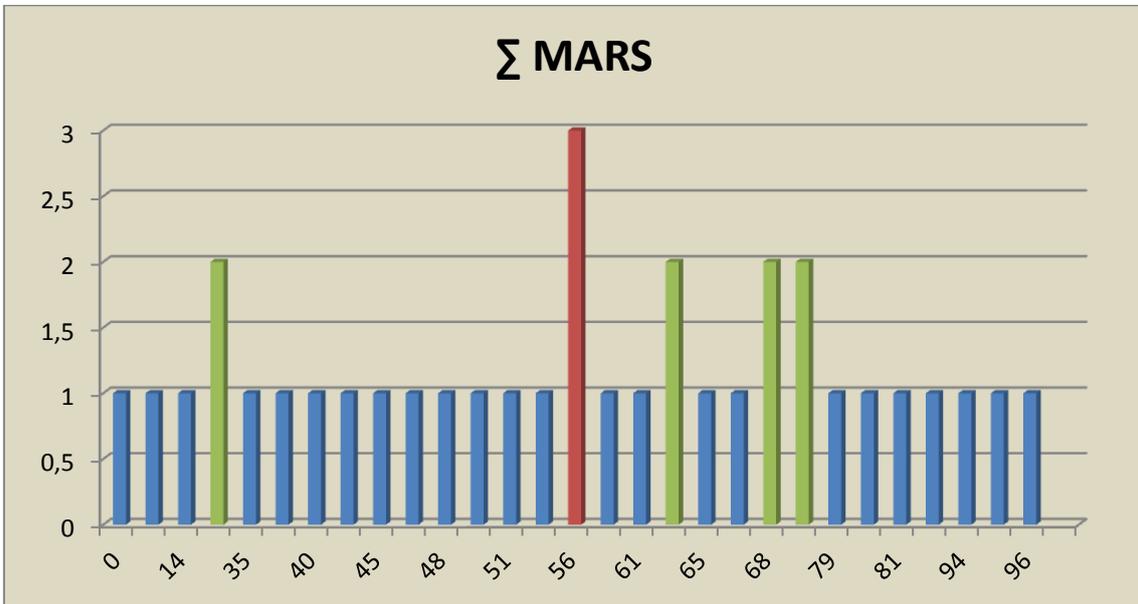


Resumen de prueba de hipótesis

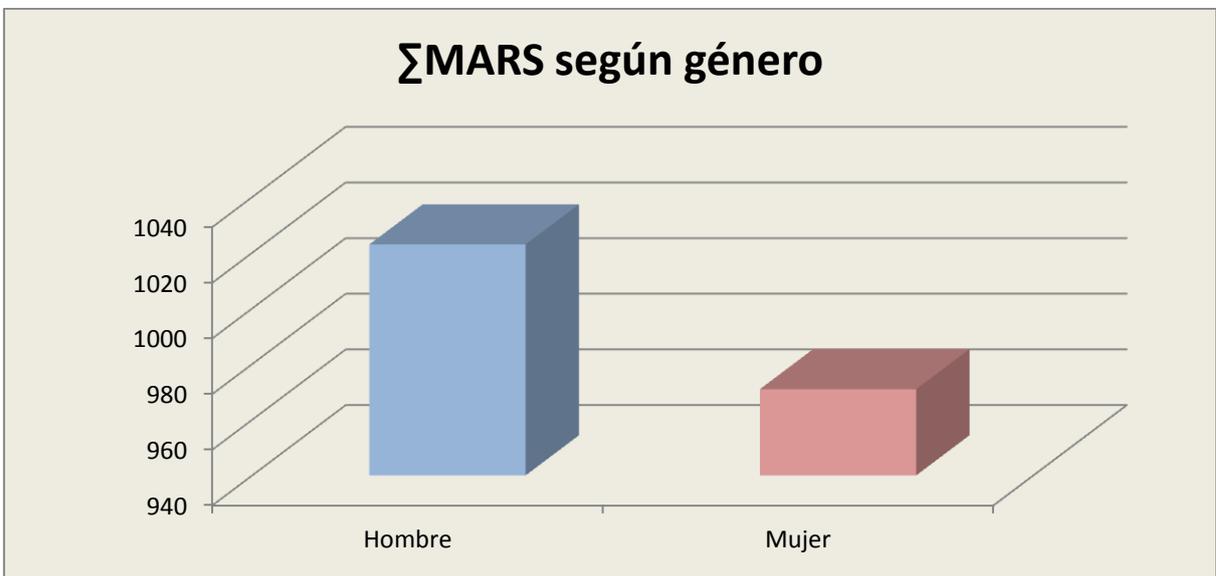
	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de ?HONOS es la misma entre las categorías de estado civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,383	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05

El siguiente gráfico nos muestra la gran variabilidad de respuesta en esta escala, los valores oscilan de 0 a 96. Tres de los pacientes coinciden en 56, valor que lo encontramos ligeramente por encima de la mediana (48). También hay 4 picos de dos pacientes en los valores treinta y cinco, sesenta y cinco, sesenta y ocho y setenta y nueve.



Veinticuatro de los pacientes se encuentra del p50 a p90, el 68.57% de los pacientes obtienen valores por encima de cuarenta y ocho.



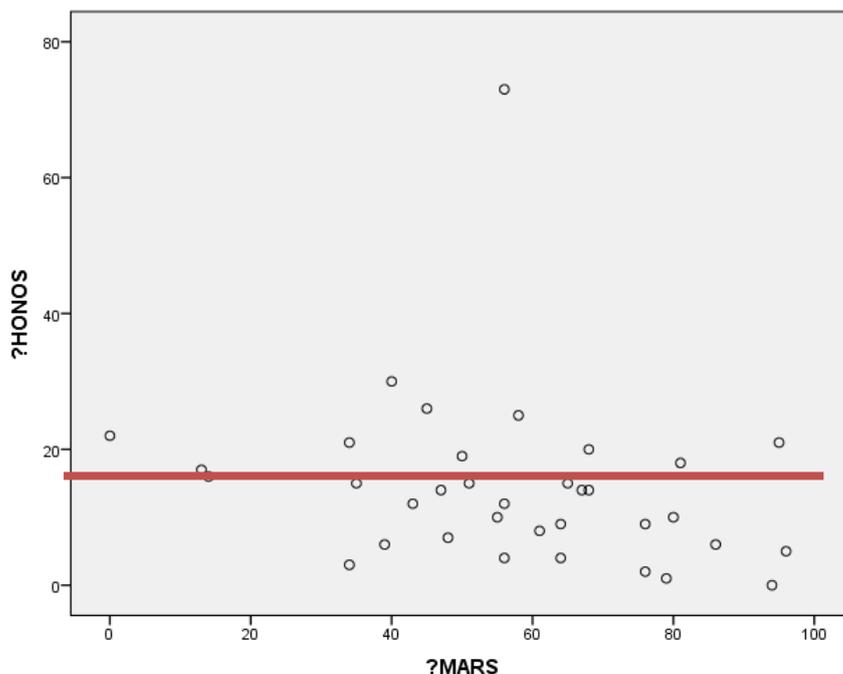
Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de ?MARS es la misma entre las categorías de estado civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,352	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,0

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON entre sumatorio HONOS y MARS.

Se representa en la siguiente gráfica el coeficiente de correlación de Pearson para variables no paramétricas, como podemos observar, nos encontramos con una gran dispersión, sin un patrón claro, puede asemejarse a una línea recta, más próximo como ahora veremos, próximo a 0.



CORRELACIONES

		ΣHONOS	ΣMARS
ΣHONOS	Correlación de Pearson	1	-,238
	Sig. (bilateral)		,169
	N	35	35
ΣMARS	Correlación de Pearson	-,238	1
	Sig. (bilateral)	,169	
	N	35	35

La anterior tabla nos muestra los siguientes datos:

- $R = -0,238$; lo cual significa una correlación negativa, más próxima a 0, hay muy baja correlación.
- $p = 0,169 \longrightarrow p \geq 0,05$

No existe relación estadísticamente significativa.

LIMITACIONES ÉTICAS

- El cumplimiento de las escalas se ha realizado en el centro de rehabilitación y la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría (UHB), solamente a pacientes que iban a ser dados de alta, ambas en el Área II de la provincia de Murcia a un total de 35 pacientes.
- Se excluyeron a pacientes de UHB que se encontraban graves, por su descompensación psicopatológica de la enfermedad.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Todos los pacientes han rellenado la hoja de consentimiento informado para llevar a cabo los cuestionarios.

DISCUSIÓN

Tras haber realizado el análisis de datos, se desconfirma la hipótesis nula, afirmando la hipótesis alterna, confirmando que no hay relación estadísticamente significativa entre la escala MARS y la HONOS. La escala MARS que valora la recuperación sentida por el paciente con TMG no tiene porqué tener relación con la escala HONOS que evalúa el estado físico del paciente, la gravedad del mismo.

En muchas ocasiones la percepción de como se encuentra uno con respecto a cómo está verdaderamente de válido o de enfermo, y más aún en salud mental es muy relativo. La percepción propia varía de un paciente a otro de una manera abismal. Hay pacientes que se encuentran verdaderamente graves, a pesar de estar estables dentro de su patología, continúan las alucinaciones de manera continua o su incapacidad es tal que no pueden realizar ni las actividades de la vida diaria sin supervisión, Pero ellos se ven con una buena recuperación de su enfermedad mental.

BIBLIOGRAFIA

- Anthony WA. (1993) Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research* 1993; 2: 17-24.
- Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia, concordance, contrasts, and implications. (2006). *Schizophrenia Bulletin* 32:432-442.
- Cabassa L. J., Nicasio A., Whitley R. (2013). Picturing recovery: a photovoice exploration of recovery dimensions among people with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 64, 837-842.
- Davidson, L., Harding, C. & Spaniol Leroy. (2006) Recovery from several mental illness: Is it possible? *Recovery from Severe Mental Illnesses: Research Evidence and Implications for Practice*.
- Jenkins, J., Strauss M., Carpenter, E., Miller, D., Floersch, J. & Sajatovic M. (2005). Subjective experience of recovery from schizophrenia-related disorders and atypical antipsychotics. *International Journal of Social Psychiatry*. Vol 51(3): 211-227.
- Jenkins J. & Carpenter-Song, E. (2006). The new paradigm of recovery from schizophrenia: cultural conundrums of improvement without cure. *Culture, Medicine and Psychiatry* 29: 379-413.
- Klockmo, C., Marnetoft, S. and Nordenmark, M. (2012) Moving toward a recovery-oriented approach in the Swedish mental health system an interview study of Personligt Ombud in Sweden. *Coaction*.
- O'Hagan M: Recovery in New Zealand: lessons for Australia? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 3: 1-3, 2004.
- Peyser et al., 291 (5501): 103-106 ... *Science* 5 January 2001: Vol. 291 no. 5501 pp. 103-106.
- Ridgway P. Restorying psychiatric disability: Learning from first person narratives. *Psychiatr Rehab J* 2001;24: 335-343.
- Slade, M. (2010). Measuring Recovery in Mental Health Services. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. Vol 47. No.3.
- Roberts, G., Wolfson, P. (2004). The rediscovery of recovery: open to all. *Adv Psychiatr Treat*;10: 37-49.

A. Treball de final de grau o de final de màster / Trabajo de final de grado o de final de máster	
Grau/Màster (denominació oficial) / Grado/Máster (denominación oficial) <u>Màster Universitari en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental comunitario.</u>	
Autor o autora / Autor o autora <u>VIRGINIA NÚÑEZ MUÑOZ</u>	DNI / DNI <u>48092627-N</u>
Títol / Título <u>Evaluación psicosocial y percepción subjetiva de la recuperación en Trastorno Mental grave en estudio observacional.</u>	
B. Vistiplau del tutor o tutora / Vistobueno del tutor o tutora	
Nom i cognoms / Nombre y apellidos <u>MARÍA ANGELES RUIZ PEREZ.</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Done el vistiplau per al dipòsit d'aquest treball en el Repositori UJI Doy el visto bueno para el depósito de este trabajo en el Repositorio UJI	
<input type="checkbox"/> No done el vistiplau per al dipòsit d'aquest treball en el Repositori UJI No doy el visto bueno para el depósito de este trabajo en el Repositorio UJI	
C. Vistiplau del supervisor o supervisora / Vistiplau del supervisor o supervisora	
Nom i cognoms / Nombre y apellidos <u>Iván C. Legaspe de Lamiraga</u>	Centre o empresa / Centro o empresa <u>Universidad Jaume I.</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Done el vistiplau per al dipòsit d'aquest treball en el Repositori UJI Doy el visto bueno para el depósito de este trabajo en el Repositorio UJI	
<input type="checkbox"/> No done el vistiplau per al dipòsit d'aquest treball en el Repositori UJI No doy el visto bueno para el depósito de este trabajo en el Repositorio UJI	
D. Autorització i declaració de l'autor o autora / Autorización y declaración del autor o autora	

Com a autor o autora del treball indicat / Como autor o autora del trabajo indicado

Declaro / Declaro

1. El document indicat és un treball original elaborat per mi i no infringeix els drets d'autoria d'una altra persona o entitat.
2. El material amb drets de tercers està clarament identificat i reconegut en el contingut del document lliurat.
3. Autoritzo la Universitat Jaume I a conservar més

1. El documento indicado es un trabajo original elaborado por mí y no infringe los derechos de autoría de otra persona o entidad.
2. El material con derechos de terceros está claramente identificado y reconocido en el contenido del documento entregado.
3. Autorizo a la Universidad Jaume I a conservar más

d'una còpia d'aquest document i, sense alterar-ne el contingut, a transformar-lo en altres formats, suports o mitjans per a garantir-ne la seguretat, preservació i accés.

4. Aquesta autorització implica que la Universitat Jaume I ha d'identificar clarament el meu nom com a autor o autora o propietari o propietària dels drets d'explotació d'aquest treball i no ha de fer cap alteració del seu contingut diferent de les permeses en aquest document.
5. Autoritze a reproduir, comunicar i distribuir aquest document mundialment en format electrònic amb caràcter no exclusiu en el Repositori UJI sota la llicència Creative Commons:
- CC-BY-SA «Reconeixement-Compartir igual». És permesa la reproducció, la distribució, la comunicació pública, la realització d'obres derivades i l'ús comercial sempre que se'n cite l'autoria i amb la mateixa llicència CC o equivalent.
 - CC-BY-NC-SA «Reconeixement-No comercial-Compartir igual». És permesa la reproducció, la distribució, la comunicació pública i la realització d'obres derivades sempre que se'n cite l'autoria i amb la mateixa llicència CC o equivalent, però no és permès fer-ne un ús comercial.
 - CC-BY-NC-ND «Reconeixement-No comercial-Sense obres derivades». És permesa la reproducció, la distribució i la comunicació pública sempre que se'n cite l'autoria, però no és permesa la realització d'obres derivades ni el seu ús comercial.
- No autoritze la difusió en accés obert d'aquest treball en el Repositori UJI.

(Firma / Firma)



Cartagena, 13 d Juliol de 2015

de una copia de este documento y, sin alterar su contenido, a transformarlo en otros formatos, soportes o medios para garantizar su seguridad, preservación y acceso.

4. Esta autorización implica que la Universitat Jaume I deberá identificar claramente mi nombre como autor o autora o propietario o propietaria de los derechos de explotación de este trabajo y no deberá realizar ninguna alteración de su contenido diferente de las permitidas en este documento.
5. Autorizo a reproducir, comunicar y distribuir este documento mundialmente en formato electrónico con carácter no exclusivo en el Repositorio UJI bajo la licencia Creative Commons:
- CC-BY-SA «Reconocimiento-Compartir igual». Se permite la reproducción, la distribución, la comunicación pública, la realización de obras derivadas y el uso comercial siempre que se cite la autoría y con la misma licencia CC o equivalente.
 - CC-BY-NC-SA «Reconocimiento-No comercial-Compartir igual». Se permite la reproducción, la distribución, la comunicación pública y la realización de obras derivadas siempre que se cite la autoría y con la misma licencia CC o equivalente, pero no se permite hacer un uso comercial.
 - CC-BY-NC-ND «Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas». Se permite la reproducción, la distribución y la comunicación pública siempre que se cite la autoría, pero no se permite la realización de obras derivadas ni su uso comercial.
- No autorizo la difusión en acceso abierto de este trabajo en el Repositorio UJI.

ANEXOS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: Traducción, adaptación y validación al español de la Escala Maryland de Evaluación de la Recuperación (MARS)

Se observa una evidente necesidad en el momento actual de desarrollar instrumentos prácticos de medida de la recuperación a través de la colaboración con el movimiento asociacionista de usuarios, con buenas propiedades psicométricas, de fácil administración y basados en evidencias científicamente validadas así como en los valores nucleares del paradigma de la recuperación. Estas herramientas deberían ante todo tener utilidad en el campo de la clínica, de la planificación de políticas sanitarias, de la valoración de la calidad de los servicios y de la investigación básica.

Existe una laguna en lo que respecta a las escalas para medir la recuperación de personas con enfermedad mental, las distintas herramientas propuestas no cuentan con una aceptación general en el ámbito científico, no todas tienen publicadas sus propiedades psicométricas y, hasta la fecha, ninguna ha sido traducida, adaptada y validada al español. La Escala Maryland de Evaluación de la Recuperación (MARS) constituye un instrumento práctico, unidimensional, con buenas características psicométricas y con utilidad tanto para investigación como para la evaluación de servicios.

Por ello hemos iniciado este trabajo de traducción, adaptación y validación al español de la Escala Maryland de Evaluación de la Recuperación (MARS), con la esperanza de que nuestros hallazgos, junto al de otros muchos equipos de investigación que están trabajando en el mismo sentido, ayuden a evaluar y planificar las acciones tanto terapéuticas como de rehabilitación psicosocial que incidan positivamente en los usuarios.

Mediante este documento lo que solicitamos es su colaboración en esta investigación. Su participación en el estudio implica la realización una entrevista con usted en la que se recogerán datos relacionados a aspectos demográficos y clínicos presentes en su historial médico. Se le solicitará asimismo que complete los ítems de la versión española de la Escala Maryland de Evaluación de la Recuperación (MARS) y de la Escala de Autoeficacia General. Sus datos personales serán disociados a través de un código que garantiza el anonimato de los participantes de modo que la información que se obtenga no pueda asociarse a persona identificada o identificable. El participar en este estudio no implica ningún tipo de modificación de su tratamiento habitual, ni en su aspecto farmacológico ni en lo que respecta al abordaje psicoterapéutico o de rehabilitación psicosocial que se lleva a cabo. Se trata asimismo de una investigación de tipo observacional, en la que no se manipularán las variables a estudio.

Los datos que se obtengan serán totalmente confidenciales y serán utilizados exclusivamente con fines investigadores con el objetivo de mejorar el conocimiento de la recuperación en el trastorno

Material de uso exclusivo para investigación.

mental grave. Debe saber que podrá ejercitar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los mismos, de conformidad con lo dispuesto al respecto en la legislación aplicable, Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) 15/1999, de 13 de diciembre. Su intimidad quedará salvaguardada en todo momento, y ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes será utilizado en ninguno de los trabajos que se deriven de esta investigación. Tiene usted derecho a solicitar copia del presente documento, así como a conocer los resultados que deriven de la presente investigación. Su colaboración en este estudio es completamente voluntaria y puede abandonar el mismo en cualquier momento sin que por ello se altere la relación terapéutica ni se produzca perjuicio en su tratamiento. En caso de retirar el consentimiento para participar en el estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos

Si tiene alguna duda sobre lo que acaba de leer o sobre cualquier otro aspecto de este estudio, por favor pregúntesela al responsable de la investigación en su centro antes de firmar esta hoja de consentimiento informado.

Agradecemos su colaboración.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., he comprendido toda la información expuesta y he tenido la oportunidad de preguntar todas las dudas que se me han planteado. Por la presente, doy mi autorización para que mis datos sean utilizados en la presente investigación y acepto participar en el estudio de traducción, adaptación y validación al español de la Escala Maryland de Evaluación de la Recuperación (MARS).

Firma de Usuario:..... Aclaración:.....

Firma del Investigador:..... Aclaración:.....

Lugar y Fecha:.....

Material de uso exclusivo para investigación.

VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA MARS

Esta escala contiene una lista de afirmaciones sobre sus actitudes y creencias referidas a su salud y bienestar. No hay respuestas correctas o incorrectas; solamente queremos conocer lo que usted piensa sobre estas cosas. Lea cada afirmación y decida cuánto está de acuerdo con ella, desde nada en absoluto hasta mucho.

1. Puedo influir sobre asuntos importantes en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

2. Tengo aptitudes que pueden ayudarme a alcanzar mis objetivos.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

3. Creo que es posible mejorar.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

4. Cuando tengo una recaída, estoy seguro de que puedo volver a encarrilarme.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

5. Tengo habilidades que me ayudan a tener éxito.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

6. Mis fortalezas son más importantes que mis debilidades.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

7. Superar los problemas me ayuda a aprender y a crecer.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

8. Puedo tener una vida plena y satisfactoria.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

9. Me corresponde a mí marcarme mis propias metas.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

10. Creo que tomo buenas decisiones en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

11. Soy responsable de hacer cambios en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

12. Me siento bien conmigo mismo aunque otros me menosprecien por mi enfermedad.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

13. Estoy seguro de que puedo hacer cambios positivos en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

14. Soy responsable de cuidar mi salud física.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

15. Trabajo duro para encontrar las maneras de afrontar los problemas en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

16. Creo que soy una persona fuerte.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

17. Estoy esperanzado sobre el futuro.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

18. Me siento querido.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

19. Suelo saber qué es lo mejor para mí.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

20. Sé que puedo hacer cambios en mi vida aunque tenga una enfermedad mental.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

21. Soy capaz de establecer mis propias metas en la vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

22. Soy optimista acerca de poder resolver los problemas que afronte en el futuro.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

23. Puedo reponerme de mis problemas.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

24. Me siento aceptado tal y como soy.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

25. Quiero tomar decisiones por mí mismo, incluso aunque a veces me equivoque.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

Puntuación total:

**Tiempo (en minutos) que tarda el usuario en
completar la versión en español de la Escala MARS:**