

LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS CON  
TRASTORNO PSICÓTICO DESDE UNA  
PERSPECTIVA POSITIVA, MULTIDIMENSIONAL Y  
DE RECUPERACIÓN

**Miriam Broncano Bolzoni**

Per citar o enllaçar aquest document:  
Para citar o enlazar este documento:  
Use this url to cite or link to this publication:  
<http://hdl.handle.net/10803/674194>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.ca>

Aquesta obra està subjecta a una llicència Creative Commons Reconeixement-  
NoComercial

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial licence

LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS  
CON TRASTORNO PSICÓTICO  
DESDE UNA PERSPECTIVA POSITIVA,  
MULTIDIMENSIONAL Y DE RECUPERACIÓN

**Miriam Broncano Bolzoni**

2020







TESIS DOCTORAL

**LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS  
CON TRASTORNO PSICÓTICO  
DESDE UNA PERSPECTIVA POSITIVA,  
MULTIDIMENSIONAL Y DE RECUPERACIÓN**

**Miriam Broncano Bolzoni**

**2020**

Programa de Doctorado en Biología Molecular, Biomedicina y Salud

**Directores:** Dra. Dolors Juvinyà Canal

Dra. Mònica González Carrasco

Dra. M<sup>a</sup> Teresa Lluch Canut

**Tutora:** Dra. Dolors Juvinyà Canal

Memoria presentada para optar al Título de Doctora por la Universitat de Girona



Las Dra. **Dolors Juvinyà Canal** y la Dra. **Mònica González Carrasco**, de la Universitat de Girona, y la Dra. **Mª Teresa Lluch Canut** de la Universitat de Barcelona,

DECLARAMOS:

Que este trabajo titulado "**La Salud Mental de las personas con Trastorno Psicótico desde una perspectiva Positiva, Multidimensional y de Recuperación**", que presenta **Miriam Broncano Bolzoni** para la obtención del título de doctora, ha estado realizado bajo nuestra dirección.

Y, para que así conste, y a los efectos oportunos, firmamos este documento.

Dra. Dolors Juvinyà Canal    Dra. Mònica González Carrasco    Dra. Mª Teresa Lluch Canut

Girona, 24 de enero de 2020.



A mi tía Rosi,  
a mis padres M<sup>a</sup> Cruz y Juan Manuel,  
a mi sobrino Enzo.





No importa lo que sintamos o sepamos,  
no importan nuestros dotes potenciales o talentos,  
sólo la acción les da vida.  
Muchos de nosotros entendemos conceptos  
como el compromiso, el coraje, y el amor,  
pero en realidad saber es hacer.  
Hacer trae la comprensión,  
y las acciones convierten conocimientos en sabiduría.

**No puedes atravesar el mar simplemente mirando al agua.**

**Rabindranath Tagore**

(1861-1941)



## AGRADECIMIENTOS

---

Son muchas las personas que, de un modo u otro, me han acompañado en esta larga aventura y han contribuido a la realización de este trabajo, a conseguir que este sueño se haya hecho realidad. Por este motivo, me gustaría aprovechar estas líneas para mostrar mi más profunda y sincera gratitud.

En primer lugar, me gustaría mostrar mi agradecimiento, a mis directoras de tesis, Dolors Juvinyà, Mònica González y M<sup>a</sup> Teresa Lluch por su dedicación y saber hacer. Gracias por haber compartido conmigo sus conocimientos, por apoyarme y por guiarme en este camino. Porque sus aportaciones y consejos han mejorado sustancialmente este trabajo.

A todos y cada uno de los pacientes que han participado en el estudio, sin su colaboración no hubiera sido posible realizar esta investigación.

A las direcciones de los centros que han colaborado para facilitarme el acceso a la muestra. Y muy especialmente a Margarita de Castro y Claudi Camps, dirección asistencial de la Red de Salud Mental y Adicciones del *Institut d'Assistència Sanitària* (IAS), por ofrecerme todas las facilidades en cada momento para llevar a cabo la tesis doctoral y por darme la oportunidad de adentrarme en el mundo de la investigación.

A los profesionales sanitarios de la Red de Salud Mental y Adicciones del IAS, en especial a Anna Font, Joana Manssour, Jordi Benitez, Lorena Pisonero, Lourdes Márquez, Manoli Gea, Mar Aira, Mercè Cerdán y Mercè Bertran, Montse Casadevall, Narcís Diez y Núria Obiols, por ayudarme en todo momento, por soportar mis alegrías y mis penas, por hacerme recordar que me apasiona mi profesión, por hacerme más fácil este camino y por ser más que compañeros.

A las enfermeras/os del *Complex Assistencial en Salut Mental* de Benito Menni, en especial a Isabel Fera, Carol Miquel y Antonio Vaquerizo. A las enfermeras de del *Parc de Salut Mar*, en especial a Silvia Rosado y a Regina Carreras. Y a las enfermeras del *Parc Sanitari Sant Joan de Déu*, en especial a Alexandrina Foix. A todas ellas, muchas gracias por su disponibilidad y apoyo desinteresado durante la recogida de datos.

A los compañeros y amigos de la *Associació Catalana d'Infermeria de Salut Mental*, por enseñarme la esencia de la enfermera de salud mental, siempre con ilusión, entusiasmo y de una forma altruista. *'Compartir és estimar'*.

A los compañeros del Departamento de Enfermería de la *Universitat de Girona*, y muy especialmente, a Sandra Gelabert y David Ballester, por concederme la oportunidad de desarrollar el papel docente.

A mi tía Rosi, porque a pesar de que no está con nosotros, ha sido la inspiración de esta investigación.

A mis padres, por haberme enseñado tantas y tan importantes lecciones de vida. Por su cariño y amor incondicional, por su comprensión y apoyo en este trabajo y en cada una de las decisiones que he tomado a lo largo de la vida.

A mis hermanos Devora y Juan, por tantos momentos vividos y porque a pesar de nuestras diferencias como hermanos, siempre habéis estado a mi lado cuando lo he necesitado.

A mi sobrino Enzo, porque su nacimiento ha sido un regalo con el que nos ha premiado la vida.

Y a mi inmensa familia, en especial a mis tías Begoña, Villar y Concepción, siempre dándome ánimos, pendientes de mi, de mis estudios y de mi felicidad.

A Jordi Alcalà por estar cuando lo he necesitado y por su ayuda a nivel informático.

A mis amigos, por cuidarme de una forma especial, por estar siempre a mi lado y por animarme en todo momento, a Patricia Cabrera, Elisabet Granados, Meritxell Juandó, Estefanía Escot, Tania Borrego, Melisa Pino, Lorena Pisonero, Lourdes Márquez, Anna Busquets, Dagmar Keller, Josep Cara, Carlos Carrillo, Marc Roig, Mónica Barrera, Sara Kadrauni Dris, Pep Martínez y Manuel Escobar.

Por último, agradecer a Francisco García porque me diste esa bocanada de aire fresco, ese empujón que necesitaba. Gracias por acompañarme en esta última fase de la tesis doctoral.

## ABREVIATURAS

---

<b>AFC</b>	Análisis Factorial Confirmatorio
<b>AFE</b>	Análisis Factorial Exploratorio
<b>AGFI</b>	<i>Adjusted Goodness of Fit Index</i>
<b>APA</b>	<i>American Psychiatric Association</i>
<b>AQAL</b>	<i>All Quadrants, All Levels</i>
<b>BBNFI</b>	<i>Bentler Bonnet Normed Fit Index</i>
<b>BBNFI</b>	<i>Bentler Bonnet Non Normed Fit Index</i>
<b>CASM</b>	<i>Complex Assistencial en Salut Mental</i>
<b>CCI</b>	Coeficiente de Correlación Intraclase
<b>CEIC</b>	Comité Ético de Investigación Clínica
<b>CFI</b>	<i>Comparative Fit Index</i>
<b>CRD</b>	Cuaderno de Recogida de Datos
<b>CSMA</b>	Centro de Salud Mental de Adultos
<b>CSM+</b>	Cuestionario de Salud Mental Positiva
<b>DSM</b>	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
<b>DUP</b>	<i>Duration of Untreated Psychosis</i>
<b>ECV</b>	Encuesta de Condiciones de Vida
<b>EIPP</b>	Equipo de Intervención Precoz en la Psicosis
<b>EMAR</b>	Estados Mentales de Alto Riesgo
<b>GAF</b>	<i>Global Assessment of Functioning</i>
<b>GFI</b>	<i>Goodness of Fit Index</i>
<b>HDA</b>	Hospital de Día de Adultos
<b>IAS</b>	Institut d'Assistència Sanitària
<b>IEPA</b>	<i>International Early Psychosis Association</i>
<b>IMHPA</b>	<i>Implementing Mental Health Promotion Action</i>
<b>IS</b>	<i>Insight Scale</i>
<b>ITP</b>	Intervención Temprana en Psicosis
<b>MARS</b>	<i>Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness</i>
<b>MHC-SF</b>	<i>Mental Health Continuum-Short Form</i>
<b>NFI</b>	<i>Normed Fit Index</i>

<b>OLS</b>	<i>Overall Life Satisfaction</i>
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PAE-TPI</b>	Programa de Atención Específica a las personas con Trastornos Psicóticos Incipiente
<b>PANSS</b>	<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>
<b>PDSMyA</b>	Plan Director de Salud Mental y Adicciones
<b>PEP</b>	Primer Episodio Psicótico
<b>PMH-I</b>	<i>Positive Mental Health Instrument</i>
<b>PSM</b>	Parc de Salut Mar
<b>PSSJD</b>	Parc Sanitari Sant Joan de Déu
<b>PWI-A</b>	<i>Personal Wellbeing Index – Adult Version</i>
<b>QPR</b>	<i>Questionnaire about the Process of Recovery</i>
<b>RAS</b>	<i>Recovery Assessment Scale</i>
<b>RAT</b>	<i>Recovery Alliance Theory</i>
<b>RMSEA</b>	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
<b>SAI</b>	<i>Schedule for the Assessment of Insight</i>
<b>SAMHSA</b>	<i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</i>
<b>SF-36</b>	<i>SF-36 Health Survey</i>
<b>SFS</b>	<i>Social Functioning Scale</i>
<b>SHS</b>	<i>Subjective Happiness Scale</i>
<b>SM+</b>	Salud Mental Positiva
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<b>SRMR</b>	<i>Standardized Root Mean Residual</i>
<b>STORI</b>	<i>Stages of Recovery Instrument</i>
<b>SWL</b>	<i>Satisfaction With Life</i>
<b>SWLS</b>	<i>Satisfaction With Life Scale</i>
<b>SWN-K</b>	<i>Subjective Well-being under Neuroleptic Scale</i>
<b>TACV</b>	Traducción, Adaptación Cultural y Validación
<b>TDM</b>	Teoría de las Discrepancias Múltiples
<b>UHP</b>	Unidad de Hospitalización de Psiquiatría
<b>WHOQOL</b>	<i>World Health Organization Quality Of Life Assessment Instrument</i>

## ÍNDICE DE FIGURAS

---

<b>Figura 1.</b>	Desarrollo del curso inicial de la psicosis	45
<b>Figura 2.</b>	Programas de intervención temprana en psicosis identificados en España	55
<b>Figura 3.</b>	Marco conceptual de la salud mental según Vaingankar et al. (2012)	66
<b>Figura 4.</b>	Modelo de cuatro cuadrantes aplicado a la recuperación de la salud mental	109
<b>Figura 5.</b>	Modelo de Proceso de Recuperación	110
<b>Figura 6.</b>	Representación esquemática de la teoría de la alianza de recuperación	112
<b>Figura 7.</b>	Modelo Global de Salud Mental Pública	114
<b>Figura 8.</b>	Relación entre los conceptos de calidad de vida, bienestar subjetivo, satisfacción vital y felicidad	132
<b>Figura 9.</b>	Teoría homeostática del bienestar subjetivo de Cummins	140
<b>Figura 10.</b>	Niveles de bienestar subjetivo según la teoría homeostática	141
<b>Figura 11.</b>	Evolución en el número de publicaciones sobre bienestar subjetivo en trastorno psicótico recogidas en la base de datos PubMed (MEDLINE)	148
<b>Figura 12.</b>	Situación geográfica de los dispositivos asistenciales (n=347)	191
<b>Figura 13.</b>	Histograma de frecuencias de la puntuación total del CSM+ (n=226)	224
<b>Figura 14.</b>	Parámetros estandarizados del modelo de SM+	234
<b>Figura 15.</b>	Histograma de frecuencias de la puntuación total de la MARS (n=347)	235
<b>Figura 16.</b>	Gráfico de sedimentación y análisis paralelo de la MARS	242
<b>Figura 17.</b>	Análisis factorial confirmatorio de los ítems de la MARS	245
<b>Figura 18.</b>	Correlación entre la SM+ global y la recuperación	264
<b>Figura 19.</b>	Correlación entre la SM+ global y el bienestar subjetivo (PWI-A)	265
<b>Figura 20.</b>	Correlación entre la SM+ global y el <i>insight</i>	266

## ÍNDICE DE TABLAS

---

<b>Tabla 1.</b>	Criterios generales y dimensiones específicas del Modelo de Salud Mental Positiva de Jahoda	72
<b>Tabla 2.</b>	Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch	75
<b>Tabla 3.</b>	Decálogo de Salud Mental Positiva de Lluch	77
<b>Tabla 4.</b>	Modelo del Estado Completo de Salud Mental de Keyes	79
<b>Tabla 5.</b>	Correlación entre diferentes modelos de salud mental: datos provenientes del Estudio del Desarrollo del Adulto en Harvard	82
<b>Tabla 6.</b>	Cuestionarios que manejan conceptos positivos de salud mental	84
<b>Tabla 7.</b>	Estudios relacionados con el Cuestionario de Salud Mental Positiva	89
<b>Tabla 8.</b>	Instrumentos de evaluación de la recuperación personal en salud mental	116
<b>Tabla 9.</b>	Definición del <i>insight</i> según el modelo categorial	158
<b>Tabla 10.</b>	Definición del <i>insight</i> según el modelo continuo	159
<b>Tabla 11.</b>	Instrumentos de evaluación del <i>insight</i>	164
<b>Tabla 12.</b>	Distribución de la muestra en función de las instituciones que han participado en el estudio (n=347)	195
<b>Tabla 13.</b>	Distribución por factores de los ítems del CSM+ y valores máximos y mínimos de cada factor y del cuestionario global	200
<b>Tabla 14.</b>	Distribución por dimensiones de los ítems de la IS y valores máximos y mínimos de cada dimensión y de la escala global	205
<b>Tabla 15.</b>	Distribución de la muestra en función de los dispositivos asistenciales que han participado en el estudio (n=347)	218
<b>Tabla 16.</b>	Características sociodemográficas de la muestra estudiada (n=347)	220
<b>Tabla 17.</b>	Características clínicas de la muestra estudiada (n=347)	222
<b>Tabla 18.</b>	Distribución de la muestra en función de las instituciones que han participado en el estudio, para la validación del CSM+ (n=226)	223
<b>Tabla 19.</b>	Estadísticos descriptivos de los ítems del CSM+ (n=226)	225
<b>Tabla 20.</b>	Coefficiente de consistencia interna ( $\alpha$ de Cronbach) del CSM+ (n=226)	227

<b>Tabla 21.</b> Correlación Ítem-total del CSM+ (n=226)	228
<b>Tabla 22.</b> Coeficiente de correlación intraclase (CCI) test-retest del CSM+ (n=220)	229
<b>Tabla 23.</b> Validez convergente. Coeficientes de correlaciones de Pearson entre las puntuaciones del CSM+ y las puntuaciones de la MARS, el PWI-A, la OLS, la IS y la GAF	230
<b>Tabla 24.</b> Correlación de Pearson entre las subescalas del CSM+ (n=226)	231
<b>Tabla 25.</b> Cargas de factores derivadas de la estimación LS (mínimos cuadrados) del análisis factorial confirmatorio ( $\lambda_{ij}$ ) del CSM+	232
<b>Tabla 26.</b> Índices de bondad de ajuste del Modelo Confirmatorio del CSM+	233
<b>Tabla 27.</b> Estadísticos descriptivos de los ítems de la MARS (n=347)	237
<b>Tabla 28.</b> Coeficiente de consistencia interna ( $\alpha$ de Cronbach) y correlación Ítem-total de la MARS (n=347)	239
<b>Tabla 29.</b> Validez convergente. Coeficientes de correlaciones de Pearson entre las puntuaciones de la MARS y las puntuaciones del CSM+, el PWI-A, la OLS, la IS y la GAF	241
<b>Tabla 30.</b> Estructura factorial de la MARS (n=347)	243
<b>Tabla 31.</b> Índices de bondad de ajuste de los diferentes modelos calculados para la MARS	244
<b>Tabla 32.</b> Medias y desviaciones típicas del nivel global y por factores de la SM+ (n=347)	246
<b>Tabla 33.</b> Medias y desviaciones típicas del nivel de recuperación (n=347)	247
<b>Tabla 34.</b> Medias y desviaciones típicas de la satisfacción con los diferentes ámbitos de la vida incluidos en el PWI-A (n=347)	248
<b>Tabla 35.</b> Medias y desviaciones típicas del nivel de satisfacción global con la vida (n=347)	249
<b>Tabla 36.</b> Medias y desviaciones típicas del nivel global y por dimensiones del <i>insight</i> (n=347)	250
<b>Tabla 37.</b> Medias y desviaciones típicas del nivel de capacidad funcional (n=337)	250
<b>Tabla 38.</b> Medias y desviaciones típicas a nivel global y por factores de la SM+ según el sexo (n=347)	251
<b>Tabla 39.</b> Medias y desviaciones típicas a nivel global y por factores de la SM+ según el estado civil (n=347)	252
<b>Tabla 40.</b> Medias y desviaciones típicas a nivel global y por factores de la SM+ según la situación laboral (n=347)	253

<b>Tabla 41.</b> Medias y desviaciones típicas a nivel global y por factores de la SM+ según las personas con las que convive en el hogar (n=347)	254
<b>Tabla 42.</b> Relación entre la SM+ a nivel global y por factores y la edad, nivel de estudios, número de personas con las que se convive en el hogar y ser o no inmigrante (n=347)	255
<b>Tabla 43.</b> Correlación de Pearson entre el nivel global y por factores de la SM+ y los años de evolución del trastorno psicótico (n=347)	256
<b>Tabla 44.</b> Medias y desviaciones típicas a nivel global y por factores de la SM+ según los antecedentes familiares de trastorno mental (n=347)	257
<b>Tabla 45.</b> Medias y desviaciones típicas a nivel global y por factores de la SM+ según el número prescrito de antipsicóticos (n=347)	258
<b>Tabla 46.</b> Medias y desviaciones típicas a nivel global y por factores de la SM+ según el tratamiento con ansiolíticos (n=347)	259
<b>Tabla 47.</b> Medias y desviaciones típicas a nivel global y por factores de la SM+ según el tratamiento con antidepresivos (n=347)	260
<b>Tabla 48.</b> Medias y desviaciones típicas a nivel global y por factores de la SM+ según el consumo de tóxicos (n=347)	261
<b>Tabla 49.</b> Medias y desviaciones típicas a nivel global y por factores de la SM+ según las tentativas autolíticas (n=347)	262
<b>Tabla 50.</b> Relación entre la SM+ a nivel global y por factores y número de ingresos, tiempo transcurrido desde el último ingreso hospitalario en salud mental, antecedentes médicos y vía de administración del/ de los antipsicóticos/s prescritos (n=347)	263
<b>Tabla 51.</b> Correlaciones de Pearson entre la SM+ a nivel global y por factores, la recuperación, el bienestar subjetivo (PWI-A y OLS), el <i>insight</i> y la capacidad funcional (n=347, excepto la GAF n=337)	267
<b>Tabla 52.</b> Análisis de regresión multivariado de factores asociados con la SM+ (n=347)	269

# ÍNDICE GENERAL

---

<b>ABREVIATURAS.....</b>	<b>I</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>III</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>IV</b>
Resumen.....	25
Resum.....	29
Abstract.....	33
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>37</b>
1.1. Los trastornos psicóticos .....	39
1.1.1. <i>Epidemiología</i> .....	39
1.1.2. <i>Diagnóstico, curso y pronóstico</i> .....	42
1.1.3. <i>Impacto, carga y coste de la enfermedad</i> .....	48
1.1.4. <i>Programas de intervención temprana en psicosis</i> .....	50
1.2. La salud mental positiva .....	60
1.2.1. <i>Conceptualización</i> .....	60
1.2.2. <i>Modelos teóricos</i> .....	71
1.2.3. <i>La evaluación de la salud mental positiva</i> .....	84
1.2.4. <i>Revisión de las investigaciones sobre salud mental positiva</i> .....	94
1.2.5. <i>Variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con la salud mental positiva</i> .....	96
1.2.6. <i>Políticas sanitarias actuales que promueven la salud mental positiva en personas con trastorno psicótico</i> .....	100
1.3. La recuperación .....	105
1.3.1. <i>Conceptualización</i> .....	105
1.3.2. <i>Modelos teóricos</i> .....	107
1.3.3. <i>La evaluación de la recuperación</i> .....	115
1.3.4. <i>Revisión de las investigaciones sobre recuperación en personas con trastorno psicótico</i> .....	121
1.3.5. <i>Servicios orientados a la recuperación</i> .....	123

1.4. El bienestar subjetivo.....	127
1.4.1. <i>Conceptualización</i> .....	127
1.4.2. <i>Modelos teóricos</i> .....	133
1.4.3. <i>La evaluación del bienestar subjetivo</i> .....	142
1.4.4. <i>Revisión de las investigaciones sobre bienestar subjetivo en personas con trastorno psicótico</i> .....	148
1.5. El <i>insight</i> .....	154
1.5.1. <i>Conceptualización</i> .....	154
1.5.2. <i>Modelos teóricos</i> .....	156
1.5.3. <i>La evaluación del insight</i> .....	163
1.5.4. <i>Revisión de las investigaciones sobre insight en personas con trastorno psicótico</i> .....	170
1.6. La salud mental positiva, la recuperación, el bienestar subjetivo, el <i>insight</i> y la <i>capacidad funcional</i> de los trastornos psicóticos: potencialidades y retos pendientes .....	174
<b>2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS .....</b>	<b>181</b>
2.1. Hipótesis .....	183
2.2. Objetivos.....	184
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>187</b>
3.1. Diseño.....	189
3.2. <i>Ámbito de estudio</i> .....	190
3.3. Población y muestra de estudio.....	192
3.3.1. <i>Criterios de inclusión</i> .....	192
3.3.2. <i>Criterios de exclusión</i> .....	193
3.3.3. <i>Cálculo del tamaño muestral</i> .....	193
3.3.4. <i>Muestra de estudio</i> .....	194
3.4. Variables.....	196
3.5. Instrumentos.....	200
3.6. Procedimiento y recogida de datos.....	207
3.7. Análisis de datos.....	210

3.8. Aspectos éticos, protección de datos y control de calidad.....	214
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>215</b>
4.1. Descripción de la muestra de estudio.....	218
4.2. Propiedades psicométricas de la versión catalana del Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) .....	223
4.2.1. <i>Análisis descriptivo de los ítems</i> .....	223
4.2.2. <i>Análisis de la fiabilidad</i> .....	226
4.2.2.1. <i>Análisis de la consistencia interna</i> .....	226
4.2.2.2. <i>Análisis de la estabilidad temporal</i> .....	229
4.2.3. <i>Análisis de la validez</i> .....	229
4.2.3.1. <i>Análisis de la validez convergente</i> .....	229
4.2.3.2. <i>Análisis de la validez de constructo: Análisis factorial confirmatorio</i> .....	231
4.3. Propiedades psicométricas de la versión bilingüe (española y catalana) de la <i>Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale (MARS)</i> .....	235
4.3.1. <i>Análisis descriptivo de los ítems</i> .....	235
4.3.2. <i>Análisis de la fiabilidad</i> .....	238
4.3.2.1. <i>Análisis de la consistencia interna</i> .....	238
4.3.2.2. <i>Análisis de la estabilidad temporal</i> .....	240
4.3.3. <i>Análisis de la validez</i> .....	240
4.3.3.1. <i>Análisis de la validez convergente</i> .....	240
4.3.3.2. <i>Análisis de la validez de constructo: Análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio</i> .....	242
4.4. Análisis descriptivo de las variables objeto de estudio y su relación según el trastorno psicótico.....	246
4.4.1. <i>La salud mental positiva</i> .....	246
4.4.2. <i>La recuperación</i> .....	247
4.4.3. <i>El bienestar subjetivo</i> .....	247
4.4.4. <i>El insight</i> .....	259
4.4.5. <i>La capacidad funcional</i> .....	250

4.5. Relación entre el nivel de salud mental positiva y las variables sociodemográficas.....	251
4.6. Relación entre el nivel de salud mental positiva y las variables clínicas .....	256
4.7. Relación entre el nivel de salud mental positiva y de recuperación, bienestar subjetivo, <i>insight</i> y capacidad funcional.....	264
4.7.1. <i>La salud mental positiva y la recuperación</i> .....	264
4.7.2. <i>La salud mental positiva y el bienestar subjetivo</i> .....	265
4.7.3. <i>La salud mental positiva y el insight</i> .....	266
4.7.4. <i>La salud mental positiva y la capacidad funcional</i> .....	267
4.8. Análisis multivariante de los factores asociados con la salud mental positiva.....	268
<b>5. DISCUSIÓN .....</b>	<b>271</b>
5.1. Discusión .....	273
5.2. Limitaciones del estudio y líneas de investigación futuras.....	298
<b>6. CONCLUSIONES .....</b>	<b>303</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>309</b>
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>367</b>
Anexo 1. Formulario <i>ad hoc</i> (versión en catalán) .....	369
Anexo 2. Formulario <i>ad hoc</i> (versión en castellano) .....	370
Anexo 3. Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluch (1999) .....	371
Anexo 4. Versión catalana del Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluch (1999), adaptado por Broncano-Bolzoni (2019) .....	374
Anexo 5. Versión bilingüe (española y catalana) de la <i>Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale</i> de Drapalski et al. (2012), adaptada por Broncano-Bolzoni (2019) .....	377
Anexo 6. Versión catalana del <i>Personal Wellbeing Index-Adult</i> de Cummins et al. (2003), adaptado por Casas et al. (2008) .....	379

Anexo 7. Versión española del <i>Personal Wellbeing Index-Adult</i> de Cummins et al. (2003), adaptado por Casas et al. (2008) ....	380
Anexo 8. Versión española de la <i>Insight Scale</i> de Birchwood et al. (1994), adaptada por Camprubi et al. (2008).....	381
Anexo 9. <i>Global Assessment of Functioning scale</i> (American Psychiatric Association, 2003).....	382
Anexo 10. Aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de <i>l'Institut d'Assistència Sanitària</i> .....	383
Anexo 11. Aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de las <i>Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús</i> .....	384
Anexo 12. Aprobación del Comité Ético de Clínica del <i>Parc de Salut Mar</i> .....	385
Anexo 13. Aprobación de la Comisión de Investigación del <i>Parc Sanitari Sant Joan de Déu</i> .....	386
Anexo 14. Hoja informativa de participación .....	387
Anexo 15. Consentimiento informado .....	389
Anexo 16. Financiación y difusión de la investigación .....	391



## RESUMEN

---

### **Introducción:**

El progreso de una sociedad debe ser evaluado y monitoreado no sólo en términos objetivos o materiales, sino también a través de las evaluaciones subjetivas de las personas respecto de su salud mental positiva (SM+), de su bienestar y de su recuperación. En esta tendencia que ha comenzado a implantarse, la enfermedad mental ha quedado muy excluida, y para contribuir a ello, esta investigación busca conocer las necesidades de una muestra de personas con trastornos psicóticos, desde la adopción de un enfoque positivo de la salud mental y de la recuperación.

### **Objetivo:**

Evaluar el nivel de SM+, así como su relación con la recuperación, el bienestar subjetivo (satisfacción con ámbitos específicos de la vida y satisfacción global con la vida), el *insight* y la capacidad funcional, en personas con trastorno psicótico atendidas en diferentes dispositivos asistenciales de salud mental de Cataluña y según las fases de evolución del trastorno (psicosis incipiente *versus* esquizofrenia).

### **Metodología:**

Estudio multicéntrico, observacional, transversal, descriptivo, correlacional y psicométrico. La muestra estuvo configurada por 347 pacientes diagnosticados de un trastorno psicótico, según las fases de evolución del trastorno: psicosis incipiente o esquizofrenia, de cuatro instituciones de Cataluña: el *Institut d'Assistència Sanitària*, el *Parc de Salut Mar*, el *Complex Assistencial en Salut Mental* de Benito Menni y el *Parc Sanitari Sant Joan de Déu*. Se han estudiado variables sociodemográficas y clínicas, así como variables referidas a la SM+, evaluadas con el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+), la recuperación con la *Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale* (MARS), el bienestar subjetivo con el *Personal Wellbeing Index-Adult version* (PWI-A) y la *Overall Life Satisfaction scale* (OLS), el *insight* con el *Insight Scale* (IS) y la capacidad funcional con la *Global Assessment of Functioning scale* (GAF).

Se analizaron las propiedades psicométricas de la versión catalana del CSM+ y la versión bilingüe (española y catalana) de la MARS. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de las variables, y finalmente un análisis de regresión lineal múltiple.

### **Resultados:**

La versión catalana del CSM+ ha obtenido resultados psicométricos favorables tanto en términos de fiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach=0,935; CCI=0,933) como de validez (convergente y de constructo). La validez convergente mostró correlaciones elevadas entre el CSM+ global y la MARS ( $r=0,753$ ), el PWI-A ( $r=0,720$ ) y la OLS ( $r=0,597$ ) y una correlación más débil, con la IS ( $r=-0,326$ ) y la GAF ( $r=0,290$ ). La validez de constructo, mostró que el Modelo Multifactorial de SM+ de Lluich de seis factores se ajustó satisfactoriamente a los datos.

La versión bilingüe (española y catalana) de la MARS ha obtenido resultados psicométricos favorables tanto en términos de fiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach=0,955; CCI=0,955) como de validez (convergente y de constructo). La validez convergente mostró correlaciones elevadas entre la MARS y el CSM+ ( $r=0,760$ ), el PWI-A ( $r=0,702$ ) y la OLS ( $r=0,646$ ) y una correlación más débil, con la IS ( $r=-0,342$ ) y la GAF ( $r=0,285$ ). La validez de constructo mostró un buen ajuste para un modelo de un único factor.

En comparación con los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, los pacientes con psicosis incipiente obtuvieron niveles más elevados de SM+ global ( $t=2,96$ ;  $p=0,003$ ) y en todos los factores específicos que la configuran, excepto en el factor F4-Autonomía. También obtuvieron niveles más elevados de recuperación ( $t=5,01$ ;  $p<0,001$ ), de bienestar subjetivo (PWI-A:  $t=2,00$ ;  $p=0,044$  y OLS:  $t=2,96$ ;  $p=0,003$ ) y de capacidad funcional ( $t=8,37$ ;  $p<0,001$ ), y mostraron un menor nivel de *insight* total ( $t=-5,22$ ;  $p<0,001$ ) y en las tres dimensiones que lo componen.

El perfil de la SM+ de los pacientes mostró que los separados, divorciados y viudos y los trabajadores en activo expresaron una mayor SM+ global. En cambio, los solteros ( $F=3,37$ ;  $p=0,036$ ), los que tenían algún tipo de invalidez ( $F=4,17$ ;  $p=0,006$ ), los que tenían antecedentes familiares de trastorno mental

( $t=-2,16$ ;  $p=0,031$ ), los que tenían pautados tres o más antipsicóticos ( $F=8,34$ ;  $p<0,001$ ), los que estaban en tratamiento con ansiolíticos ( $t=-2,72$ ;  $p=0,007$ ) y con antidepresivos ( $t=-3,29$ ;  $p=0,001$ ) y los que habían realizado alguna tentativa autolítica ( $t=-3,90$ ;  $p<0,001$ ), manifestaron una menor SM+ global.

La SM+ correlacionó de forma elevada y positiva con la recuperación ( $r=0,760$ ) y el bienestar subjetivo (PWI-A:  $r=0,728$  y OLS:  $r=0,602$ ), de forma moderada y positiva con la capacidad funcional ( $r=0,243$ ) y de forma moderada y negativa con el *insight* ( $r=-0,335$ ).

La recuperación ( $\beta=0,47$ ;  $p<0,001$ ), el bienestar subjetivo (PWI-A: ( $\beta=0,38$ ;  $p<0,001$ ), la capacidad funcional ( $\beta=0,11$ ;  $p=0,45$ ), la edad ( $\beta=0,16$ ;  $p=0,04$ ) y el hecho de estar separado/a, divorciado/a o viudo/a ( $\beta=5,18$ ;  $p=0,008$ ) mostraron una asociación positiva con la SM+ global. En cambio, la capacidad de *insight* ( $\beta=-0,46$ ;  $p=0,031$ ) y tener antecedentes familiares de trastorno mental ( $\beta=-2,63$ ;  $p=0,029$ ) mostraron una asociación negativa con la SM+ global.

### **Conclusiones:**

Los niveles de SM+, de recuperación, de bienestar subjetivo y de *insight*, de las personas con trastorno psicótico, varían según las fases de evolución del trastorno (psicosis incipiente *versus* esquizofrenia), lo que puede conducir a un cambio importante en cuanto a la atención, teniendo en cuenta que para ello serían necesarias estrategias e intervenciones dirigidas, de forma específica, a reforzar, potenciar y/o mantener estos niveles, entendiéndolos como un conjunto de factores protectores de la salud.

**Palabras claves:** Trastorno psicótico; Psicosis incipiente; Esquizofrenia; Salud Mental Positiva; Recuperación; Bienestar subjetivo; Insight; Enfermería.



## RESUM

---

### **Introducció:**

El progrés d'una societat ha de ser avaluat i monitorat no sols en termes objectius o materials, sinó també a través de les avaluacions subjectives de les persones respecte de la seva salut mental positiva (SM+), del seu benestar i de la seva recuperació. En aquesta tendència que ha començat a implantar-se, la malaltia mental ha quedat molt exclosa, i per a contribuir a això, aquesta recerca busca conèixer les necessitats d'una mostra de persones amb trastorns psicòtics, des de l'adopció d'un enfocament positiu de la salut mental i de la recuperació.

### **Objectiu:**

Avaluar el nivell de SM+, així com la seva relació amb la recuperació, el benestar subjectiu (satisfacció amb àmbits específics de la vida i satisfacció global amb la vida), l'*insight* i la capacitat funcional, en persones amb trastorn psicòtic ateses en diferents dispositius assistencials de salut mental de Catalunya i segons les fases d'evolució del trastorn (psicosi incipient *versus* esquizofrènia).

### **Metodologia:**

Estudi multicèntric, observacional, transversal, descriptiu, correlacional i psicomètric. La mostra va estar configurada per 347 pacients diagnosticats d'un trastorn psicòtic, segons les fases d'evolució del trastorn: psicosi incipient o esquizofrènia, de quatre institucions de Catalunya: l'Institut d'Assistència Sanitària, el Parc de Salut Mar, el Complex Assistencial en Salut Mental de Benito Menni i el Parc Sanitari Sant Joan de Déu. S'han estudiat variables sociodemogràfiques i clíniques, així com variables referides a la SM+, avaluades amb el *Cuestionario de Salud Mental Positiva* (CSM+), la recuperació amb la *Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale* (MARS), el benestar subjectiu amb el *Personal Wellbeing Index-Adult version* (PWI-A) i l'*Overall Life Satisfaction scale* (OLS), l'*insight* amb l'*Insight Scale* (IS) i la capacitat funcional amb la *Global Assessment of Functioning scale* (GAF).

Es van analitzar les propietats psicomètriques de la versió catalana del CSM+ i la versió bilingüe (espanyola i catalana) de la MARS. Es va realitzar una anàlisi

descriptiva i inferencial de les variables, i finalment una anàlisi de regressió lineal múltiple.

### **Resultats:**

La versió catalana del CSM+ ha obtingut resultats psicomètrics favorables tant en termes de fiabilitat ( $\alpha$  de Cronbach=0,935; CCI=0,933) com de validesa (convergent i de constructe). La validesa convergent va mostrar correlacions elevades entre el CSM+ global i la MARS ( $r=0,753$ ), el PWI-A ( $r=0,720$ ) i l'OLS ( $r=0,597$ ) i una correlació més feble, amb l'IS ( $r=-0,326$ ) i la GAF ( $r=0,290$ ). La validesa de constructe, va mostrar que el Model Multifactorial de SM+ de Lluch de sis factors es va ajustar satisfactòriament a les dades.

La versió bilingüe (espanyola i catalana) de la MARS ha obtingut resultats psicomètrics favorables tant en termes de fiabilitat ( $\alpha$  de Cronbach=0,955; CCI=0,955) com de validesa (convergent i de constructe). La validesa convergent va mostrar correlacions elevades entre la MARS i el CSM+ ( $r=0,760$ ), el PWI-A ( $r=0,702$ ) i l'OLS ( $r=0,646$ ) i una correlació més feble, amb l'IS ( $r=-0,342$ ) i la GAF ( $r=0,285$ ). La validesa de constructe va mostrar un bon ajust per a un model d'un únic factor.

En comparació amb els pacients diagnosticats d'esquizofrènia, els pacients amb psicosi incipient van obtenir nivells més elevats de SM+ global ( $t=2,96$ ;  $p=0,003$ ) i en tots els factors específics que la configuren, excepte en el factor F4-Autonomia. També van obtenir nivells més elevats de recuperació ( $t=5,01$ ;  $p<0,001$ ), de benestar subjectiu (PWI-A:  $t=2,00$ ;  $p=0,044$  i OLS:  $t=2,96$ ;  $p=0,003$ ) i de capacitat funcional ( $t=8,37$ ;  $p<0,001$ ), i van mostrar un menor nivell d'*insight* total ( $t=-5,22$ ;  $p<0,001$ ) i en les tres dimensions que ho componen.

El perfil de la SM+ dels pacients va mostrar que els separats, divorciats i vidus i els treballadors en actiu van expressar una major SM+ global. En canvi, els solters ( $F=3,37$ ;  $p=0,036$ ), els que tenien algun tipus d'invalidesa ( $F=4,17$ ;  $p=0,006$ ), els que tenien antecedents familiars de trastorn mental ( $t=-2,16$ ;  $p=0,031$ ), els que tenien patats tres o més antipsicòtics ( $F=8,34$ ;  $p<0,001$ ), els que estaven en tractament amb ansiolítics ( $t=-2,72$ ;  $p=0,007$ ) i amb

antidepressius ( $t=-3,29$ ;  $p=0,001$ ) i els que havien realitzat alguna temptativa autolítica ( $t=-3,90$ ;  $p<0,001$ ), van manifestar una menor SM+ global.

La SM+ va correlacionar de manera elevada i positiva amb la recuperació ( $r=0,760$ ) i el benestar subjectiu (PWI-A:  $r=0,728$  i OLS:  $r=0,602$ ), de manera moderada i positiva amb la capacitat funcional ( $r=0,243$ ) i de manera moderada i negativa amb l'*insight* ( $r=-0,335$ ).

La recuperació ( $\beta=0,47$ ;  $p<0,001$ ), el benestar subjectiu (PWI-A: ( $\beta=0,38$ ;  $p<0,001$ ), la capacitat funcional ( $\beta=0,11$ ;  $p=0,45$ ), l'edat ( $\beta=0,16$ ;  $p=0,04$ ) i el fet d'estar separat/a, divorciat/a o vidu/a ( $\beta=5,18$ ;  $p=0,008$ ) van mostrar una associació positiva amb la SM+ global. En canvi, la capacitat d'*insight* ( $\beta=-0,46$ ;  $p=0,031$ ) i tenir antecedents familiars de trastorn mental ( $\beta=-2,63$ ;  $p=0,029$ ) van mostrar una associació negativa amb la SM+ global.

### **Conclusions:**

Els nivells de SM+, de recuperació, de benestar subjectiu i d'*insight*, de les persones amb trastorn psicòtic, varien segons les fases d'evolució del trastorn (psicosi incipient *versus* esquizofrènia), la qual cosa pot conduir a un canvi important quant a l'atenció, tenint en compte que per a això serien necessàries estratègies i intervencions dirigides, de manera específica, a reforçar, potenciar i/o mantenir aquests nivells, entenent-los com un conjunt de factors protectors de la salut.

**Paraules claus:** Trastorn psicòtic; Psicosis incipient; Esquizofrènia; Salut Mental Positiva; Recuperació; Benestar subjectiu; Insight; Infermeria.



## ABSTRACT

---

### **Introduction:**

The progress of a society should be measured and monitored not only in objective or material terms but also through the subjective evaluation that individuals make of their positive mental health (PMH), well-being and recovery. Mental illness has been excluded to a great extent from this trend which has begun to be implemented. This research seeks to address this issue by finding out the needs of a sample of people with psychotic disorders based on adopting a positive approach to mental health and recovery.

### **Objective:**

To evaluate levels of PMH, and their relationship with recovery, subjective well-being (satisfaction with specific areas of life and overall satisfaction with life), insight and functional capacity in people with psychotic disorders receiving treatment in different mental healthcare centres in Catalonia, taking into account the stage of evolution of the disorder (early psychosis *versus* schizophrenia).

### **Methodology:**

A multicentre, cross-sectional, observational, descriptive, correlational, psychometric study. The sample consisted of 347 patients diagnosed with a psychotic disorder, according to the stage of evolution (early psychosis or schizophrenia) in four healthcare institutions in Catalonia: the *Institut d'Assistència Sanitària*, the *Parc de Salut Mar*, the *Complex Assistencial en Salut Mental de Benito Menni*, and the *Parc Sanitari Sant Joan de Déu*. Sociodemographic and clinical variables were considered as well as variables related to PMH, using the *Cuestionario de Salud Mental Positiva* (CSM+). The Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale (MARS) was used for assessing recovery, the Personal Wellbeing Index-Adult version (PWI-A) and the Overall Life Satisfaction scale (OLS) for subjective well-being, the Insight Scale (IS) for insight, and the Global Assessment of Functioning scale (GAF) for functional capacity.

The psychometric properties of the Catalan version of the CSM+ and the bilingual (Spanish and Catalan) version of the MARS were analysed. Descriptive and

inferential analyses of the variables were carried out and finally, multiple linear regression was performed.

### **Results:**

The Catalan version of the CSM+ obtained favourable psychometric results in terms of both reliability (Cronbach's  $\alpha=0,935$ ; CCI=0,933) and validity (convergent and construct). Convergent validity showed high correlations between the overall CSM+ and the MARS ( $r=0,753$ ), the PWI-A ( $r=0,720$ ) and the OLS ( $r=0,597$ ), and a weaker correlation with the IS ( $r=-0,326$ ) and the GAF ( $r=0,290$ ). Construct validity showed that Lluç's PMH six-factor Multifactor Model fitted the data satisfactorily.

The bilingual (Spanish and Catalan) version of the MARS obtained favourable psychometric results in terms of both reliability (Cronbach's  $\alpha=0,955$ ; CCI=0,955) and validity (convergent and construct). Convergent validity showed high correlations between the MARS and the CSM+ ( $r=0,760$ ), the PWI-A ( $r=0,702$ ) and the OLS ( $r=0,646$ ), and a weaker correlation with the IS ( $r=-0,342$ ) and the GAF ( $r=0,285$ ). Construct validity showed a good fit for a single factor model.

Compared to patients diagnosed with schizophrenia, patients with early psychosis obtained higher scores in overall PMH ( $t=2,96$ ;  $p=0,003$ ) and in all the specific factors of which it was composed, except the F4-Autonomy factor. They also scored higher in levels of recovery ( $t=5,01$ ;  $p<0,001$ ), subjective well-being (PWI-A:  $t=2,00$ ;  $p=0,044$  and OLS:  $t=2,96$ ;  $p=0,003$ ) and functional capacity ( $t=8,37$ ;  $p<0,001$ ), but they scored lower in total level of insight ( $t=-5,22$ ;  $p<0,001$ ) and in each of the its three dimensions.

Patients who were separated, divorced or widowed, and those in active employment, expressed greater overall PMH. In contrast, single people ( $F=3,37$ ;  $p=0,036$ ), those with some type of disability ( $F=4,17$ ;  $p=0,006$ ), those with a family history of mental illness ( $t=-2,16$ ;  $p=0,031$ ), those prescribed three or more antipsychotic drugs ( $F=8,34$ ;  $p<0,001$ ), those being treated with anxiolytics ( $t=-2,72$ ;  $p=0,007$ ) and anti-depressants ( $t=-3,29$ ;  $p=0,001$ ), and those who had attempted suicide ( $t=-3,90$ ;  $p<0,001$ ) showed lower overall levels of PMH.

PMH had high and positive correlations with recovery ( $r=0,760$ ) and subjective well-being (PWI-A:  $r=0,728$  and OLS:  $r=0,602$ ). PMH correlated moderately and positively with functional capacity ( $r=0,243$ ), and moderately and negatively with insight ( $r = -0,335$ ).

Recovery ( $\beta=0,47$ ;  $p<0,001$ ), subjective well-being (PWI-A: ( $\beta=0,38$ ;  $p<0,001$ ), functional capacity ( $\beta=0,11$ ;  $p=0,45$ ), age ( $\beta=0,16$ ;  $p=0,04$ ), and being separated, divorced or widowed ( $\beta=5,18$ ;  $p=0,008$ ) had a positive association with overall PMH. In contrast, having insight ability ( $\beta=-0,46$ ;  $p=0,031$ ) and a family history of mental illness ( $\beta=-2,63$ ;  $p=0,029$ ) had a negative association with PMH.

### **Conclusions:**

The levels of PMH, recovery, subjective well-being and insight in people with psychotic disorders vary according to the stage of evolution of the disorder (early psychosis *versus* schizophrenia). Taking into account strategies and interventions directed specifically at reinforcing, enhancing and/or maintaining the necessary levels, and understanding them as a series of protective factors, can lead to significant changes in terms of care.

**Key words:** Psychotic disorder; Early psychosis; Schizophrenia; Positive Mental Health; Recovery; Subjective well-being; Insight; Nursing.



## 1. INTRODUCCIÓN

---



## 1.1. Los trastornos psicóticos

---

La incidencia y la prevalencia de los trastornos mentales es elevada y el impacto que la enfermedad mental tiene en términos de costes personales, sociales y económicos está documentada en diversos estudios (Alonso et al., 2002, 2004; Haro et al., 2006; Prince et al., 2007; Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, y Obiols, 2010; Organización Mundial de la Salud, 2001). En los últimos tiempos diferentes autores han manifestado hacia donde deberían encaminarse las políticas, las prácticas y las prioridades de investigación en salud mental (p. ej. Elfeddali et al., 2014; Haro et al., 2014; Knapp, McDaid, Mossialos, y Thornicroft, 2007). Entre ellas destacan la importancia de un abordaje integral de la persona que padece un trastorno mental, secundada desde diversas perspectivas de intervención y desde todos los ámbitos profesionales, y aunque se ha avanzado notablemente, se está aún muy lejos de la situación óptima. Por ello, se considera esencial incrementar el conocimiento acerca de la salud mental, ya que el impacto y la magnitud que representan los trastornos mentales no se corresponden con los recursos que se dedican a su investigación.

Dado el amplio abanico de trastornos mentales, y considerando que cada uno de ellos tiene manifestaciones distintas, este estudio se centra en los trastornos psicóticos, y más concretamente en la psicosis incipiente y la esquizofrenia. Ambos representan un importante problema de salud pública, ya que estos trastornos pueden afectar gravemente el desarrollo psicológico y social de las personas afectadas y de su entorno familiar y social (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

### 1.1.1. Epidemiología

Las tasas de incidencia y prevalencia de los trastornos psicóticos en general, difieren bastante en función de la metodología empleada a la hora de ser calculadas, la base teórica desde la que se parte y según las poblaciones estudiadas (Tizón et al., 2010).

El estudio multicéntrico internacional realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para determinar las tasas de incidencia en 8 regiones de 7 países (Dinamarca, Estados Unidos de América, India, Irlanda, Japón, Reino Unido y Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas), mostró una incidencia de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos entre 7 y 14 casos por 100.000 habitantes, siendo una incidencia comparable en diferentes poblaciones (Jablensky et al., 1992; Sartorius et al., 1986).

Otros estudios posteriores mostraron heterogeneidad en las tasas de incidencia de la esquizofrenia y de otros trastornos psicóticos, como se observó en la revisión sistemática realizada por Kirkbride et al. (2012). En esta revisión incluyeron 83 estudios publicados entre 1950 y 2009, donde encontraron una incidencia acumulada de 23,2 casos por 100.000 habitantes por año para los trastornos psicóticos no afectivos y de 15,2 casos por 100.000 habitantes por año para la esquizofrenia. Las tasas de incidencia de los trastornos psicóticos variaron según el grupo de edad, el sexo, el grupo étnico y el lugar. En general iban reduciéndose con la edad, aunque con un segundo aumento en las mujeres después de los 45 años.

De mayo de 2010 a abril de 2015, Jongsma et al. (2018) realizaron un estudio en 17 regiones de 6 países diferentes (Reino Unido, Francia, Italia, Países Bajos, España y Brasil), siendo Santiago de Compostela, Barcelona, Cuenca, Valencia, Oviedo y Madrid, las ciudades españolas que participaron en él, constituye la mayor comparación internacional de la incidencia de trastornos psicóticos. Los datos recogidos de un total de 2.774 pacientes (1.196 mujeres y 1.578 hombres) correspondieron a personas de entre 18 y 64 años que recibieron asistencia en los servicios de salud mental tras un primer episodio psicótico (PEP). La incidencia global de los trastornos psicóticos fue de 21,4 casos por 100.000 personas al año, observándose variaciones de esta incidencia entre las diferentes regiones analizadas y siendo la incidencia más baja en Santiago de Compostela (España) (6,0 casos por 100.000 personas al año) y la más alta en París (46,1 casos por 100.000 personas al año). Los resultados evidenciaron que la incidencia de los trastornos psicóticos fue hasta ocho veces mayor en algunas zonas (Jongsma et al., 2018).

De acuerdo con investigaciones previas, el estudio de Jongsma et al. (2018) confirmó que una mayor incidencia de los trastornos psicóticos se asociaba con tener una edad más joven (si bien los autores identificaron un segundo aumento entre mujeres de mediana edad), con ser hombre y con pertenecer a grupos étnicos/raciales minoritarios.

En relación a la prevalencia, Moreno-Küstner, Martín y Pastor (2018) realizaron una revisión sistemática sobre los trastornos psicóticos en el que incluyeron 73 estudios primarios, publicados entre 1990 y 2015. Los resultados mostraron una prevalencia global de 3,8 casos por cada 1.000 habitantes y una prevalencia por año de 3,3 casos por cada 1.000 habitantes.

La prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es variable, pero los resultados de la mayor parte de los estudios establecen globalmente un promedio de 1 caso por cada 100 habitantes. El trastorno parece tener una distribución uniforme en todo el mundo, aunque pueden existir algunas bolsas de prevalencia elevada o baja en función del contexto territorial (Perälä et al., 2007).

En una revisión sistemática de 188 estudios publicados entre 1965 y 2002 sobre la prevalencia de la esquizofrenia en 46 países, si bien aparecieron variaciones sustanciales entre distintos lugares, la prevalencia mostró valores comprendidos entre 4 y 7 casos por cada 1.000 habitante, dependiendo del tipo de estimación empleada (Saha, Chant, Welham, y McGrath, 2005). Se hallaron resultados similares en la revisión sistemática más reciente realizada por Simeone, Ward, Rotella, Collins y Windisch (2015).

En España, un estudio realizado por Ayuso-Mateos, Gutierrez-Recacha, Haro y Chisholm (2006) obtuvieron una prevalencia en las personas con esquizofrenia de 3 casos por cada 1.000 habitantes por año para los hombres, y ligeramente inferior para las mujeres (2,86 casos por 1.000 habitantes), dato consistente con los estudios realizados en países europeos.

La elevada incidencia y prevalencia de los trastornos psicóticos en la población, pone de manifiesto que cualquier actuación que se lleve a cabo en relación a estos trastornos será de suma relevancia.

### 1.1.2. Diagnóstico, curso y pronóstico

Como sucede con casi todos los trastornos mentales, se carecen de marcadores biológicos y/o psicológicos sensibles y fiables para poder determinar y caracterizar objetivamente los trastornos psicóticos (Morales, 2013).

Para establecer las líneas generales del manejo de la psicosis incipiente y de la esquizofrenia hay que considerar en primer lugar el diagnóstico y la evaluación de éstas. La guía de práctica clínica del *National Institute for Health and Care Excellence* propone incluir en la evaluación un enfoque multidisciplinar e integral, que aborde los siguientes aspectos (National Collaborating Centre for Mental Health, 2014):

- Psiquiátrico: Evaluación de los problemas de salud mental, del riesgo de daño a sí mismo/a o a otras personas, del consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas adictivas y de drogas por prescripción o por autoconsumo.
- Médico: Anamnesis y exploración física completa, identificación de enfermedades físicas (incluyendo trastornos cerebrales orgánicos) y tratamientos farmacológicos.
- Salud física y bienestar: Evaluación de la esfera relativa al bienestar y condición física incluyendo el peso y la altura, la información sobre el tabaquismo, la dieta, el ejercicio y la salud sexual.
- Psicológico y psicosocial: Evaluación de las redes sociales, las relaciones y la identificación de historias traumáticas.
- Desarrollo cognitivo: Evaluación de un adecuado desarrollo de las capacidades relacionales, cognitivas y motoras.
- Social: Evaluación de las condiciones de la vivienda, cultura y etnia, actividades de ocio y recreación, responsabilidades para los niños o como cuidador.
- Ocupacional y educativo: Evaluación del nivel educativo, empleo y actividades de la vida diaria.
- Calidad de vida.
- Económico.

Deben realizarse las exploraciones complementarias necesarias para descartar trastornos que se asemejen a una psicosis incipiente o una esquizofrenia, determinar la presencia de trastornos asociados, establecer unas características basales para la administración de medicaciones antipsicóticas y orientar la asistencia médica habitual en caso necesario. Los pacientes que abusan de alcohol o de otras drogas o que presentan una psicosis inducida por alcohol o drogas deben recibir un tratamiento específico. El riesgo de autolesiones o de causar daños a terceros y la presencia de alucinaciones auditivas que se perciban como órdenes deben ser evaluadas y deben tomarse las precauciones apropiadas siempre que esté en duda la seguridad del paciente o de otras personas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

No obstante, los clínicos e investigadores de diversas partes del mundo aplican el mismo conjunto de criterios diagnósticos operativos para definir los trastornos mentales, aportando un lenguaje común, a través de dos sistemas de clasificación de las enfermedades mentales:

1. El 'Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)' de la *American Psychiatric Association* (APA) específico para las enfermedades mentales (American Psychiatric Association, 2013).
2. La 'Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)' de la OMS, que tiene un capítulo específico para las enfermedades mentales (Organización Mundial de la Salud, 1994).

Al considerar la historia natural y el curso de los trastornos psicóticos, no se puede ignorar la investigación producida en las últimas décadas que postula el establecimiento secuencial de la psicosis desde los momentos prodrómicos hasta las diferentes fases del trastorno. Así, se diferencian dos etapas en la evolución de los trastornos psicóticos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009):

1. Fases precoces de la psicosis (psicosis incipiente).
2. Fases de la esquizofrenia.

Las **fases precoces de la psicosis** engloban el término de psicosis incipiente. De esta manera, se desplaza el foco de atención desde la fase estable o residual de los trastornos psicóticos hacia el inicio de los mismos, suponiendo una serie de innovaciones y avances, tanto en la evaluación y el diagnóstico, como en las

modalidades terapéuticas, y como consecuencia, la reordenación de los servicios asistenciales (Vallina, Lemos, y Fernández, 2006).

Concretamente, entre los años 80 y 90 creció el interés por los primeros episodios de los trastornos mentales, lo que supuso trasladar una mayor atención desde los trastornos mentales graves ya establecidos, hacia sus fases iniciales. En el campo de los trastornos psicóticos, se pasó del interés centrado en trastornos como la esquizofrenia, a una mayor atención por los PEP. Este interés se basaba en la hipótesis que un abordaje inicial de los trastornos mentales más graves mejoraría el curso y pronóstico de la enfermedad. Esta idea se fortalecía, además, por el conocimiento de que, entre el inicio del trastorno psicótico y su reconocimiento e intervención terapéutica, transcurrían períodos muy largos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

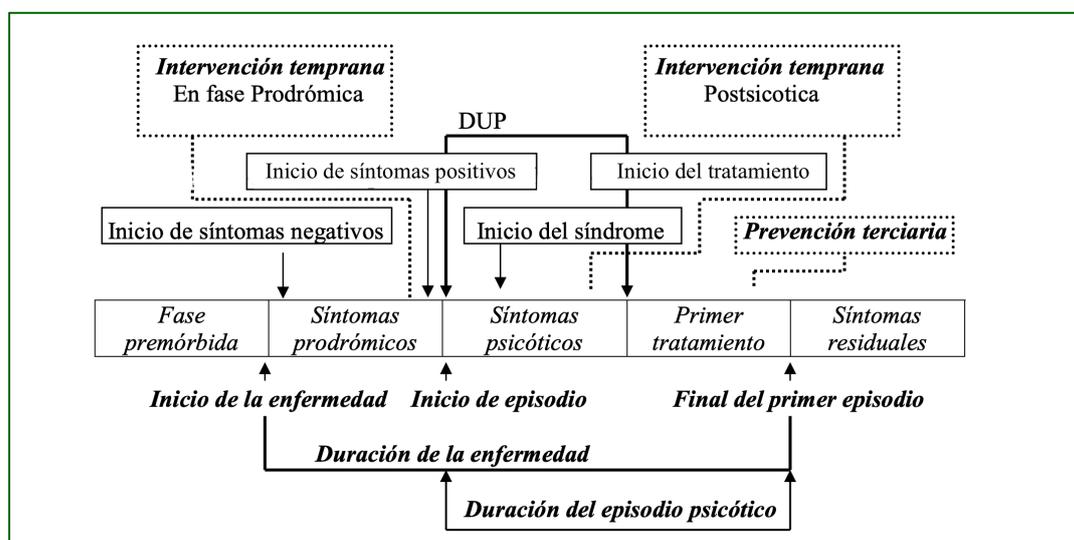
Este periodo de tiempo inicial fue denominado por los anglosajones como *Duration of Untreated Psychosis* (DUP), duración de la psicosis no tratada. Se ha demostrado que una parte importante de la discapacidad asociada a los trastornos psicóticos se establece y se acumula en esta fase, con una duración media de entre 2 y 5 años (McGlashan, 1999).

Por consiguiente, se incrementó progresivamente el interés hacia las manifestaciones prodrómicas de los trastornos psicóticos, dando lugar a terminologías como síndromes prodrómicos o estados mentales de alto riesgo (EMAR). Estos intervalos de tiempo son decisivos en el pronóstico y en la evolución de la enfermedad. Por esta razón se han propuesto estrategias para reducir la DUP y fomentar los programas de intervención temprana en psicosis (ITP), así como la detección de los síntomas prodrómicos y la valoración de factores de riesgo (Marshall et al., 2005; Penttilä, Jääskeläinen, Hirvonen, Isohanni, y Miettunen, 2014; Perkins, Gu, Boteva, y Lieberman, 2005).

En la psicosis incipiente o en las fases precoces de la psicosis, se incluye (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009):

1. La fase de los EMAR o fase prodrómica.
2. La fase del PEP.
3. La fase de recuperación tras el PEP o periodo crítico.

En la figura 1 se representan estas distintas etapas iniciales de la psicosis, el desarrollo sintomático en cada una de ellas y los momentos de intervención.



**Figura 1. Desarrollo del curso inicial de la psicosis** (Larsen et al., 2001, citado por Vallina, 2003, p. 3)

La **fase premórbida** es la etapa anterior al comienzo de los síntomas. El funcionamiento premórbido es uno de los índices empleados con mayor asiduidad como precursor comportamental del inicio de síntomas agudos en la esquizofrenia (Strous et al., 2004). En diversos estudios se ha demostrado la asociación entre la presencia y gravedad de síntomas premórbidos y un inicio insidioso, un curso crónico y peor pronóstico de la enfermedad (p. ej. Addington, y Addington, 1993, 2005; Rabinowitz, De Smedt, Harvey, y Davidson, 2002). En cambio, se ha relacionado una mejor historia premórbida con una mayor edad de inicio de un trastorno psicótico, de consumo de antipsicóticos y de la primera hospitalización (Strous et al., 2004).

La **fase prodrómica** o fase de los EMAR de la psicosis es vista como la fase prepsicótica más temprana de un trastorno psicótico, se considera como una forma atenuada de psicosis que conforma un factor de riesgo para su desarrollo, especialmente si se combina con otros factores de riesgo propios del mismo trastorno, como por ejemplo, los antecedentes familiares diagnosticados de psicosis. Durante la fase prodrómica se producen cambios en la sintomatología, lo que supone una inestabilidad diagnóstica (Yung, y McGorry, 1996). Los

síntomas prodrómicos consistirían así en una mezcla de los siguientes componentes (Vallina, 2003):

1. Síntomas psicóticos atenuados (subumbrales): tales como suspicacia o cambios perceptivos.
2. Síntomas inespecíficos afectivos y neuróticos: como ansiedad, humor deprimido y alteraciones del sueño, alguno de los cuales son reactivos a los anteriores.
3. Cambios conductuales: habitualmente son respuestas a otros fenómenos. Frecuentemente incluyen aislamiento y abandono de actividades habituales.

Yung, McGorry, McFarlane et al. (1996) establecieron tres subtipos de EMAR:

1. Presencia de síntomas psicóticos atenuados (subumbrales).
2. Historia de síntomas psicóticos breves y limitados.
3. Historia familiar positiva de psicosis y disminución persistente del nivel funcional previo.

La **fase del PEP** es la aparición abrupta, por primera vez en la vida, de un episodio con síntomas psicóticos. Un PEP es un cuadro de tipo sindromático que se clarifica, en cuanto a un diagnóstico específico, sólo después de seguir la evolución clínica. Un porcentaje importante de los casos reciben, con el tiempo, el diagnóstico de esquizofrenia. En cambio, para otro grupo de pacientes, el PEP es el único episodio psicótico en su vida y no se acompaña de repercusiones en el funcionamiento psicosocial ni en la calidad de vida (Cano et al., 2007).

Los síntomas característicos de un trastorno psicótico son la presencia de delirios, alucinaciones, discurso desorganizado y comportamiento muy desorganizado o catatónico (American Psychiatric Association, 2013).

**La fase de recuperación tras el PEP o período crítico** es una fase altamente vulnerable que abarca de los 3 a los 5 años después de presentar un episodio psicótico, donde los factores personales, biológicos y sociales influyen en la evolución del trastorno psicótico. Son comunes las recaídas durante los primeros años posteriores al comienzo del trastorno psicótico y la vulnerabilidad a las recaídas permanece en el 80% de los pacientes. Sin embargo, también la

remisión completa es posible en un 20% de los casos (García-Herrera et al., 2016; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

A lo largo de las distintas **fases de la esquizofrenia** la mayor parte de los pacientes alternan en su curso clínico episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión de la clínica total o parcial. Aunque son frecuentes los síntomas residuales entre los episodios. Este trastorno, que a menudo es de tipo crónico, puede caracterizarse mediante tres fases que se fusionan unas con otras sin que existan unos límites claros y absolutos entre ellas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009):

- 1. Fase aguda (o crisis).** Durante esta fase, los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado, y habitualmente, no son capaces de cuidar de sí mismos/as de forma apropiada. Si presentan síntomas negativos, estos pasan a ser también más intensos.
- 2. Fase de estabilización (o postcrisis).** Durante esta fase se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración puede ser de 6 meses o más tras el inicio de un episodio agudo (o crisis).
- 3. Fase estable (o de mantenimiento).** La sintomatología puede haber desaparecido o ser relativamente estable y, en el caso de que persista, casi siempre es menos grave que en la fase aguda. Unos pacientes pueden mantenerse asintomáticos, en cambio otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio. Cuando persisten los síntomas negativos y/o positivos, como delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento, a menudo están presentes en formas atenuadas no psicóticas (p. ej. ilusiones en vez de alucinaciones o ideas sobrevaloradas en vez de delirios).

Tal y como se ha argumentado en este apartado, la investigación producida en las últimas décadas sobre la evolución de los trastornos psicóticos, ha diferenciado dos fases: psicosis incipiente y esquizofrenia. Por ello, en esta tesis se compara entre personas que están en una fase precoz de la psicosis y otras que ya están diagnosticadas de esquizofrenia. Los resultados pueden conducir a un cambio importante en cuanto a la atención de la salud de estas personas.

### ***1.1.3. Impacto, carga y coste de la enfermedad***

En general, el impacto, la carga de la enfermedad y los costes directos e indirectos que se generan tanto a nivel personal y familiar, como a nivel sanitario y social en los trastornos psicóticos, son cuantiosos.

#### ***Deterioro y discapacidad***

Las personas diagnosticadas de un trastorno psicótico muestran dificultades importantes en distintas áreas del funcionamiento diario, tales como la propia autonomía, las relaciones interpersonales (falta de redes sociales, falta de motivación o interés, etc.), el ocio (nula utilización del ocio y tiempo libre o inadecuado manejo del ocio), los logros profesionales y académicos (fracaso laboral o académico, expectativas laborales o académicas desajustadas, falta de hábitos y dificultades de manejo sociolaboral), la actividad sexual (aplanamiento afectivo) y el funcionamiento cognitivo (dificultades de atención, percepción, concentración, procesamiento de la información, etc.) (Morales, 2013).

A nivel mundial se ha estimado que la esquizofrenia está entre los primeros quince trastornos médicos que causan discapacidad (Murray et al., 2013). La OMS atribuye el 31,7% de todos los años vividos con discapacidad a los trastornos neuropsiquiátricos, de los cuales la esquizofrenia ocupa el tercer lugar (2,8%), por detrás de la depresión unipolar (11,8%) y del trastorno por consumo de alcohol (3,3%) (Mathers, y Loncar, 2006).

En un estudio europeo, en el que participaron 6 países, se encontró que más del 80% de las personas con esquizofrenia presentaron problemas persistentes en su funcionamiento social, aunque no todos eran graves. Siendo el mejor predictor del mal funcionamiento a largo plazo, el mal funcionamiento en los primeros 3 años posteriores al diagnóstico (Wiersma et al., 2000).

#### ***Impacto en la vida laboral***

La mayoría de personas con un trastorno psicótico, están desempleadas o excluidas del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y

mantenerse en puestos de trabajo remunerados (Mingote, del Pino, Huidobro, Gutiérrez, de Miguel, y Gálvez, 2007).

Según el informe de la *Schizophrenia Commission* del Reino Unido, las estimaciones de empleo para las personas con esquizofrenia son del 5 al 15% con un promedio del 8%, que es significativamente menor que la población general (de los cuales el 71% están empleados). Las discapacidades que experimentan las personas con psicosis incipiente y esquizofrenia no son únicamente el resultado de episodios recurrentes o síntomas continuos. Los efectos secundarios desagradables del tratamiento, la adversidad social y el aislamiento, la pobreza y la falta de vivienda también juegan un papel importante. Estas dificultades no se ven facilitadas por el prejuicio continuo, el estigma y la exclusión social asociados con el diagnóstico (The Schizophrenia Commission, 2012).

### **Mortalidad**

Las personas con esquizofrenia tienen un riesgo aumentado de morir por cualquier causa dos y tres veces mayor (McGrath, Saha, Chant, y Welham, 2008) y tienen una esperanza de vida 20 años por debajo de la población general (Laursen, Nordentoft, y Mortensen, 2014). Las causas de este exceso de mortalidad deben buscarse en factores diversos como son suicidios y muertes violentas, enfermedades cardiovasculares y uso de antipsicóticos y polifarmacia (Auquier, Lançon, Rouillon, y Lader, 2007).

### **Costes de la enfermedad**

En Europa, se estima que los costes totales asociados a los trastornos psicóticos superaron, en 2010, los 93.927 millones de euros, afectando a 5 millones de personas, y produciendo unos costes por paciente de 18.796 euros anuales (Olesen et al., 2012).

Los trastornos psicóticos se consolidan como la tercera enfermedad cerebral con mayor coste, únicamente por detrás de los trastornos de personalidad y demencia. Los costes totales asociados a los trastornos psicóticos son mayores

que algunas enfermedades con alta prevalencia como los trastornos de ansiedad o la epilepsia (Olesen et al., 2012).

En una revisión sistemática de la literatura realizada en España (Parés-Badell et al., 2014), se determinó que los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas suponían un gasto de 84.000 millones de euros anuales. Dentro de la categoría de trastornos mentales, el coste por paciente más elevado fue para el caso de los trastornos psicóticos, con un coste anual estimado de 17.576 euros.

En síntesis, el impacto, la carga de la enfermedad y los costes que se generan tanto a nivel personal y familiar en los trastornos psicóticos, son cuantiosos. Por ello, el presente estudio se centra en estos trastornos, para contribuir al incremento del conocimiento acerca de la salud mental, ya que el impacto y la magnitud que representan estos trastornos no se corresponden con los recursos que se dedican a su investigación.

#### ***1.1.4. Programas de intervención temprana en psicosis***

En las últimas décadas ha crecido el interés por la investigación de las fases tempranas de los trastornos psicóticos, ya que la evidencia científica ha puesto de manifiesto que un diagnóstico y una intervención tempranos podrían mejorar notablemente los resultados terapéuticos y mejorar la eficiencia de los tratamientos instaurados (Arango, 2015).

Los modelos y programas de intervención temprana en psicosis (ITP), tienen como objetivo la detección temprana y el inicio de las intervenciones más efectivas desde las fases iniciales de sintomatología psicótica, con el objetivo final de reducir la DUP, mejorar el pronóstico y conseguir una mayor recuperación. Estos programas son desarrollados por equipos multidisciplinares que realizan un tratamiento integral del paciente, generalmente tras una detección precoz de un PEP, durante los años siguientes, y hasta presentar una recuperación estable (Arango, 2015).

Existen programas de ITP ya implementados en varios países del mundo, que han demostrado su eficacia y eficiencia. Estos programas han demostrado que contribuyen a:

- Reducir la DUP y la transición a la psicosis (Valmaggia et al., 2009).
- Reducir el número de hospitalizaciones y las visitas a urgencias (Andrew, Knapp, McCrone, Parsonage, y Trachtenberg, 2012).
- Reducir el tiempo de estancia en el hospital (Álvarez-Jiménez, Parker, Hetrick, McGorry, y Gleeson, 2011).
- Reducir el número de recaídas (Álvarez-Jiménez et al., 2011; Craig et al., 2004).
- Reducir el riesgo de suicidio (Park, McCrone, y Knapp, 2014).
- Mejorar la calidad de vida (Andrew et al., 2012; Garety et al., 2006; Kane et al., 2016).
- Mejorar la integración laboral y el seguimiento de la vida escolar (Kane et al., 2016; Park et al., 2014).
- Mejorar el funcionamiento social (Garety et al., 2006).
- Mejorar la adherencia al tratamiento (Garety et al., 2006; Randall et al., 2017).
- Mejorar en el seguimiento (Craig et al., 2004; Randall et al., 2017)
- Mejorar en la recuperación (Bhullar, Norman, Klar, y Anderson, 2018).

Por otro lado, se ha comprobado que los programa ITP reducen los costes totales asociados al trastorno psicótico (McDaid, Park, Lemmi, Adelaja, y Knapp, 2016; Tsiachristas, Thomas, Leal, y Lennox, 2016).

En los años 90 se creó la *International Early Psychosis Association* (IEPA) con el objetivo de analizar y dar difusión a los resultados alcanzados por los programas de ITP en todo el mundo. En 2002 la IEPA, junto a la OMS, redactó un documento de consenso sobre la intervención temprana en psicosis incluyendo diez acciones estratégicas recomendadas (Bertolote, y McGorry, 2005):

1. Proporcionar tratamiento en atención primaria: detección temprana y acceso a servicios de salud mental comunitarios.
2. Disponer de tratamientos farmacológicos y psicosociales.

3. Proporcionar atención en la comunidad: avanzar hacia un enfoque de servicios menos restrictivos y coercitivos.
4. Educar a la población: sensibilizar a la comunidad sobre la importancia y las oportunidades para una detección temprana y un mejor manejo de la psicosis.
5. Implicar a la comunidad, familias y usuarios.
6. Establecer políticas, programas y legislaciones nacionales.
7. Desarrollar recursos humanos: formar a los profesionales de la salud en psicosis, desde la atención primaria, hasta los especialistas en salud mental.
8. Colaborar con otros sectores para facilitar el concepto cada vez más considerado de la recuperación.
9. Supervisar la salud mental comunitaria: establecer indicadores de psicosis temprana.
10. Promover la investigación.

La *London School of Economics* realizó un estudio reciente sobre la situación de los programas de ITP en Europa (McDaid et al., 2016), incluyendo a España entre los países que disponen únicamente de programas a nivel local o regional, y no de una estructura con cobertura nacional. En este estudio se comenta que estos programas se limitan con frecuencia a acciones desarrolladas por equipos con alto interés en su desarrollo, en muchos casos vinculados a proyectos de investigación y con importantes carencias en cuanto a recursos físicos y económicos.

En España se carece de un programa a nivel nacional que desarrolle una estrategia común para la implantación de ITP, y además son muy limitadas las experiencias de gobiernos autonómicos que hayan apoyado el desarrollo de un programa específico para ITP a nivel autonómico (Arango et al., 2018).

No obstante, el Ministerio de Sanidad, a través de diferentes documentos publicados, ha recogido la importancia la ITP, y algunos planes de salud mental autonómicos también recogen de manera expresa líneas de trabajo en esta dirección. Los documentos son los siguientes:

1. 'Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud' (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011a).
2. 'Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2009' (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009).
3. 'Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente' (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).
4. 'Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia' (Centro de Investigación Biomédica en Red, 2015).
5. 'Informe del estado actual de la prevención en salud mental' (Real Patronato sobre Discapacidad, y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Según la literatura consultada, tan sólo se han encontrado 11 comunidades autónomas que han incluido aspectos específicos sobre trastornos psicóticos en sus planes de salud mental: Andalucía (Carmona et al., 2016), Aragón (Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón, 2017), Cantabria (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria, 2014), Castilla-La Mancha (Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, 2018), Cataluña (Generalitat de Catalunya, 2017), Comunidad de Madrid (Comunidad de Madrid, 2018), Navarra (Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. Gerencia de Salud Mental, 2019), Comunidad Valencia (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana, 2016b), Extremadura (Martín Morgado et al., 2017), La Rioja (Gobierno de la Rioja, 2018) y Principado de Asturias (Consejería de Sanidad. Gobierno del Principado de Asturias, 2015). En la mayoría de los casos estos aspectos están enfocados a la creación de programas y procesos asistenciales específicos para la atención a las fases tempranas de los trastornos psicóticos. Únicamente Andalucía, Cataluña, la Comunidad Valenciana y Castilla-La Mancha han elaborado guías generales o modelos para la implantación de programas ITP:

- Andalucía. 'Detección e intervención temprana de las psicosis' (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

- Cataluña. 'Guia de desenvolupament del programa d'atenció específica a les persones amb trastorns psicòtics incipients del Pla director de salut mental i addiccions' (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2011).
- Comunidad Valenciana. 'Atención a Primeros Episodios Psicóticos' (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana, 2016a).
- Castilla-La Mancha: 'Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental de Castilla La Mancha: Intervención Precoz en Primeros Episodios Psicóticos (IPEP)' (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, 2012).

En España se han identificado 49 programas de ITP, que suponen una cobertura del 48,7% de la población total del país (22.682.576 personas), con mayor o menor grado de implementación, estructura y trayectoria. Al no existir una estrategia o plan de acción estatal, con unos objetivos mínimos, las características de los diferentes programas que se han ido implantando, presentan características muy dispares (Arango et al., 2018) (Figura 2).

Sin embargo, tan sólo 22 de los 49 programas ITP, cumplen con los siguientes requisitos mínimos de Arango et al. (2018), que garanticen su desarrollo con ciertas garantías de éxito y continuidad, más allá de buenas voluntades individuales. Estos requisitos son:

1. El programa cuenta con una descripción formal del mismo.
2. Se han desplegado como acciones concretas con diferente alcance, no quedando únicamente en un ejercicio teórico descriptivo.
3. Se ha designado un responsable de la coordinación del programa.
4. Se están dedicando recursos físicos y/o humanos específicos para su desarrollo.

Tenido en cuenta los 22 programas que cumplen con los requisitos mínimos de Arango et al. (2018), estos permitirían dar cobertura únicamente al 31,78% de la población (14.769.000 habitantes).

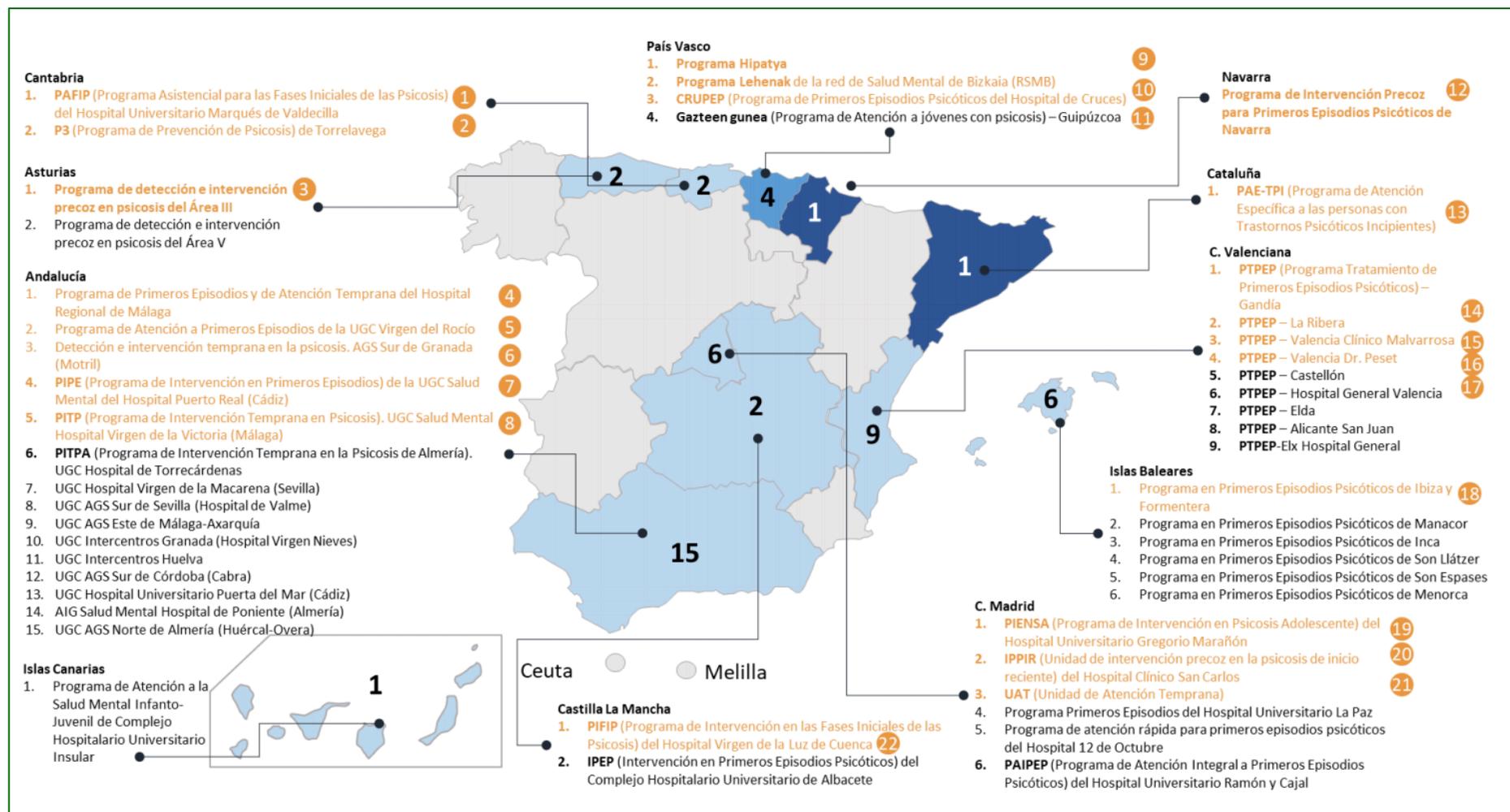


Figura 2. Programas de intervención temprana en psicosis identificados en España (Arango et al., 2018)

En Cataluña, el 'Plan Director de Salud Mental y Adicciones' (PDSMyA) aprobado en el 2006, es un instrumento de información, estudio y propuesta mediante el cual el Departamento de Salud determina las directrices para impulsar, planificar, coordinar y evaluar las actuaciones a desarrollar en el ámbito de la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de las enfermedades asociadas con la salud mental y las adicciones, y mejorar la calidad de vida de los afectados. El PDSMyA propone un nuevo modelo de atención y de organización de los servicios de salud mental que, partiendo de la realidad del momento, permitiera continuar avanzando en la eficiencia y la calidad del sistema. Con este fin, el PDSMyA se estructura en diez objetivos estratégicos, cada uno de estos objetivos contiene diferentes líneas de actuación que se desarrollan mediante objetivos operativos concretos (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2006).

En este Plan Director se primó la atención temprana a la psicosis incipiente, concretamente en el objetivo estratégico 3 se propuso 'orientar la cartera de servicios a las necesidades de los usuarios de la red de salud mental y adicciones' (p. 80), y en la línea estratégica 1 se estableció: 'conseguir que la cartera de servicios de salud mental y adicciones esté realmente orientada a los usuarios y a sus familias, potenciando un modelo de intervención más activo y comunitario' (p. 80). En concreto en el objetivo operativo 1.2. se propuso: 'priorizar la atención a la psicosis incipiente y a la población infantil y juvenil con trastornos mentales graves' (p. 81). Por otro lado, en la línea estratégica 2 del PDSMyA se estableció: 'mejorar la cartera de servicios para atender a los problemas de salud priorizados' (p. 82) y como objetivo operativo 2.6. se propuso 'mejorar la cartera de servicios en relación a la atención de las personas con trastornos psicóticos' (p. 83). En este sentido, como parte de las acciones para cumplir dicho objetivo se diseñó el 'Programa de Atención Específica a las personas con Trastornos Psicóticos Incipientes' (PAE-TPI) (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2006).

A partir del 2007 y aplicando las recomendaciones del PDSMyA, se inició la implementación progresiva de 12 pruebas piloto de los PAE-TPI en diferentes territorios de Cataluña: Barcelona, Cerdanyola, Segrià, Baix Camp, Terres de

l'Ebre, Gironès y la Selva Marítima (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2017a). La población diana son personas con trastornos psicóticos incipientes, con edades comprendidas entre 14 y 35 años, que presentan: EMAR, PEP o personas que se encuentran en fase de recuperación, durante el período crítico de 5 años posterior a un PEP (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2011; 2017a).

Desde el PDSMyA se publicó en 2011 una 'Guía de desarrollo del programa de atención específica a las personas con trastornos psicóticos incipientes del Plan director de salud mental y adicciones' que define los objetivos generales y específicos del programa, la población a la que se dirige y las líneas estratégicas de actuación, teniendo en cuenta las acciones estratégicas recomendadas en el consenso sobre las ITP de la IEPA y la OMS del 2005 (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2011).

La experiencia recogida por los 12 programas PAE-TPI entre 2007 y 2016, han dado una cobertura asistencial a 479.387 personas de la población diana, lo que representa un 27,4% de la población diana total de Cataluña. Del análisis de los resultados se pueden destacar las siguientes conclusiones (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2017a):

- El conjunto de programas en curso estaba muy cerca de alcanzar el estándar de accesibilidad situado en 20 casos por cada 10.000 habitantes de población de referencia, con un rango de incidencia de 16,8 a 21,1 casos nuevos.
- La disponibilidad, entendida como el número de pacientes con un tiempo igual o menor a 15 días transcurrido entre la fecha de llegada y la fecha de primera valoración, presentó resultados muy satisfactorios, dado que el rango se situó en 92% y 99% de los casos atendidos, frente a un estándar situado en el 75% de los casos.
- La presencia de tratamiento psicoterapéutico presentó datos por encima del estándar propuesto (60%), con un rango de 62% al 72%.
- La adherencia al tratamiento, entendida como el mantenimiento de las visitas de seguimiento a los 12 meses de la primera visita, alcanzó un

rango de 78% a 89% de casos atendidos, frente a un estándar situado en el 75% de los casos.

- La efectividad medida en la mejora de la *Global Assessment of Functioning scale* (GAF), presentó un rango de 78% al 86% de los casos al cabo de 1 año, por encima del estándar propuesto (70%).
- El cribaje de los efectos indeseables del tratamiento farmacológico se situó en un rango del 67% al 83% de los casos, frente a un estándar situado en el 70%.
- El enfoque comunitario que radica en la base del programa facilitó su extensión al conjunto de los servicios de salud mental de todos los territorios, incorporando plenamente la atención primaria de salud y los recursos sociales, educativos y otros servicios de los que dispone la comunidad.
- La formación continuada mejoró los conocimientos, habilidades y experiencia de los profesionales especializados que desarrollaban los programas.

En la actualización del PDSMyA para el período 2017 a 2020, en su línea estratégica 3 se estableció: 'garantizar que la atención especializada en el territorio sea equitativa, accesible, integral, competente y basada en la comunidad' (p.52). Además, se incorporó el objetivo estratégico 3.1. 'definir e implementar la cartera de servicios básica de la atención comunitaria especializada en salud mental y adicciones'. Entre las diferentes acciones se propuso: 'implantar en todo el territorio catalán el Programa de atención a la psicosis incipiente, especialmente en el grupo de edad de 14 a 24 años, con la creación de unidades funcionales integradas entre todos los recursos que interactúan en el ámbito territorial' (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2017b, p. 57).

Desde el PDSMyA, dada la efectividad, la utilidad para prevenir y mejorar el pronóstico de las personas afectadas y por la equidad de todos los ciudadanos, durante estos últimos 2 años, ha implementado el programa ITP en todo el territorio catalán y durante el 2019 se está previsto que se realice la primera

evaluación del programa global y por territorios (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2018).

En este apartado, se ha mostrado una visión de las diferentes iniciativas y programas de ITP que se están desarrollando en España, así como se ha profundizado en el estado de situación de Catalunya. La implementación extendida de programas de ITP de calidad, nos brinda la oportunidad de mejorar el pronóstico, la calidad de vida y el futuro de estas personas que sufren un trastorno psicótico. Por estos motivos, dichos programas asistenciales deben estar fundamentados en una perspectiva integral y multidisciplinar, que se centren en cubrir las necesidades de las personas con trastorno psicótico y de su entorno, y que consideren las modificaciones en el tiempo de las mismas.

Por ello, la pretensión de esta investigación es conocer las necesidades de una muestra de personas con un trastorno psicótico, desde la adopción de un enfoque positivo de la salud mental, de la recuperación, del bienestar subjetivo y teniendo en cuenta el *insight* y diversas variables sociodemográficas y clínicas. Para poder atender su estado de salud mental, de acuerdo con sus necesidades actuales, teniendo en cuenta los recursos disponibles, la continuidad asistencial, etc. y como todo esto se gestiona en base a nuevas políticas sanitarias. Los datos que se obtengan podrán ser de utilidad para la práctica profesional puesto que se espera que puedan orientar los programas e intervenciones que se realizan en los diferentes dispositivos asistenciales de salud mental de Cataluña, teniendo en cuenta las características de cada individuo.

## 1.2. La salud mental positiva

---

### 1.2.1. Conceptualización

La **salud** ha sido para los seres humanos una preocupación constante a lo largo de la historia y ha constituido una de las metas más importantes de la humanidad. La concepción de la salud ha evolucionado de acuerdo con los cambios en la organización económica y política, de la estructura social y la cultura, de los avances científicos relacionados con el proceso de salud-enfermedad y de los cambios en los procesos demográficos y ecológicos que se han ido produciendo a lo largo del tiempo (González de Haro, 2006).

Durante siglos la salud fue entendida como la ‘ausencia de enfermedad’ hasta que en 1948 la OMS en su Carta Constitucional modifica el concepto y pasa a definir la salud como ‘un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia’ (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 1). A pesar de que esta definición ha sido muy criticada por utópica, por resultar muy ambiciosa y corresponder a una situación ideal, incluye tres ideas medulares que se pueden considerar innovadoras: la salud mental como una parte integral de la salud, la salud mental como algo más que la ausencia de enfermedad y la salud mental como íntimamente relacionada con la salud física y la conducta. Desde entonces se ha utilizado este término para referirse tanto a estados de bienestar o salud como a procesos de enfermedad o trastorno, estableciéndose las directrices para la construcción de una perspectiva positiva de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2004b).

Esta concepción de salud que realizó la OMS supuso un importante paso adelante, aunque solo parcial porque todavía implicaba indudables limitaciones. Así, en la década de los 70, Terris propuso una nueva definición de salud, como ‘un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedad’ (Terris, 1975, p. 1038). El autor introduce dos componentes a la definición, la dimensión subjetiva de bienestar, que se refiere a ‘sentirse bien’ y una dimensión objetiva que implica ‘la capacidad de funcionamiento’. Elimina la palabra ‘completo’, reconociendo

que la salud no es un valor absoluto, sino que existen distintos grados de salud. También distingue entre el término 'enfermedad' (*disease*) y el de 'malestar' (*illness*), ya que es posible que coexista el 'sentirse bien' y la 'enfermedad'.

En la Asamblea Mundial de la Salud, órgano plenario de la OMS, se aprobó unánimemente la Declaración de Alma-Ata (1978), en la que se señalaba que la atención primaria de salud sería la clave para alcanzar la meta de 'Salud para todos en el año 2000'. Como consecuencia, se establecieron diversos objetivos mundiales de salud, que han constituido desde entonces la referencia para cualquier evaluación de la labor realizada. La Conferencia reiteró firmemente que la salud 'es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud' (Organización Mundial de la Salud, 1978, p. 2).

La OMS no ha perdido interés en este concepto y aparece reiteradamente en muchos de sus documentos oficiales. En 1986 se celebró en Ottawa (Canadá), la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, que dio lugar a lo que hoy se conoce como la 'Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud'. En la declaración final se concluyó que: 'para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario' (Organización Mundial de la Salud, 1986, p. 2).

Posteriormente la OMS (1998), en su Asamblea Mundial de la salud celebrada en el 1998, se reafirmó en el principio enunciado en su constitución 'de que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano', reconociendo que 'la mejora de la salud y

el bienestar de las personas constituye un objetivo fundamental del desarrollo social y económico' (p. 2). Propone asimismo las denominadas 'Políticas de Salud para Todos para el siglo XXI' como medio para conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud. Entre sus objetivos fundamentales se encuentran el de promover y proteger la salud de las personas a lo largo de la vida y reducir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones, así como el sufrimiento que éstas originan (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Lluch (1999), dada la dificultad de definir el término **salud mental**, agrupó los múltiples enfoques en tres grandes perspectivas que reflejan diversas concepciones de la salud mental:

**1. La perspectiva positiva/negativa:**

- La *perspectiva positiva* pretende definir la salud mental a través de la salud considerada de forma general. Su postulado básico es: 'salud igual a algo más que la ausencia de enfermedad' y, esto permite trabajar sobre aspectos de promoción y prevención, y no sólo en la curación. La perspectiva positiva concibe la salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y defiende que hay que promover las cualidades del ser humano y facilitar el máximo desarrollo de su potencial.
- La *perspectiva negativa* se corresponde fundamentalmente con el modelo clínico tradicional, que considera que el objetivo de toda intervención es la curación. Este enfoque es reduccionista, omitiendo los aspectos positivos inherentes al concepto de salud mental (Belloch, Sandin, y Ramos, 1995; Jahoda, 1958; Lluch, 1997; Martí Tusquets, y Murcia Grau, 1987, citados por Lluch, 1999).

**2. La perspectiva de normalidad** implica aceptar un paralelismo entre lo normal y lo sano.

Las principales concepciones de salud mental desde una perspectiva de normalidad son:

- La concepción de *normalidad como promedio* engloba fundamentalmente dos criterios: el criterio estadístico y el criterio sociocultural. El criterio estadístico presupone que lo normal (lo sano) es lo más frecuente y el

criterio sociocultural implica que lo normal viene determinado por las pautas sociales.

- La *normalidad clínica* que define la salud como la ausencia de sintomatología clínica.
  - La *normalidad utópica* es la concepción de la normalidad fundamentada en el modelo psicodinámico, que considera la salud como un estado de equilibrio armónico entre las diferentes instancias del aparato psíquico y destaca el manejo adecuado de los procesos inconscientes. Se le llama utópica ya que es algo difícilmente realizable, pero estimula el estudio de los procesos psicológicos que subyacen a la conducta observable.
  - La *normalidad como proceso* que se basa en la capacidad de adaptación de la persona y la madurez de sus sistemas de respuesta a lo largo del desarrollo.
  - La *normalidad jurídico-legal*, la cual es un criterio forense que evalúa la conducta en función del nivel de imputabilidad del acto y de su responsabilidad jurídica.
3. La perspectiva de múltiples criterios: define la salud mental a partir de múltiples criterios operativos y para grupos de poblaciones concretas en contextos definidos.

Como señalan Belloch, Sandin y Ramos (1995, p. 53), 'no hay ningún criterio que, por si mismo aisladamente, sea suficiente para definir un comportamiento, un sentimiento o una actividad mental como desviada, anormal y/o psicopatológica' (citado por Lluch, 1999). En este sentido, los sistemas clasificatorios que se utilizan habitualmente en la clínica podrían considerarse definiciones de múltiples criterios.

La OMS en el año 2001 proporciona un nuevo significado al término salud mental: 'un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad' (citado por Organización Mundial de la Salud, 2004b, p. 14). En este sentido positivo, la salud es la base para el bienestar y el buen funcionamiento de un individuo y de una comunidad. Es mucho más que la ausencia de enfermedad mental, ya que las condiciones y capacidades

mencionadas en la definición tienen valor por sí mismas, puesto que el funcionamiento de las áreas mental, física y social son interdependientes. Además, la salud y la enfermedad pueden coexistir simultáneamente, siendo mutuamente exclusivas solamente si la salud se define de una forma restrictiva como la ausencia de enfermedad. Desde esta definición, además, se introduce en la salud mental, la cuestión del equilibrio entre la persona y su entorno (Organización Mundial de la Salud, 2004b).

La salud mental, desde esta perspectiva, es un concepto dinámico y cambiante, por el cual todas las personas a lo largo de la vida atraviesan por diferentes períodos en que el grado de salud varía dentro de un 'continuum' salud-enfermedad y, como consecuencia, el cuerpo y la mente se tienen que adaptar cada vez que las circunstancias internas o externas cambian (Ugalde, y Lluch, 2003).

En el 2003, Vaillant señala que definir la salud mental es una tarea compleja. Clarifica que la 'salud mental promedio' no es lo mismo que 'saludable', ya que el promedio siempre incluye mezclar en el término saludable la cantidad prevalente de psicopatología. Lo que es considerado saludable algunas veces depende de la geografía, la cultura y el momento histórico (Vaillant, 2012).

Una aportación interesante la proporciona la 'Declaración Europea de Salud Mental' considerando que 'la salud mental y el bienestar mental, son fundamentales para la calidad de vida y la productividad de las personas, las familias, la comunidad y las naciones, permitiéndolas desarrollar una vida plena y ser ciudadanos activos y creativos' (p. 1), con el objetivo principal 'en materia de salud mental de mejorar el bienestar de las personas, incidiendo en sus capacidades y recursos, reforzando su resiliencia y aumentando los factores externos de protección' (p. 1). Se enfatiza que la promoción de la salud mental, y la prevención, tratamiento, cuidado y rehabilitación de los problemas de salud mental son una prioridad para la OMS y sus Estados Miembros, para la Unión Europea y para el Consejo de Europa, como queda reflejado en las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo de la OMS, del Comité Regional de la OMS para Europa y del Consejo de la Unión Europea (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Conscientes de la trascendencia implícita del valor de la salud mental, en el Libro Verde, 'Hacia una Estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental', desarrollado por la Comisión de las Comunidades Europeas (2005), se pone de manifiesto que 'la salud mental es un asunto capital para los ciudadanos, la sociedad y las políticas públicas. Sin Salud Mental no hay Salud, puesto que para los ciudadanos constituye el recurso que les permite desarrollar su potencial intelectual y emocional, así como encontrar y desempeñar su papel en la sociedad, la escuela y el trabajo. Para las sociedades, la salud mental de sus ciudadanos contribuye a la prosperidad, la solidaridad y la justicia social. En cambio, las enfermedades mentales conllevan costes, pérdidas y cargas de diversa índole tanto para los ciudadanos como para los sistemas sociales' (p. 4).

El gobierno escocés ha realizado un gran esfuerzo en definir la salud mental y introducir estos conceptos en la práctica clínica. Éste la define como: 'la resiliencia mental y espiritual que nos permite disfrutar de la vida y sobrevivir al dolor, la decepción y la tristeza. Es un sentimiento positivo de bienestar y una creencia subyacente en uno mismo y en la propia dignidad y la de los demás' (Scottish Executive, 2005, p. 5).

En este sentido, la *Public Health Agency of Canada* también define la salud mental como 'la capacidad de todos y de cada uno de nosotros de sentir, pensar y actuar de forma que mejoren nuestra capacidad para disfrutar de la vida y hacer frente a los desafíos que enfrentamos. Se trata de un sentido positivo de bienestar emocional y espiritual que respeta la importancia de la cultura, la equidad, la justicia social, las interconexiones y la dignidad personal' (Public Health Agency of Canada, 2006, p. 2).

La salud mental implica un estado emocional positivo, y un modo de pensar compasivo sobre nosotros mismos y los demás, poseer expectativas de un futuro positivo y, en general, un modo adaptativo de interpretar la realidad. Pero también supone disponer de recursos para afrontar adversidades y, aún más importante, para desarrollarnos como seres humanos. Todo esto va más allá de lo que un enfoque basado en el déficit puede ofrecer (Díaz, Blanco, Horcajo, y Valle, 2007).

Otra dificultad para alcanzar un consenso sobre la definición de salud mental son las diferencias en los valores entre países, culturas, clases sociales y género. Sin embargo, al igual que la edad o la riqueza, la salud tiene en sí muchas expresiones diferentes alrededor del mundo, y aun así mantiene un significado universal. También la salud mental se puede conceptualizar a través de las culturas sin restringir su interpretación (Organización Mundial de la Salud, 2004b).

Vaingankar et al. (2012) ilustran un marco conceptual de la salud mental, construido a partir de la literatura revisada (Figura 3). Concluyen que la salud mental 'es un constructo multidimensional conformado por afecto positivo, satisfacción y funcionamiento psicológico mientras que el bienestar es explicado por los componentes funcionales y psicológicos, la salud mental positiva y la combinación de estas habilidades para el logro de las mismas' (p. 1788). Asimismo, existen ciertas diferencias con la relevancia atribuida a la familia y a la religiosidad y espiritualidad en los diferentes contextos culturales.

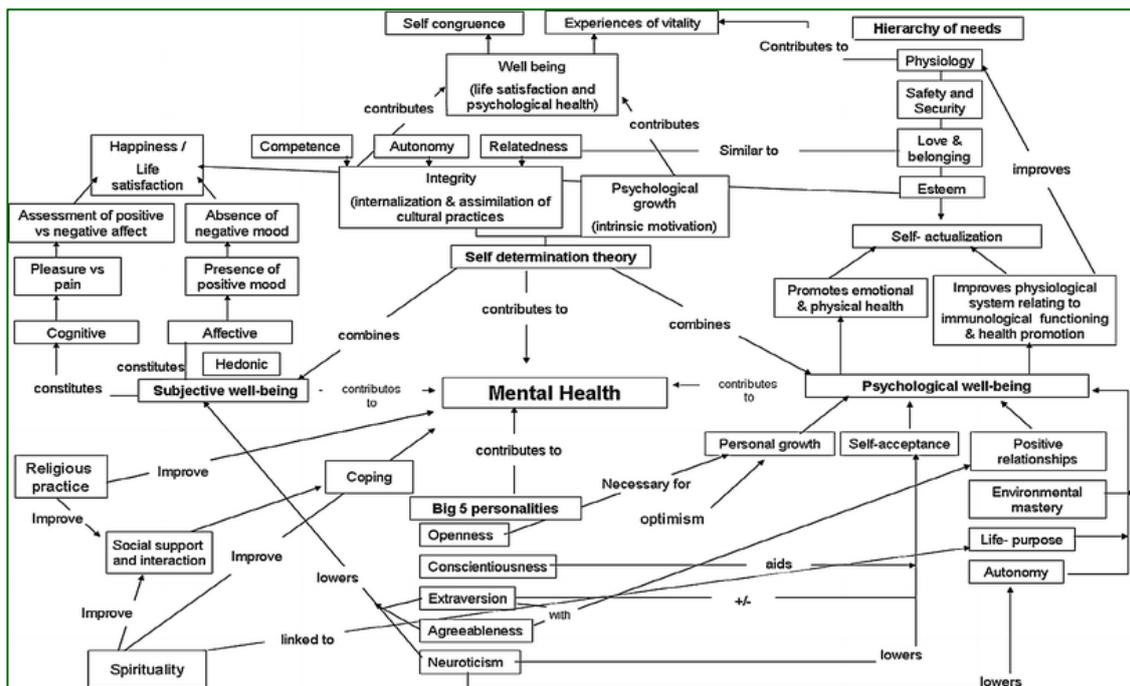


Figura 3. Marco conceptual de la salud mental según Vaingankar et al. (2012)

En los últimos años, la perspectiva positiva de la salud mental se ha convertido en un foco de interés creciente entre los investigadores y los responsables políticos. No obstante, existe una gran confusión en el uso de terminología positiva, debido a que nos encontramos con diferentes términos para referirse a la SM+, como por ejemplo: bienestar, felicidad, calidad de vida, satisfacción, crecimiento personal, optimismo, etc. Todos están íntimamente relacionados, pero se analizan desde diferentes perspectivas.

La **salud mental positiva** (SM+) nos ayuda a comprender el funcionamiento mental de los seres humanos desde una visión positiva: optimista, saludable, orientada al bienestar y al crecimiento personal. El término SM+ se está utilizando como concepto único para hablar de salud y de enfermedad mental, poniendo especial énfasis en la promoción de la salud mental, con una perspectiva de fortalecimiento y desarrollo óptimo del ser humano y planteando unas intervenciones de acciones saludables que pueden ayudar a mantener, potenciar, reforzar e incrementar el nivel de salud mental (Lluch, 2008).

La SM+ es la capacidad de intentar estar y sentirse lo mejor posible dentro de las circunstancias específicas en las que uno se encuentre (Lluch, 2008). A partir de esta definición, se entiende que tanto la alegría como la tristeza, sentirse animado o desencantado son estados emocionales, reacciones que son normales, que son saludables. Y ésta es, precisamente, una de las tareas principales de los profesionales de la salud a la hora de cuidar de la SM+ de los usuarios/pacientes: se trata de ayudar a las personas a estar bien, pero también de ayudar a éstas a entender la normalidad de muchos estados emocionales negativos. La tristeza, el malestar, la preocupación tienen un nivel potencial de gravedad muy elevado y pueden derivar en trastorno grave. Es necesario hablar de estos aspectos negativos de la salud mental para que no se crea que la SM+ es estar siempre bien y feliz. Esto sería una utopía, y quizás en algunas situaciones y momentos incluso un síntoma de trastorno. Es evidente que hay que promocionar y potenciar los estados positivos o de bienestar, pero también hay que reservar un espacio para que nuestra mente pueda expresar su propia complejidad y la de la vida en general (Lluch, 2002).

La OMS, en el 2004, en un informe sobre promoción de la salud mental, identifica diversos enfoques utilizados para la comprensión de la SM+ y reconoce una mirada hacia la salud mental que se aleja de los modelos biomédicos y comportamental. Dentro de los enfoques presentados en este informe se encuentran (Organización Mundial de la Salud, 2004b):

**1. Contexto cultural:**

- La clásica propuesta de Jahoda (1958) elaborada a partir de la declaración de 1947 de la OMS de la definición de salud mental.
- Murphy (1978), entre otros, sostuvo que esta definición de salud mental estaba cargada con valores culturales considerados importantes por los estadounidenses. La salud mental tiene diferentes significados dependiendo del entorno, la cultura y las influencias socioeconómicas y políticas.

**2. Tipos de personalidad:**

- Leighton y Murphy (1987) definieron distintos tipos de personalidad y sus diferentes estrategias para afrontar las adversidades, las cuales relacionaron con la salud.

**3. Dimensión afectiva:**

- La SM+ puede ser conceptuada como una sensación subjetiva de bienestar.
- Bradburn (1965) creó una escala para medir los afectos positivos y negativos del bienestar psicológico.

**4. Enfoque salutogénico:**

- Antonovsky (1987) propuso el abordaje salutogénico de la salud mental, que se centra en la capacidad de afrontar adversidades y en los factores 'salutíferos'. Se considera que un sentimiento de coherencia es vital para la SM+ ya que involucra la capacidad para responder flexiblemente a los factores que generan estrés.

**5. Resiliencia:**

- El concepto de resiliencia que se define como 'la capacidad para afrontar las adversidades y para evitar el colapso nervioso cuando se producen factores de estrés'.

#### 6. Enfoque psicoanalítico:

- El enfoque psicoanalítico entiende la SM+ como 'la capacidad de la persona para usar su energía interna para su autorealización en los aspectos emocionales, intelectuales y sexuales'.

#### 7. Enfoque de calidad de vida:

- La OMS define calidad de vida como 'la percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en el cual vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes' (WHOQOL, 1995). Esta definición refleja una amplia perspectiva que abarca la satisfacción de la persona con su estatus social, ambiental, psicológico, espiritual y de salud.

Keyes define la salud mental como un conjunto de síntomas de hedonía y funcionamiento positivo operativizado por medidas de bienestar subjetivo (percepciones y evaluaciones que las personas hacen sobre su vida y sobre la calidad de su funcionamiento) (Keyes, 2005). Los resultados empíricos apoyan la independencia de la SM+ y negativa, que muestra que la ausencia de un trastorno mental no es igual a la presencia de la salud mental (Keyes, 2005, 2007).

Vaingankar et al. (2012) definen la SM+ como 'la capacidad de construir y mantener relaciones, poseer las habilidades de afrontamiento, perseguir el crecimiento personal y la autonomía, y participar en prácticas religiosas y espirituales. Los rasgos y características de personalidad, como el ser optimista, de mente abierta e ingenioso, juegan un papel importante en la capacidad de los individuos para lograr SM+ y están estrechamente relacionados con todos los otros ámbitos de SM+. Las redes sociales y de apoyo mejoran la salud mental y están influenciadas por las características personales y los aspectos sociales. Los comportamientos y creencias religiosas y espirituales influyen en la salud mental y se ejercen tanto en los mecanismos de supervivencia y los medios de apoyo social. El pensamiento positivo y la participación en actividades de elección ayudan al afrontamiento, mientras que la auto-evaluación y el proyecto de vida contribuyen al crecimiento personal y autonomía en un individuo' (p.

1791). La SM+ es, por tanto, un constructo multidimensional y con pocas probabilidades de depender de un solo factor.

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) de España, la SM+ hace referencia al concepto de 'bienestar y a las habilidades para adaptarse a la adversidad. Entre las dimensiones que abarca se encuentran la autoestima, el autocontrol, el optimismo y el sentido de la coherencia. La idea que se encuentra en la base de este concepto es que no basta con prevenir la enfermedad mental u otro tipo de alteraciones, sino que es necesario promover el desarrollo de una personalidad sana que, a su vez, permita la formación de familias, grupos y sociedades sanos.' (p. 39).

La perspectiva de la SM+ contribuye a potenciar la cohesión social y el capital social, a mejorar la paz y estabilidad en el entorno, al desarrollo económico de la sociedad y es uno de los principios que comparten las democracias europeas (Jané-Llopis, y Anderson, 2005).

El término de SM+, es sin duda, demasiado importante para ignorarlo, pero su definición no es fácil (Vaillant, 2012), ya que sigue teniendo una construcción difusa y controvertida, y es demasiado compleja para sintetizarla en una definición universal que permita recoger sus múltiples matices (Lluch, 1999). Es imprescindible que se adopte una actitud abierta que tenga en cuenta diferentes enfoques y múltiples criterios, así como la complejidad del ser humano para poder conceptualizar la salud mental desde esta perspectiva positiva.

Sin embargo, no hay un criterio unificado para conceptualizar la SM+, existiendo dos enfoques muy diferenciados (Lluch et al., 2013):

1. La SM+ como concepto.
2. La SM+ como constructo.

La **SM+ como concepto** se suele definir a partir de términos relacionados tales como bienestar, calidad de vida, resiliencia, sentido de coherencia, optimismo, felicidad o *flourishment* (Kovess-Masfety, Murray, y Gureje, 2005). Bajo este enfoque, se han realizado numerosos estudios (p. ej. European Commission, 2006, 2010; Meltzer, 2003; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011a; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Mroczek, 2004; Scottish

Executive 2006a, 2006b; Vaillant, 2012), pero tal y como señalan Kovess-Masfety et al. (2005) la felicidad o la satisfacción con la vida no son necesariamente lo mismo que la SM+, aunque pueden considerarse componentes esenciales del constructo. Evidentemente se necesita más investigación sobre la prevalencia de la SM+.

La **SM+ como constructo** entiende la salud mental desde una perspectiva multidimensional. Desde este enfoque se han descrito diversos modelos teóricos (Jahoda, 1958; Keyes, 2005; Lluch, 1999; Vaingankar et al., 2012), que se explican detalladamente en el siguiente apartado.

El recorrido histórico y conceptual que se ha llevado a cabo sobre la salud y la salud mental, ha permitido destacar las contribuciones más relevantes que se han realizado en este campo, para llegar al contexto actual de la SM+. En el siguiente apartado, se profundiza en la conceptualización de la SM+ como constructo, que es la perspectiva en la que se sitúa esta tesis doctoral.

### **1.2.2. Modelos teóricos**

Desde el enfoque de la SM+ como constructo se describen los siguientes modelos teóricos, que nos ayudarán a entender los diferentes elementos que la componen:

- El Modelo de Salud Mental Positiva de Jahoda (1958).
- El Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch (1999).
- El Modelo del Estado Completo de Salud Mental de Keyes (2005).
- Los ámbitos de la Salud Mental Positiva en Singapur (Vaingankar et al., 2012).

#### ***El Modelo de Salud Mental Positiva de Jahoda***

El *Modelo de Salud Mental Positiva de Jahoda*, elaborado en el 1958, fue publicado en forma de documento monográfico bajo el título '*Current concepts of positive mental Health*' y se configura como una conceptualización multidimensional de la SM+.

Jahoda (1958) propone seis criterios generales en los que se sustenta su modelo:

1. Actitudes hacia uno mismo.
2. Crecimiento y actualización.
3. Integración.
4. Autonomía.
5. Percepción de la realidad.
6. Dominio del entorno.

Cada uno de los criterios generales los desglosa en varias dimensiones específicas, dieciséis en total (Tabla 1).

**Tabla 1. Criterios generales y dimensiones específicas del Modelo de Salud Mental Positiva de Jahoda**

CRITERIOS GENERALES	DIMENSIONES ESPECÍFICAS
<b>1-Actitudes hacia sí mismo</b>	1.1- Accesibilidad del yo a la conciencia. 1.2- Concordancia yo real-yo ideal. 1.3- Autoestima. 1.4- Sentido de identidad.
<b>2-Crecimiento y autoactualización</b>	2.1- Motivación por la vida. 2.2- Implicación en la vida.
<b>3-Integración</b>	3.1- Equilibrio psíquico, filosofía personal sobre la vida y resistencia al estrés.
<b>4-Autonomía</b>	4.1- Autorregulación y conducta independiente.
<b>5-Percepción de la realidad</b>	5.1- Percepción objetiva. 5.2- Empatía o sensibilidad social.
<b>6-Control ambiental</b>	6.1- Satisfacción sexual. 6.2- Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre. 6.3- Adecuación en las relaciones interpersonales. 6.4- Habilidad para satisfacer las demandas del entorno. 6.5- Adaptación y ajuste. 6.6- Resolución de problemas.

**Fuente:** Jahoda, 1958

Este modelo constituye un punto de referencia importante para todos los teóricos que consideran la salud mental como algo más que la ausencia de enfermedad y que abordan la salud mental desde una perspectiva de promoción de la salud.

Jahoda consideró que los factores estaban interrelacionados, y en función del momento o de la situación personal, prevalecen unos u otros. No obstante, la combinación ideal de criterios para cada situación es un aspecto pendiente a desarrollar en la investigación empírica (Lluch, 1999).

Según Jahoda, la SM+ se concibe desde una perspectiva individual. Considera que el ambiente y la cultura influyen en la salud y en la enfermedad de las personas, pero plantea que es incorrecto hablar de sociedades o comunidades enfermas. Con respecto a la relación entre la salud mental y la física reconoce su mutua influencia, sin embargo, plantea que tener una buena salud física es condición necesaria pero no suficiente para tener una buena salud mental.

Su aproximación a la salud mental tiene que ver con una concepción positiva de la misma. En este sentido cada ser humano tiene aspectos sanos y enfermos, sean pacientes mentales o personas sanas. El ambiente juega un papel importante en el mantenimiento de la salud mental, entendido el mismo como las redes sociales en las que se interactúa estableciendo relaciones íntimas; las instituciones y estructuras sociales establecidas que demandan ciertos roles de las personas y cuyas variaciones pueden ser relevantes para su salud psicológica (Jahoda, 1958, citado por Lluch, 1999).

Cabe añadir que la autora describe el modelo a nivel teórico, siendo su trabajo ampliamente referenciado, pero no realiza ninguna investigación para comprobar su validez empírica, por lo que para la práctica clínica no resulta de utilidad.

### ***El Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch***

El *Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch* (1999), basándose inicialmente en el trabajo de Jahoda (1958), está centrado en el estudio conceptual y métrico de la vertiente positiva de la salud mental y diseñado para trabajar tanto en el ámbito de la promoción de la salud mental como en la prevención de los trastornos mentales.

Este modelo está compuesto por seis factores, que sumados configuran el constructo de SM+ (Lluch, 1999):

1. F1-Satisfacción Personal.
2. F2-Actitud Prosocial.
3. F3-Autocontrol.
4. F4-Autonomía.
5. F5-Resolución de Problemas y Autoactualización.
6. F6-Habilidades de Relación Interpersonal.

La descripción conceptual de cada factor se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch

FACTORES	DEFINICIÓN
<b>F1-Satisfacción Personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoconcepto.</li> <li>- Satisfacción con la vida personal.</li> <li>- Satisfacción con las perspectivas de futuro.</li> </ul>
<b>F2-Actitud Prosocial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisposición activa hacia lo social / hacia la sociedad.</li> <li>- Actitud social 'altruista' / Actitud de ayuda-apoyo hacia los demás.</li> <li>- Aceptación de los demás y de los hechos sociales diferenciales.</li> </ul>
<b>F3-Autocontrol</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad para el afrontamiento del estrés / de situaciones conflictivas.</li> <li>- Equilibrio emocional / control emocional.</li> <li>- Tolerancia a la ansiedad y al estrés.</li> </ul>
<b>F4-Autonomía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad para tener criterios propios.</li> <li>- Independencia.</li> <li>- Autorregulación de la propia conducta.</li> <li>- Seguridad personal / Confianza en si mismo.</li> </ul>
<b>F5-Resolución de Problemas y Autoactualización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad de análisis.</li> <li>- Habilidad para tomar decisiones.</li> <li>- Flexibilidad / capacidad para adaptarse a los cambios.</li> <li>- Actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo.</li> </ul>
<b>F6-Habilidades de Relación Interpersonal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habilidad para establecer relaciones interpersonales.</li> <li>- Empatía / capacidad para entender los sentimientos de los demás.</li> <li>- Habilidad para dar apoyo emocional.</li> <li>- Habilidad para establecer relaciones interpersonales íntimas.</li> </ul>

Fuente: Lluch, 1999

A partir del planteamiento del Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch (1999), la misma autora construyó un instrumento para operativizar el modelo y poder medir la SM+, el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+), que consta de 39 ítems distribuidos entre los seis factores que configuran el modelo (Lluch, 1999). Se realizaron varios estudios para conseguir la estructura final del CSM+, llegando a la conclusión que la estructura de los dieciséis subfactores o dimensiones del Modelo de SM+ de Jahoda no se cumplían y se adaptó el modelo a una estructura más simple, compuesta por los seis factores generales y 39 ítems (Lluch, 2003).

El Modelo Multidimensional de Salud Mental Positiva de Lluch tiene aplicabilidad a través del 'Decálogo de Salud Mental Positiva', que se presenta a modo de recomendaciones (Lluch, 2011) (Tabla 3).

**Tabla 3. Decálogo de Salud Mental Positiva de Lluch**

El decálogo que se presenta a continuación, a modo de recomendaciones, forma parte de lo que podríamos denominar la psicología de la vida cotidiana. Es el producto de un trabajo científico expresado aquí en términos concretos y aplicables.

Cada recomendación tiene un valor por sí misma y puede ser aplicada de forma individual o en conjunto con el resto de recomendaciones. ¡Si se consumen todas, no hay ningún peligro! Al contrario: cuantas más recomendaciones apliquemos a nuestra vida más reforzaremos nuestra Salud Mental Positiva.

⇒ **Recomendación nº1:** Valorar positivamente las cosas buenas que tenemos en nuestra vida.

⇒ **Recomendación nº2:** Poner cariño a las actividades de la vida cotidiana. La felicidad está entre nosotros escondida en el día a día. No hay que afrontar cada actividad cotidiana (coger el metro, comprar, trabajar, ...) como un castigo o con indiferencia. Hay que buscar los aspectos positivos de esas actividades y ponerles un estado de ánimo favorable.

⇒ **Recomendación nº3:** No ser muy severos con nosotros mismos ni con los demás. La tolerancia, la comprensión y la flexibilidad son buenos tónicos para la salud mental.

⇒ **Recomendación nº4:** No dejar que las emociones negativas bloqueen nuestra vida: hay que enfadarse, pero no desbordarse.

⇒ **Recomendación nº5:** Tomar conciencia de los buenos momentos que pasan en nuestra vida cuando están pasando. Si en nuestra vida hay buenos momentos para recordar estos tienen que haber sido buenos momentos cuando los hemos vivido.

Por tanto, hay que disfrutar de lo bueno del presente, además de recordar lo bueno del pasado y esperar cosas buenas del futuro.

⇒ **Recomendación nº 6:** No tener miedo de llorar y sentir. Hay que interpretar la normalidad de muchos sentimientos: si hemos tenido un desengaño es normal sentir desencanto, si hemos perdido un ser querido es normal –es saludable mentalmente sentir tristeza, ... Ahora bien, si los estados emocionales son muy intensos, persistentes o incapacitantes hay que pedir ayuda profesional.

⇒ **Recomendación nº 7:** Buscar espacios y actividades para relajarnos mentalmente. Cada uno tiene sus propios gustos, recursos y estrategias (pasear, leer, practicar jardinería, no hacer nada, hablar con los amigos, ...).

⇒ **Recomendación nº 8:** Intentar ir resolviendo los problemas que nos vayan surgiendo. ¡¡¡Si los problemas se acumulan, la salud mental tiembla!!! No todos los problemas tienen buenas soluciones, pero hay que intentar siempre hacer algo para aliviarlos. Es la predisposición activa hacia la búsqueda de la solución.

⇒ **Recomendación nº 9:** Cuidar nuestras relaciones interpersonales. Hablemos con nuestros seres queridos, visitemos a nuestros amigos, compartamos alguna tertulia con nuestros compañeros, vecinos, etc.

⇒ **Recomendación nº 10: NO HAY QUE OLVIDARSE DE PINTAR LA VIDA CON HUMOR PARA QUE ESTA TENGA MÁS COLOR.**

Fuente: Lluch, 2011

### ***El Modelo del Estado Completo de Salud Mental de Keyes***

Keyes propone un modelo para el estudio de la SM+, el *Modelo del Estado Completo de Salud Mental (Model of Complete Mental Health)*, también llamado Modelo de dos continuos de salud mental. Este modelo se basa en el supuesto de que la enfermedad mental y la SM+ representan dos dimensiones distintas o continuas y está compuesto por un total de trece dimensiones o síntomas de SM+ (Keyes, 2005, 2007).

En el modelo completo de Keyes, el grado de SM+ se mide a través de las dimensiones del bienestar emocional, social y psicológico (Keyes, 2007; Keyes, Shmotkin, y Ryff, 2002).

Keyes plantea que la salud mental, como un estado completo, también requiere de la elaboración de criterios para el diagnóstico de estados de SM+. Al igual que en las enfermedades mentales, la SM+ es vista como un síndrome con síntomas que consisten en el bienestar emocional y el funcionamiento positivo (Keyes, 2005). La depresión requiere síntomas de anhedonia, y la SM+ consiste en síntomas de hedonía o bienestar emocional, la depresión requiere síntomas de mal funcionamiento, y la SM+ consiste en síntomas de eudaimonía o funcionamiento positivo (Provencher, y Keyes, 2011).

Los criterios para el diagnóstico de los estados de SM+ se basan en las trece dimensiones o síntomas que están representados en la tabla 4.

Tabla 4. Modelo del Estado Completo de Salud Mental de Keyes

Factores	13 dimensiones que reflejan la salud mental como florecimiento
<b>Emociones positivas</b> <i>(bienestar emocional)</i>	<b>1-</b> <i>Afecto positivo</i> : sentirse habitualmente contento, feliz, tranquilo, satisfecho y lleno de vida. <b>2-</b> <i>Calidad de vida</i> : sentirse satisfecho con la vida en general o con la mayor parte de sus ámbitos: trabajo, familia, amigos...
<b>Funcionamiento psicológico positivo</b> <i>(bienestar psicológico)</i>	<b>3.</b> <i>Autoaceptación</i> : tener actitudes positivas hacia uno mismo y admitirse y aceptarse tal y como uno es. <b>4.</b> <i>Crecimiento personal</i> : Ser capaz de desarrollar el propio potencial, tener sensación de desarrollo personal, y estar abierto a experiencias que supongan un reto. <b>5.</b> <i>Propósito en la vida</i> : proponer metas y sostener creencias que confirman la existencia de una vida llena de sentido y de objetivos. <b>6.</b> <i>Dominio del entorno</i> : tener capacidad para manejar entornos complejos, así como para elegir aquellos que puedan satisfacer necesidades. <b>7.</b> <i>Autonomía</i> : tener opiniones propias y ser capaz de resistir la presión social. <b>8.</b> <i>Relaciones positivas con otras personas</i> : tener relaciones afectivas francas y satisfactorias con otras personas, así como ser capaz de desarrollar empatía e intimar.
<b>Funcionamiento social positivo</b> <i>(bienestar social)</i>	<b>9.</b> <i>Aceptación social</i> : tener actitudes positivas hacia las otras personas conociendo y aceptando su diversidad y complejidad. <b>10.</b> <i>Actualización social</i> : Creer que la gente, los grupos sociales, y la sociedad tienen un potencial de crecimiento y que evolucionan o crecen positivamente. <b>11.</b> <i>Contribución social</i> : sentir que la vida de uno mismo es útil a la sociedad y que los resultados de nuestras actividades son valorados por otras personas. <b>12.</b> <i>Coherencia social</i> : Estar interesado en la sociedad y en la vida social; sentir que la sociedad y la cultura son inteligibles, lógicas, predecibles, y con sentido. <b>13.</b> <i>Integración social</i> : poseer un sentido de pertenencia a una sociedad que mejore nuestra calidad de vida y tener el sentimiento de que nos acoge y ofrece un cierto grado de protección.

Fuente: Keyes, 2007

El modelo del Estado Completo de Salud Mental de Keyes se sostiene sobre dos novedosos axiomas centrales. El primero de ellos viene a defender que la salud y la enfermedad son dos dimensiones unipolares correlacionadas entre sí, más que dos polos de una única dimensión bipolar. Por tanto, la ausencia del trastorno no garantiza la presencia de salud, y viceversa. En segundo lugar, la

presencia de salud mental supone la existencia de un funcionamiento psicosocial positivo (metas claras en la vida, alta resiliencia, relaciones positivas e íntimas con otras personas, sentimiento de pertenencia, confianza en la sociedad y en sus instituciones, etc.).

Para comprobar empíricamente estos dos axiomas, Keyes (2005) llevó a cabo un interesante estudio en el que demostró que las medidas de salud mental (bienestar subjetivo, bienestar psicológico y bienestar social) y las medidas de enfermedad mental (episodio depresivo mayor, ansiedad generalizada, trastorno de pánico y dependencia del alcohol) constituyen dos dimensiones unipolares diferentes, aunque correlacionadas. Además, las personas completamente saludables mostraron metas más claras, una mayor resiliencia, mayor intimidad en sus relaciones sociales, y faltaron menos al trabajo, lo cual supone la principal evidencia empírica para la defensa del segundo axioma.

El Modelo del Estado Completo de Salud Mental de Keyes puede aplicarse, según su propia autora, a la mayor parte de los trastornos mentales más comunes, pero al intentar mostrar una visión general de la relación salud-enfermedad no realiza un análisis individualizado de cada uno de ellos (Keyes, 2005).

### ***Los ámbitos de la salud mental positiva en Singapur***

Los *ámbitos de la salud mental positiva de Singapur* fueron propuestos por Vaingankar et al. (2012). Realizaron un estudio con el objetivo de analizar la definición de bienestar en diferentes contextos culturales, debido a que los instrumentos existentes se han desarrollado en poblaciones occidentales y estos difieren de la concepción que podría tenerse en poblaciones asiáticas. A partir de la revisión de la literatura sobre el bienestar, construyen un modelo de SM+, configurado por cinco ámbitos:

1. El afrontamiento general.
2. El apoyo emocional.
3. La espiritualidad.
4. Las habilidades interpersonales.
5. El crecimiento y la autonomía personal.

Finalmente cabe destacar el panorama histórico que proporciona Vaillant (2012) sobre el análisis de siete modelos para conceptualizar la SM+:

1. La salud mental como lo superior a lo normal, epitomizada mediante una calificación de más de 80 en la *Global Assessment of Functioning* (GAF) del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> ed.* (DSM-IV), con una puntuación del 0 al 100. Una calificación de 80 o más reflejaba una SM+ y una calificación de 95 o 100 puntos reflejaba 'un estado ideal de integración completa, de resistencia a la adversidad del estrés, de felicidad y eficacia social' (Vaillant, 2012, p. 94).
2. La salud mental como un estado de múltiples fortalezas humanas (p. ej. la sabiduría, la amabilidad, la capacidad de amar y ser amado).
3. La salud mental conceptualizada como la madurez.
4. La salud mental concebida como el predominio de las emociones positivas.
5. La salud mental definida como inteligencia socioemocional.
6. La salud mental caracterizada como bienestar subjetivo.
7. La salud mental concebida como resistencia a la adversidad.

El Estudio del Desarrollo del Adulto en Harvard, de Vaillant y Shnurr (1988), representa una ilustración empírica de la interrelación de cinco de estos modelos diferentes en un estudio prospectivo de hombres no delincuentes que residen en barrios pobres. Cada uno de los cinco modelos no sólo se correlacionó en grado significativo con los otros cuatro, sino que también pronosticó una salud mental objetiva valorada 15 años más tarde. Resulta significativo que ninguno de los cinco modelos fue bien pronosticado por la clase social de los progenitores, o incluso por el entorno cálido durante la infancia (citado por Vaillant, 2012) (Tabla 5).

**Tabla 5. Correlación entre diferentes modelos de salud mental: datos provenientes del Estudio del Desarrollo del Adulto en Harvard**

	A	B	C	D	E
<b>Modelo A: GAF a los 50 años de edad</b>	-				
<b>Modelo B: madurez</b>	0,59	-			
<b>Modelo C: inteligencia social</b>	0,38	0,44	-		
<b>Modelo D: bienestar subjetivo</b>	0,40	0,30	0,40	-	
<b>Modelo E: resistencia a la adversidad</b>	0,76	0,52	0,39	0,31	-
<b>Salud mental global objetiva a los 65 años</b>	0,45	0,33	0,30	0,56	0,45
<b>Clase social de los progenitores</b>	0,06	0,40	0,18	0,13	0,07
<b>Entorno cálido en la infancia</b>	0,05	0,04	0,07	0,07	0,03

*GAF, valoración global del funcionamiento.*

*Todas las correlaciones >25 son significativas a un  $p < 0,001$*

**Fuente:** Vaillant, 2012

La propuesta que nos aporta Vaillant recibe las siguientes críticas o sugerencias que se intentan sintetizar a continuación:

1. Es necesario esclarecer e integrar los conceptos planteados pero distintos en un modelo global más amplio (Carr, 2012).
2. Es preciso crear y refinar instrumentos para medir los conceptos de SM+ en múltiples niveles, los que comprenden autonotificación, valoraciones de la conducta, respuesta psicofisiológica y funcionamiento neurobiológico (Carr, 2012).
3. Vincular la investigación en torno a la SM+ con las características psicológicas del funcionamiento normal y anormal en las diferentes etapas de la vida. En concreto, sería útil determinar los vínculos entre la SM+ y la inteligencia, el temperamento, los rasgos de personalidad, la autorregulación y el apego, a través de la investigación genética, neurobiológica, psicométrica y del desarrollo (Carr, 2012).
4. ¿Son válidos en otras culturas los siete modelos descritos? Según Sheldon (2012), Vaillant (2012), aunque introduce la metáfora relevante para describir a los campeones de decatón, diciendo que 'una estrella de decatón debe poseer fuerza muscular, velocidad, resistencia, gracia y aguante competitivo, aunque las combinaciones puedan variar. Entre los campeones de decatón la definición general no será diferente de un país a otro o de un siglo a otro. Lo sobresaliente de una determinada faceta de

un campeón de decatlón, o de la salud mental, puede variar de una cultura a otra, pero todas las facetas son importantes' (p. 94), esto indica que la SM+ podría caracterizarse en las mismas formas básicas en todas las culturas, aun cuando las culturas específicas puedan diferir en sus grados o mezclas de estas características. Sin embargo, no conjetura con respecto a la manera en que los diferentes tipos de cultura podrían evidenciar más o menos de los siete conceptos de SM+ que analiza. Sheldon (2012) propone la teoría de la autodeterminación, una teoría de la salud motivacional, como una octava concepción de la salud mental.

5. Es necesario comprender mejor el papel decisivo de la auto-trascendencia junto con otras dimensiones de la personalidad (Cloninger, 2012).
6. En estas definiciones se enumeran como criterios el funcionamiento superior a lo normal, las fortalezas humanas, las emociones positivas y el bienestar subjetivo. Sin embargo, si la idea básica de que la SM+ es más que sólo la falta de enfermedad mental, es problemático decir que estas características son el núcleo de la SM+, dado que la falta de ellas tiene una alta correlación con la enfermedad mental (Karlsson, 2012).
7. Si 'espiritualidad' aquí significa religiosidad, para Karlsson no es correcto vincular la SM+ con una ideología de cualquier tipo. Esto podría implicar que las personas sin tendencias religiosas no pueden ser tan mentalmente sanas como las 'espirituales' (Karlsson, 2012).
8. Los valores modernos de 'espiritualidad' miden factores como el sentido de propósito y significado en la vida, la conectividad social, el activismo, la armonía, la tranquilidad y el bienestar general. Por consiguiente, estas medidas podrían estar positivamente relacionadas con la salud mental (Karlsson, 2012).
9. Si las raíces de la mente humana están en el cerebro, ¿no debiera la definición final de SM+ basarse en un funcionamiento óptimo del cerebro? Haría falta una descripción neurobiológica no ambigua del funcionamiento cerebral óptimo como una base de la SM+ (Karlsson, 2012).
10. La SM+ no sólo es una propiedad de un determinado individuo, sino esta influida considerablemente por fenómenos sociales. (Karlsson, 2012).

- 11.** Falta de acuerdo entre los límites correspondientes a la SM+ y con respecto a cuáles intervenciones clínicas pueden ser eficaces y rentables (Stein, 2012).

En este apartado, por un lado se han descrito los modelos teóricos que entienden la SM+ como constructo, desde una perspectiva multidimensional. Por otro lado, se ha definido el panorama histórico que proporciona Vaillant (2012) sobre el análisis de siete modelos para conceptualizar la SM+.

En el presente estudio, se ha adoptado el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch (1999), por la validez empírica de éste (Lluch, 2003), por la aplicabilidad a través del ‘Decálogo de Salud Mental Positiva’ a modo de recomendaciones (Lluch, 2011) y porque se operativizó, construyendo el CSM+, instrumento que presenta unas propiedades psicométricas favorables (Lluch, 1999, 2003).

### 1.2.3. La evaluación de la salud mental positiva

Lluch (1999) realizó una revisión exhaustiva y comprobó que no existía, o al menos no localizó, ninguna escala específica para evaluar la SM+. En esta revisión encontró 24 instrumentos que exploraban conceptos relacionados o afines a la vertiente positiva de la salud mental y que se muestran en la tabla 6.

**Tabla 6. Cuestionarios que manejan conceptos positivos de salud mental**

	Nombre de la escala	Autor/es	Año	Objetivo
1	Encuesta de opinión de salud <i>Health Opinion Survey (HOS)</i>	Macmillan	1957	Evaluar la salud mental de la población general para discriminar entre personas con problemas mentales y personas sanas.
2	Encuesta de Salud SF-36 <i>SF-36 Health Survey</i>	Ware, y Sherbourne	1992	Valorar el estado de salud general, tanto en población sana como en grupos clínicos.
3	Cuestionario de salud general <i>General Health Questionnaire (GHQ)</i>	Goldberg	1972	Detectar trastornos psíquicos, en población general o en medios clínicos no psiquiátricos.

4	Perfil de estilos de vida promotores de salud, versión lengua española <i>Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP), Spanish Language Version</i>	Walker, Kerr, Pender, y Sechrist	1990 (1987, versión original)	Evaluar los componentes del estilo de vida que potencian la salud e incremental el nivel de bienestar.
5	Cuestionario de calidad de vida (CCV-2R)	Ruiz, y Baca	1993	Valorar la calidad de vida percibida de la población general.
6	Instrumento de valoración de la calidad de vida OMS, versión holandesa <i>World Health Organization Quality Of Life Assessment Instrument (WHOQOL) Dutch Version</i>	De Vries, y Van Heck	1997	Evaluar la calidad de vida subjetiva en poblaciones sanas y en grupos de población con enfermedades crónicas: físicas y/o mentales.
7	Inventario de calidad de vida (ICV-2R)	García-Riaño	1998	Valorar la calidad de vida, desde una perspectiva multidimensional y subjetiva.
8	<i>The Twenty-Two Screening Score of Psychiatric Symptoms</i>	Langer	1962	Evaluar el bienestar psicológico y identificar síntomas o problemáticas mentales.
9	Escala de calidad del bienestar <i>Quality of Well-being Scale (QWBS)</i>	--	1976	Evaluar la calidad de vida o bienestar y cuantificar la efectividad de un tratamiento en términos de Años de Vida Ajustados por su Calidad (AVAC).
10	Escala de bienestar general <i>General Well-Being Schedule (GWBS)</i>	Dupuy	1978	Evaluación multidimensional de sentimientos subjetivos de bienestar y estrés.
11	Inventario de salud mental <i>Mental Health Inventory (MHI)</i>	Ware	1979	Evaluar el bienestar y el estrés psicológico, en la población general, desde una perspectiva multidimensional y teniendo en cuenta aspectos positivos y negativos.
12	Índice de satisfacción de vida <i>Life Satisfaction Index (LSI)</i>	Neugarten, Havighrust, y Tobin	1961	Evaluar los sentimientos de bienestar general.

13	<p>Escala de equilibrio afectivo</p> <p><i>Affect Balance Scale</i></p>	Bradburn	1965	<p>Evaluar el bienestar psicológico a través de los sentimientos subjetivos (positivos y negativos) que las personas experimentan frente a los acontecimientos de la vida cotidiana.</p>
14	<p>Escala de estado de ánimo del centro geriátrico de Filadelfia</p> <p><i>Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS)</i></p>	Lawton	1972 (revisada en 1975)	<p>Medir dimensiones del ajuste emocional en personas de 70 a 90 años, tanto institucionalizadas como residentes en la comunidad.</p>
15	<p>Cuatro ítems únicos indicadores de bienestar</p> <p><i>Four Single Item Indicators of Well-Being</i></p>	Andrews, y Crandall	1976	<p>Valorar la satisfacción con la vida en general o con áreas específicas.</p>
16	<p>Cuestionario de autocontrol</p> <p><i>Self-Control Schedule (SCS)</i></p>	Rosenbaum	1980	<p>Evalúa conductas de autocontrol.</p>
17	<p>Escala de satisfacción con la vida</p> <p><i>Satisfaction With Life Scale (SWLS)</i></p>	Diener, Emmons, Larsen, y Griffin	1985	<p>Evaluar la satisfacción general con la vida.</p>
18	<p>Escalas de afecto positivo y negativo</p> <p><i>Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)</i></p>	Watson, Clark, y Tellegen	1988	<p>Evaluar el bienestar emocional.</p>
19	<p>Índice de reactividad interpersonal</p> <p><i>Interpersonal Reactivity Index (IRI)</i></p>	Davis	1980 1983	<p>Evaluar las respuestas empáticas (empatía como constructo de dos componentes: cognitivo y afectivo).</p>
20	<p>Índice breve de autoactualización</p> <p><i>Short Index of Self-Actualization (SISA)</i></p>	Jones, y Crandall	1986	<p>Evaluar el desarrollo personal o auto-actualización.</p>
21	<p>Inventario de orientación personal</p> <p><i>Personal Orientation Inventory (POI)</i></p>	Shostrom	1964	<p>Evalúa la autoactualización, desde una perspectiva multidimensional. Está basado en la teoría de la autoactualización de Maslow.</p>
22	<p>Escala de autoeficacia general</p> <p><i>General Self-Efficacy Scale (GSES)</i></p>	Schwarzer	1993	<p>Evaluar la confianza que la persona tiene en su propia competencia para manejar situaciones complejas o estresantes.</p>

23	Escala de autoconcepto de Tennessee <i>Tennessee Self Concept Scale (TSCS)</i>	Fitts	1965	Evaluar el autoconcepto.
24	Escala de autoestima <i>Self-Esteem Scale (SES)</i>	Rosenberg	1979, original 1965	Evaluar la autoestima, entendida desde una perspectiva unidimensional, como indicador de la autovaloración personal.

**Fuente:** Lluch, 1999

La ausencia de instrumentos específicos para evaluar el constructo de SM+ fue evidenciada en el proyecto de la encuesta de salud europea EUROHIS (Meltzer, 2003) y se optó por utilizar un instrumento alternativo, la subescala de energía y vitalidad del cuestionario de salud SF-36 de Ware y Sherbourne (1992). Los estudios recientes sobre SM+ en población europea (Eurobarómetros) han utilizado esta subescala de salud general SF-36 (European Commission, 2006, 2010; Lehtinen, Sohlman, y Kovess-Masfety, 2005) y los principales temas que abordan son:

1. El estado de bienestar mental.
2. El bienestar en el trabajo.
3. El cuidado y tratamiento.
4. La percepción de las personas con problemas de salud mental.

Algo similar sucede en el estudio *Midlife in the United States (MIDUS)*, desarrollado en Estados Unidos, con el objetivo de evaluar el nivel de salud de la población de mediana edad, valorando aspectos de salud o ausencia de enfermedad, así como la calidad de vida, el bienestar psicológico, el bienestar social y la satisfacción con la vida. Al no tener una escala concreta para evaluar la SM+, utilizaron diversos instrumentos de conceptos afines (Brim, Ryff, y Kessler, 2004).

En Canadá, la *Public Health Agency of Canada* a partir de la definición que realizaron desde una perspectiva positiva de la salud mental, operativizaron el constructo SM+ en cinco componentes (Canadian Institute for Health Information, 2009, 2011):

1. Capacidad para disfrutar de la vida.
2. Afrontamiento a los desafíos de la vida.
3. Bienestar emocional.
4. Bienestar espiritual.
5. Las conexiones sociales y el respeto a la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad personal.

En Escocia, para la encuesta de población escocesa sobre educación para la salud del 2002 se utilizó la *Affectometer 2 scale* (Tennant, Joseph, y Stewart-Brown, 2007), compuesto por 20 afirmaciones y 20 adjetivos referidos a la salud mental, tanto sobre estados positivos como negativos, tales como: 'mi futuro se ve bien', 'mi vida parece estar atascada en un bache' y 'me siento como un fracaso' (Scottish Executive, 2006a, 2006b).

Para superar las limitaciones de la *Affectometer 2 scale*, se desarrolló la *Warwick-Edinburgh Well-Being Scale* (WEMWBS) (Tennant, Hiller et al., 2007), basada en una concepción del bienestar mental que incluye aspectos hedónicos y eudaemónicos a través de 14 ítems. Este instrumento mide los aspectos positivos de salud mental durante las últimas dos semanas. Utilizando ítems formulados únicamente en positivo, se preguntó a los encuestados acerca de su reciente sensación de optimismo, la relajación, el interés por los demás, ser amado y sentirse con confianza (Scottish Executive, 2006a, 2006b).

En España, el Ministerio de Sanidad y Política Social (2010a) se nutría de los datos europeos del EUROHIS, hasta que en 2011, en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud se ha evaluado la SM+ a partir de dos instrumentos que se aplican en nuestro país y que miden el 'apoyo social percibido' a través del cuestionario Duke-UNC y la 'función familiar' aplicando el test APGAR-familiar (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011a).

Lluch (1999, 2003) construyó y validó el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+), a partir del Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch (1999), considerando una estructura multifactorial del constructo SM+. Se trata de un cuestionario formado por 39 ítems, distribuidos de forma desigual entre los seis factores que definen el constructo SM+:

1. F1-Satisfacción Personal.
2. F2-Actitud Prosocial.
3. F3-Autocontrol.
4. F4-Autonomía.
5. F5- Resolución de Problemas y Autoactualización.
6. F6-Habilidades de Relación Interpersonal.

Las puntuaciones del CSM+ permiten obtener un valor de SM+ como medida única (con todos los ítems del cuestionario) y también valores específicos para cada factor. A mayor puntuación mayor nivel de SM+. El cuestionario fue inicialmente validado en una población de estudiantes de enfermería con una muestra de 387 participantes. Los valores psicométricos fueron favorables (Lluch, 1999, 2003) y son descritos con detalle en el apartado de metodología de esta tesis, ya que se utilizó en el trabajo de campo.

El CSM+ está siendo ampliamente utilizado, tanto en estudios a nivel nacional como internacional y se está aplicando en diferentes muestras (Tabla 7).

**Tabla 7. Estudios relacionados con el Cuestionario de Salud Mental Positiva**

	Referencia	Lugar de estudio/ idioma	Muestra de estudio	Escala	Fiabilidad $\alpha$ -Cronbach
1	Lluch (1999)	España Español	387 estudiantes de enfermería de la Universidad de Barcelona	Escala original 39 ítems	0,90
2	Bravo (2006)	Colombia Español	80 menores trabajadores (7-17 años)	Escala original 39 ítems	No reporta
3	Amar, Palacio, Llinas, Puerta, Sierra, Pérez, y Velázquez (2008)	Colombia Español	191 menores trabajadores	Escala original 39 ítems	0,66
4	Sosa (2008)	España Español	244 estudiantes universitarios con una media de edad de 19,61 años	Escala original 39 ítems	No reporta

5	Navarro (2008)	Colombia Español	223 estudiantes universitarios de medicina	Escala original 39 ítems	No reporta
6	Ospino (2009)	Colombia Español	120 menores trabajadores del mercado de Santa Marta	Escala original 39 ítems	No reporta
7	Londoño (2009)	Colombia Español	77 estudiantes (17-26 años)	Escala original 39 ítems	No reporta
8	Jaik, Villanueva, y Tena (2011)	México Español	36 docentes de posgrado	23 ítems de la escala original	0,80
9	Valencia, y Zuleta-Ramírez (2011)	Colombia Español	141 estudiantes de un colegio público de octavo y noveno curso (12-18 años)	Escala original 39 ítems	No reporta
10	Navarro, y Ospino (2011)	Colombia Español	141 estudiantes de un colegio público de octavo y noveno curso (12-18 años)	Escala original 39 ítems	No reporta
11	Barradas, Sánchez, Guzmán, y Balderrama (2011)	Venezuela Español	158 estudiantes universitarios de psicología	Escala original 39 ítems	No reporta
12	Martínez, Vázquez, Ríos Hernández, y Vázquez Soto (2011)	México Español	967 estudiantes universitarios	Escala original 39 ítems	0,89
13	Anicama, Cirilo, Aguirre, Briceño, y Amborsio (2012)	Perú Español	250 estudiantes universitarios psicología	Escala original 39 ítems	0,85
14	Medina, Iria, Martínez, y Cardona (2012)	Colombia Español	78 estudiantes de psicología (16-23 años)	Escala original 39 ítems	No reporta
15	Mercado, Madariaga, y Martínez (2012)	Colombia Español	160 adolescentes (11-17 años) trabajadores y no trabajadores	Adaptada por Pérez et al. (2007)	No reporta
16	González-Zuñiga (2012)	Venezuela Español	272 estudiantes universitarios	Escala original 39 ítems	No reporta
17	Guerrero Caicedo, y Guerrero Rosero (2012)	Colombia Español	52 estudiantes de sexto grado	Escala original 39 ítems	No reporta
18	Orellana, García, Yanac, Rivera, Alvites, Orellana, García, Araujo, Canseco, y Mendoza (2012)	Perú Español	274 profesores de educación básica	Escala original 39 ítems	No reporta

19	Lluch, Puig-Llobet, Sánchez-Ortega, Roldán-Merino, y Ferré-Grau (2013)	España Español	259 adultos con patología crónica	Escala original 39 ítems	0,91
20	Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro (2013)	España Español	98 pacientes diagnosticados de un trastorno mental ingresados en hospitalización de salud mental	Escala original 39 ítems	No reporta
21	Sequeira, Carvalho Sampaio, Sá, Lluch, y Roldán-Merino (2014)	Portugal Portugués	120 estudio piloto 942 estudiantes de educación secundaria	Escala original 39 ítems	0,92
22	Castillo-Laguna, y Amador-Velázquez (2014)	México Español	115 estudiantes universitarios de psicología	40 ítems (Añaden 1 ítem a la escala original)	0,85
23	Miguel (2014)	España Español	264 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de esquizofrenia	Escala original 39 ítems	No reporta
24	Albacar (2014)	España Español	77 cuidadoras de personas diagnosticadas de esquizofrenia	Escala original 39 ítems	0,89
25	González, Gómez, Caicedo, Piernagorda, y Mediana (2014)	Colombia Español	309 estudiantes de 15 a 19 años	Escala original 39 ítems	0,84
26	Vidal, Rivas, y Bustos (2015)	Chile Español	67 profesionales de los servicios de salud mental	Escala original 39 ítems	No reporta
27	Sánchez Ortega (2015)	España Español	259 personas con problemas crónicos de salud	Escala original 39 ítems	0,91
28	Mantas, Juvinyà, Bertran, Roldán, Sequeira, y Lluch (2015)	España Español	102 profesionales asistenciales de salud mental	Escala original 39 ítems	No reporta
29	Sanromà (2016)	España Español	166 estudiantes de grado de enfermería	Escala original 39 ítems	0,90
30	Aguilar (2016)	Perú Español	403 estudiantes universitarios de psicología	Escala original 39 ítems	0,92
31	Lanchipa, y López (2016)	Perú Español	313 estudiantes universitarios de pedagogía	Escala original 39 ítems	No reporta

32	Pedraza (2017)	España Español	60 personas entre 16 y 67 años.	Escala original 39 ítems	No reporta
33	Mantas (2017)	España Español	406 profesionales de la salud del Servicio de Emergencias Médicas	Escala original 39 ítems	0,90
34	Roldán-Merino et al. (2017)	España Español	1091 estudiantes universitarios de enfermería	Escala original 39 ítems	0,89
35	Hurtado-Pardos Moreno-Arroyo, Casas, Lluch, Lleixà-Fortuño, Farrés-Tarafa, y Roldán-Merino (2017)	España Español	263 profesores universitarios de enfermería	Escala original 39 ítems	0,89
36	Hurtado-Pardos (2018)	España Español	263 profesores universitarios de enfermería	Escala original 39 ítems	0,89
37	Sequeira, Carvalho, Gonçalves, Nogueira, Lluch, y Roldán-Merino (2019)	España y Portugal Español y portugués	2238 estudiantes universitarios de enfermería	Escala original 39 ítems	No reporta

**Fuente:** Adaptado de Sánchez Ortega (2015)

El *Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-SF) (Keyes et al., 2008) evalúa el nivel continuo de bienestar mental y las categorías de la SM+ durante las últimas 4 semanas. El MHC-SF consta de 14 ítems que miden el bienestar emocional (3 ítems), el bienestar social (5 ítems) y el bienestar psicológico (6 ítems); y cada ítem se responde mediante una escala de 0 (nunca) a 5 (casi siempre). Las puntuaciones medias más altas indican niveles más altos de bienestar mental en las últimas 4 semanas. Una ventaja de utilizar el MHC-SF es que es posible clasificar a las personas en una de las tres categorías de SM+:

1. Salud mental floreciente (*'flourishing'*).
2. Salud mental moderada.
3. Salud mental languideciente (*'languishing'*).

El *Positive Mental Health instrument* (PMH-I) (Vaingankar et al., 2011) es un instrumento desarrollado para la valoración de la SM+ en población asiática. El

PMH-I está compuesto por 47 ítems y cada ítem se valora en una escala de 1 ('para nada como yo') a 6 puntos ('exactamente como yo'). El instrumento mide seis ámbitos que configuran el constructo SM+:

1. El afrontamiento general.
2. El apoyo emocional.
3. La espiritualidad.
4. Las habilidades interpersonales.
5. El crecimiento y la autonomía personal.
6. El afecto global.

Posteriormente, desarrollaron la versión corta del PMH-I (Vaingankar et al., 2014), que consta de 20 ítems y cada ítem se valora en una escala de 1 ('para nada como yo') a 6 puntos ('exactamente como yo'). La versión corta del PMH-I mantiene el modelo multidimensional de seis ámbitos de la SM+.

El PMH-I de 47 ítems y la versión corta del PMH-I de 20 ítems, presentan unas propiedades psicométricas favorables. No obstante, el PMH-I le da gran importancia a las prácticas espirituales y religiosas y a los diferentes contextos culturales (Vaingankar et al., 2011, 2014, 2018).

La *Escala de Salud Mental Positiva* (Barrera, y Flores, 2015) evalúa el constructo de SM+ para población adulta mexicana. Consta de 143 ítems y cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de 1 ('nunca') a 5 puntos ('siempre'). La escala mide siete factores que configuran la SM+:

1. Bienestar cognitivo emocional.
2. Dominio del entorno.
3. Habilidades sociales.
4. Empatía y sensibilidad social.qa
5. Bienestar físico.
6. Autoreflexión.
7. Malestar psicológico.

La *Positive Mental Health Scale* (PMH-scale) (Lukat, Margraf, Lutz, van der Veld, y Becker, 2016) es una escala unidimensional para la evaluación de la SM+ en

diferentes poblaciones. Esta escala consta de 9 ítems, y cada ítem se valora en una escala de 1 ('falso') a 4 puntos ('verdadero').

En el presente estudio, el instrumento que se ha utilizado para medir la SM+, es el CSM+ de Lluch (1999, 2003), construido a partir del Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch (1999). La elección de este instrumento ha sido debido a sus buenas propiedades psicométricas (ver una explicación detallada en el apartado 3.5.) y su extensa utilización tanto a nivel nacional como internacional, tal y como se detalla en la tabla 7.

Por otro lado, cabe señalar que se ha llevado a cabo la traducción y adaptación cultural y validación (TACV) a lengua catalana del CSM+. Los resultados psicométricos obtenidos se presentan en el apartado de resultados.

#### ***1.2.4. Revisión de las investigaciones sobre salud mental positiva***

A continuación, se muestra la puntuación media de la SM+ global de las diversas investigaciones llevadas a cabo en España, basándose en el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch (1999) y utilizando el CSM+ (Lluch, 1999, 2003):

- En 259 personas con problemas crónicos de salud fue de 118,7 puntos (DT=15,5) (Lluch et al., 2013; Sánchez Ortega, 2015).
- En 98 pacientes diagnosticados de un trastorno mental ingresados en hospitalización de salud mental fue de 114,9 (DT=18,6) (Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013).
- En 264 pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en un centro hospitalario fue de 107,8 puntos (DT=16,1) (Miguel, 2014).
- En 77 personas cuidadoras de pacientes diagnosticados de esquizofrenia fue de 128,0 puntos (DT=15,5) (Albacar, 2014).
- En 102 profesionales de la salud en el área asistencial de un hospital de salud mental fue de 95,3 puntos (DT=9,9) (Mantas, Juvinyà, Bertran, Roldán, Sequeira, y Lluch, 2015).
- En 166 estudiantes de enfermería fue de 120,6 puntos (DT=12,7) (Sanromà, 2016).

- En 406 profesionales del Servicio de Emergencias Médicas (SEM) de Girona fue de 131,9 puntos (DT=13,3) (Mantas, 2017).
- En 263 docentes universitarios de diferentes escuelas o facultades de enfermería de Cataluña fue de 114,8 (DT=12,0) (Hurtado-Pardos, 2018; Hurtado-Pardos et al., 2017).

Estos resultados indican que la mayoría de personas presenta indicadores de SM+ correspondientes a un nivel moderado-alto. Estos datos coinciden con los del Eurobarómetro (2003), en el que identificaron que las personas, en general, tienden a sentirse más positivas que negativas. Sin embargo, desde el Eurobarómetro realizado en el 2006, se ha apreciado un descenso en relación al sentimiento positivo, es decir, se ha reducido el porcentaje de personas que reconocen experimentar emociones positivas todo el tiempo durante las últimas cuatro semanas (European Commission, 2006, 2010).

Keyes, Dhingra y Simoes (2010) realizaron un estudio longitudinal de participantes mentalmente sanos (sin diagnóstico de enfermedad mental), y los resultados mostraron que los participantes que obtuvieron o mantuvieron altos niveles de SM+ durante 10 años tenían un menor riesgo de desarrollar una enfermedad mental (definida como depresión, ansiedad y trastorno de pánico), y que los participantes cuya SM+ disminuyó o permaneció en un nivel bajo había aumentado significativamente las probabilidades de desarrollar enfermedad mental.

En el estudio en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, se observó una ligera disminución del valor de la media de la SM+ global, que en este caso podría ser debido al ser pacientes que estaban ingresados en un centro hospitalario (Miguel, 2014). Por otro lado, en el estudio con profesionales de la salud en el área asistencial de un hospital de salud mental (Mantas et al., 2015), los resultados fueron inferiores a los obtenidos en el resto de investigaciones, diferencia que puede deberse a la autopercepción de la salud mental en función del contexto donde las personas desarrollan su actividad profesional.

La investigación sobre la SM+ es un campo muy joven y con grandes retos pendientes de afrontar, y aún más en personas con trastorno mental. Por ello,

se hace evidente que todavía falta mucha investigación sobre la SM+, y aún más desde la perspectiva de las personas con trastorno psicótico, que es uno de los propósitos del presente estudio.

### **1.2.5. Variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con la salud mental positiva**

Los resultados de la SM+ publicados en la Encuesta de Salud Europea en España (Instituto Nacional de Estadística, 2019b), muestran que la población comprendida entre los 16 y 24 años de edad presentó una puntuación de SM+ media de 76,35 puntos (DT=17,37) y a partir de los 25 años se produce un descenso de la percepción de SM+. Observándose a los 75 años o más años una media de SM+ de 54,54 puntos (DT=25,51). Cabe decir, respecto de las investigaciones anteriormente expuestas que los valores de la SM+ oscilan entre 0 y 100 puntos, y una puntuación de 100 puntos representa una salud mental óptima.

Según el modelo de dos continuos de Keyes los hombres, de entre 45 y 54 años, con educación superior y casados mostraban más SM+ (Keyes, 2002; Keyes, Shmotkin et al., 2002; Keyes, y Simoes 2012).

En el estudio de la *Public Health Agency of Canada* se observó que a medida que aumentaba la edad aumentaban las puntuaciones en diferentes dimensiones de la SM+ y entre los 60-70 años volvieron a disminuir. Por otro lado, los hombres presentaron niveles más elevados de SM+ en las capacidades de afrontamiento y bienestar emocional, y las mujeres obtuvieron niveles más elevados en valores espirituales y en relaciones sociales. Los solteros o que viven solos mostraron niveles más bajos de bienestar emocional, satisfacción con la vida y habilidades sociales. Las personas con trabajos inestables o desempleados informaron de un nivel de SM+ inferior. Los análisis mostraron niveles más altos de capacidad de afrontamiento asociados con una educación superior. Finalmente se observó que las personas con estudios superiores, trabajadores por cuenta propia y con trabajos seguros expresaron una mayor SM+ (Canadian Institute for Health Information, 2009).

Los datos del Eurobarómetro 2010 mostraron que vivir solo o no tener pareja se relacionaba con un menor bienestar emocional. Parece que los problemas de salud física presentaron un mayor impacto en el funcionamiento diario de las personas frente a los problemas emocionales. Aquellos con problemas de salud, física o psicológica, tendieron a estar bajo un estrés social o financiero mayor (European Commission, 2011).

Las diversas investigaciones llevadas a cabo en España, sobre las diferencias en los niveles de SM+ global en función de distintas características sociodemográficas y clínicas y basándose en el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch (1999) y utilizando el CSM+ (Lluch, 1999, 2003) sugieren que:

- Analizando la **edad** se observó que las personas de mediana edad (45 a 55 años) presentaron niveles más elevados de SM+ global, mientras que las personas que tenían 76 o más años mostraron un nivel más bajo de SM+ (Lluch et al., 2013). En las investigaciones de Mantas (2017), con una media de edad de 38,2 años (DT=7,5), y Sánchez Ortega (2015), con una media de edad de 66,6 años (DT=8,9), se observaron que el nivel global de SM+ disminuía a medida que aumentaba la edad, es decir que a más edad menor nivel de SM+. En cambio, en una muestra de pacientes con trastorno mental, con una media de edad de 40,76 años (DT=13,34), se encontró que a medida que aumentaba la edad aumentaba el nivel de SM+ global (Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013).
- En relación al **sexo**, los hombres presentaron mayor SM+ global que las mujeres (Miguel, 2014). En cambio, en otros estudios no se encontraron diferencias significativas en relación al sexo (Albacar, 2014; Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013; Lluch et al., 2013; Mantas, 2017; Mantas et al., 2013; Sánchez Ortega, 2015; Sanromà, 2016).
- En cuanto al **estado civil**, los solteros/as presentaron una mayor SM+ global (Miguel, 2014). En cambio, en los estudios de Albacar (2014), Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro (2013), Lluch et al. (2013), Mantas et al. (2013), Sánchez Ortega (2015) y Sanromà (2016) no encontraron diferencias en relación al estado civil.

- En relación al **nivel de estudios**, las personas con estudios secundarios presentaron una mayor SM+ global (Miguel, 2014). En cambio, en los estudios de Albacar (2014), Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro (2013), Lluch et al. (2013), Sánchez Ortega (2015) y Sanromà (2016) no encontraron diferencias en relación al nivel de estudios.
- En cuanto a la **situación laboral**, no se han identificado estudios que guarden relación con la SM+ a nivel global (Albacar, 2014; Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013; Sánchez Ortega, 2015; Sanromà; 2016). Cabe señalar que el estudio de Mantas (2017), en la variable grado de satisfacción laboral, los profesionales de la salud del SEM que indicaron tener un mayor grado de satisfacción laboral también manifestaron percibir una mayor SM+ global.
- En relación con las **personas con las que conviven**, no se encontró relación con la SM+ global (Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013; Mantas, 2017).
- En cuanto a los **años de evolución del trastorno mental**, se observó que dentro del primer año de diagnóstico del trastorno mental manifestaron tener mayor nivel de SM+ global (Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013). En cambio, en el estudio de Miguel (2014) no se observa ninguna relación.
- En relación a la **medicación prescrita**, los pacientes que tenían prescrita medicación oral presentaron un nivel de SM+ global superior (Miguel, 2014).

Al analizar la SM+ en cada uno de los factores específicos que configuran el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch (1999), se ha encontrado que en el factor **F1-Satisfacción Personal**, a medida que aumentaba la edad aumentaba la satisfacción personal (Sanromà, 2016). En cambio, el estudio de Sánchez Ortega (2015) pone de manifiesto a más edad menos satisfacción personal. Por otro lado, los hombres (Albacar, 2014; Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013; Lluch et al., 2013; Sánchez Ortega, 2015), los que tenían pareja (Albacar, 2014), los que vivían con la pareja y/o familia (Mantas, 2017) y los que tenían estudios superiores (Miguel, 2014; Sanromà, 2016) presentaron un nivel superior de satisfacción personal.

Asimismo, en el factor **F2-Actitud Prosocial** se ha observado que a medida que aumentaba la edad aumentaba la actitud prosocial (Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013; Sanromà, 2016). Las mujeres (Albacar, 2014; Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013; Lluch et al., 2013; Mantas et al., 2013; Sánchez Ortega, 2015) y los pacientes diagnosticados de esquizofrenia que tomaban únicamente medicación oral (Miguel, 2014) presentaron mayor actitud prosocial. En el estudio de Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro (2013) los pacientes solteros expresaron tener una menor actitud prosocial. En cambio, en el estudio de Miguel (2014) fueron los solteros los que presentaron mayor actitud prosocial, en comparación con los casados.

En el factor **F3-Autocontrol**, los hombres, los trabajadores activos (Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013; Miguel, 2014), los que tenían estudios secundarios (Miguel, 2014) y los que tenían pareja (Albacar, 2014) presentaron mayor autocontrol. Por otro lado, los pacientes con más años de evolución del trastorno mental informaron de un menor autocontrol (Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013).

Por otro lado, en el factor **F4-Autonomía**, las mujeres presentaron un nivel más elevado de autonomía (Lluch et al., 2013; Mantas, 2017; Sánchez Ortega, 2015). En cambio, en el estudio de Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro (2013) se observó que los hombres presentaron un nivel superior de autonomía al que percibían las mujeres. En la investigación de Sanromà (2016) a medida que aumentaba la edad aumentaba la autonomía. En cambio, en el estudio de Miguel (2014) a mayor edad, menor autonomía.

En el factor **F5-Resolución de Problemas y Autoactualización**, los pacientes solteros en relación a los casados, los que tenían un nivel de estudios superior en relación a los analfabetos y los que solo tomaban medicación oral con los que tomaban medicación oral más parenteral obtuvieron mayor capacidad de resolución de problemas y autoactualización (Miguel, 2014). Sugiere que los pacientes con más conocimientos y los que tienen la enfermedad más estabilizada, afrontan mejor los problemas (Miguel, 2014). Por otro lado, en la investigación de Mantas (2017) los hombres presentaron una mayor capacidad

de resolución de problemas y autoactualización. También se observó que a más edad (Lluch et al., 2013; Sánchez Ortega, 2015) y más años de evolución del trastorno mental (Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013) menos capacidad para resolver problemas y para autoactualizarse.

Finalmente, en el factor ***F6-Habilidades de Relación Interpersonal***, las mujeres (Lluch et al., 2013; Sánchez Ortega, 2015), los separados/as, divorciados/as y viudos/as (Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013) y los que tenían estudios superiores (Miguel, 2014; Sanromà, 2016) presentaron mayores habilidades de relación interpersonal. Por otro lado, a medida que aumentaba la edad aumentaban las habilidades de relación interpersonal (Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013).

En este apartado, se ha realizado una revisión sobre los niveles de SM+ global en función de distintas características sociodemográficas y clínicas, tanto a nivel internacional, como nacional, así como se ha profundizado en el estado de situación sobre las diversas investigaciones llevadas a cabo en España, basándose en el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch (1999) y utilizando el CSM+ (Lluch, 1999, 2003), que es el instrumento utilizado en este estudio. Las investigaciones encontradas son escasas y aún más en personas con trastorno psicótico y los resultados hallados no son consistentes y en algunos casos muestran controversias. Por ello, es necesario continuar trabajando en esta línea, que es uno de los propósitos de esta tesis doctoral.

### ***1.2.6. Políticas sanitarias actuales que promueven la salud mental positiva en personas con trastorno psicótico***

La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Los resultados de la experiencia asistencial centrada exclusivamente en la provisión de servicios de atención demuestran que para alcanzar mejores niveles de SM+ no basta con tratar las enfermedades mentales, sino que son necesarias políticas, estrategias e intervenciones dirigidas, de forma específica, a mejorarla. Para ello, es necesario cambiar el énfasis desde la perspectiva tradicional, centrada en los trastornos mentales, hacia una nueva perspectiva que tome en consideración la promoción de la salud mental (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Por ello es fundamental la promoción de la salud en general y especialmente la salud mental. La OMS, a partir de la definición realizada por Hosman y Jané-Llopis (1999), definió la promoción de la salud mental como 'las actividades que implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una SM+, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. La prevención de los trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de la salud mental' (Organización Mundial de la Salud, 2004a, p. 18).

Hosman, Jané-Llopis y Saxena elaboran diversos trabajos ofreciendo una perspectiva general de los programas y políticas internacionales basados en la evidencia para la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental, en el marco de los estudios sobre salud mental encargados por el Departamento de Salud Mental de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2004a). Entendiendo que la promoción de la salud mental intenta promover la SM+ aumentando el bienestar psicológico, la capacidad y la fortaleza emocional, y creando condiciones y entornos favorables de vida, considerando la salud mental como un recurso, como un valor por sí mismo y como un derecho humano básico que es esencial para el desarrollo social y económico. Su objetivo es ejercer un impacto sobre los determinantes de la salud mental con el fin de aumentar la SM+, reducir desigualdades, construir capital social, crear ganancia de salud y reducir la diferencia en la expectativa de salud entre los países y grupos (Organización Mundial de la Salud, 1997).

Las intervenciones en promoción de la salud mental varían en su alcance e incluyen estrategias para promover el bienestar mental de aquellos que no están en riesgo, aquellos que están en alto riesgo y aquellos que están padeciendo o recuperándose de problemas relacionados con la salud mental. La SM+ actúa como un poderoso factor de protección contra las enfermedades mentales. Sin embargo, los trastornos mentales y la SM+ no se pueden describir como extremos diferentes de una escala lineal, sino más bien como dos componentes superpuestos e interrelacionados de un solo concepto de salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2004a).

No obstante, las intervenciones para mejorar la SM+ se han diseñado y probado en una variedad de modalidades, que incluyen el formato individual, grupal y en online, pero predominantemente para poblaciones sanas (Bolier et al., 2013).

Asimismo, se están adoptando estrategias positivas de salud mental en la práctica y en las políticas de la salud mental, por ejemplo, la OMS presta apoyo a los gobiernos con el objetivo de promover y reforzar la salud mental y está colaborando con ellos para integrar las estrategias eficaces en las políticas y planes. En 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Plan de acción integral sobre salud mental para el período 2013-2020, cuyo objetivo general es promover la salud mental, prevenir trastornos mentales, dispensar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de personas con trastornos mentales, incluida la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (Organización Mundial de la Salud, 2013).

El 'Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental,' de la OMS, puesto en marcha en 2008, se centra en un conjunto prioritario de trastornos, donde incluyen la psicosis, orientando de forma integrada el fortalecimiento de la capacidad hacia los proveedores de atención de la salud no especializados, con el fin de promover la salud mental en todos los niveles asistenciales (Organización Mundial de la Salud, 2008).

La Unión Europea ha puesto en marchas diversas iniciativas en esta dirección, entre ellas destaca la propuesta '*Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe*', en la que se define una prioridad clara, el que

cada Estado Miembro de la Unión Europeo disponga de un Plan de Acción para la promoción de la salud mental (Jané-Llopis, y Anderson, 2005).

Otra iniciativa europea es la creación de la *Implementing Mental Health Promotion Action* (IMHPA), una red especializada en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, formada por profesionales procedentes de treinta países europeos y siete redes internacionales y organizaciones no gubernamentales. La red europea IMHPA pretende desarrollar una estrategia exhaustiva para abordar la prevención y la promoción en salud mental, utilizando de forma integral la información, la intervención, la formación, el desarrollo de políticas, la promoción y la implementación de programas, e intentando combinar la orientación y el apoyo a las instituciones en base a la evidencia científica (Jané-Llopis, y Anderson, 2005).

En el contexto internacional destaca Canadá, que desde hace años tiene una línea de actuación en el campo de la SM+, elaborando evaluaciones y haciendo recomendaciones para los diseños de las políticas de promoción de la salud mental (Canadian Institute for Health Information, 2009, 2011).

En España, la promoción de la salud mental es una línea estratégica prioritaria en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, en el marco de la 'Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud', desde el 2006 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011a). En los principios básicos del modelo comunitario de atención a la salud mental priorizan 'las intervenciones que refuerzan los aspectos positivos y los recursos personales del y de la paciente' (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, p. 30).

Esto ha generado que prácticamente todas las comunidades autónomas también hayan incorporado programas de promoción en sus planes de salud mental (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010a). En este sentido, en la estrategia 2017-2020 del '*Pla Director de Salut Mental i Addiccions*', del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, se contempla la promoción de la salud mental como línea estratégica y hace énfasis de forma especial en el concepto de SM+ (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2017b). Así como en el '*Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions*.

*Estratègia 2017-2019*' (Generalitat de Catalunya, 2017) y el 'Plan de salud mental de Barcelona 2016-2022' (Ajuntament de Barcelona, 2018).

En este contexto, el proyecto que se ha planteado se apoya también en el documento de Competencias Enfermeras elaborado por el Consejo de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería de Cataluña en el que se señala la prevención y la promoción de la salud y dentro de esta se encuentra la promoción de la salud mental, como una competencia principal que debe desarrollar el profesional de enfermería en los diferentes ámbitos de su práctica diaria, así como las competencias descritas en los programas formativos de las especialidades de Enfermería Familiar y Comunitaria (Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio) (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010b) y Enfermería de Salud Mental (Orden SPI/1356/2011) (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011b).

Las pruebas que demuestran la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones de promoción de la salud mental son abundantes y cada vez más frecuentes (p. ej. Jané-Llopis, 2004; Organización Mundial de la Salud, 2004a). Pese a todo, la promoción de la SM+ no ha sido asumida, en general, por los servicios de salud mental como una tarea sistemática. Debido, entre otras consideraciones, a que la promoción de la SM+ no es una competencia exclusiva de los servicios de salud, sino que es una tarea intersectorial y multidisciplinar que necesita la implicación de, al menos, los departamentos de educación, justicia, urbanismo, servicios sociales, trabajo y vivienda.

En este apartado, se han mostrado algunas iniciativas que se han desarrollado sobre promoción de la salud mental, aunque en personas con trastorno psicótico son muy escasas. Por ello, es necesario fomentar esta perspectiva que tome en consideración la promoción de la salud mental desde una vertiente positiva en personas con este trastorno y en esta tesis doctoral se quiere contribuir a ello.

## 1.3. La recuperación

---

### 1.3.1. Conceptualización

En estos últimos años, el término **recuperación**, *recovery* en inglés, se ha convertido en una palabra de moda en el ámbito de la salud mental. Prueba de ello son las docenas de veces que ha sido definido este concepto (Onken, Craig, Ridgway, Ralph, y Cook, 2007). Sin embargo, esto ha ido asociado a una falta de claridad para definir y delimitar este término, ya que no existe una definición universal aceptada. Por otro lado, en la literatura, el concepto de recuperación se ha utilizado indistintamente para referirse a modelo, filosofía, enfoque, paradigma, movimiento o visión (Cleary, y Dowling, 2009).

Aunque los pronósticos médicos generalmente predecían un deterioro de la salud mental en personas con esquizofrenia, como fue la 'teoría de Kraepelin de la esquizofrenia', en la década de 1990 muchos pacientes de los servicios de salud mental desafiaron este camino teórico, describiendo sus experiencias positivas de recuperación. Deegan (1988) fue una de las primeras en escribir acerca de la recuperación como una experiencia transformadora que iba mucho más allá del retorno a la salud.

Anthony definió los años 90 como la década de la recuperación, siendo uno de los fundadores intelectuales del movimiento de la recuperación y entendiéndola como: 'un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental' (Anthony, 1993, p. 17).

Una de las definiciones de recuperación ampliamente utilizada y aceptada fue desarrollada por la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA), sobre la base de una conferencia de consenso de más de 100 pacientes, profesionales de la salud y científicos. De acuerdo con esta definición, la recuperación de salud mental es 'un viaje de sanación y transformación que

le permite a una persona que sufre un problema de salud mental vivir una vida significativa en la comunidad que elija mientras se esfuerza por alcanzar su máxima potencia' (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005). Esta definición incluye diez componentes fundamentales de la recuperación:

1. La autodirección.
2. Individualizada y centrada en la persona.
3. El empoderamiento.
4. El enfoque holístico.
5. No lineal.
6. Basada en fortalezas.
7. El apoyo de los pares.
8. El respeto.
9. La responsabilidad.
10. La esperanza.

SAMHSA también describe cuatro grandes dimensiones que apoyan una vida en recuperación (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005):

1. La salud.
2. El hogar.
3. El propósito.
4. La comunidad.

Según Shepherd, Boardman y Slade (2008b) en la base de la recuperación reside un conjunto de valores sobre el derecho de una persona a construir por sí misma una vida con sentido, con o sin la continua presencia de los síntomas de una enfermedad mental. La recuperación se basa en los conceptos de autodeterminación y autocontrol. Enfatiza la importancia de la 'esperanza' para mantener la motivación y apoyar las expectativas de una vida individual plena.

Un principio fundamental de la recuperación es que no significa necesariamente una cura (recuperación clínica), sino que enfatiza, en el recorrido de una persona que vive con problemas de salud mental, el proceso de construir su propia vida más allá de la enfermedad mental (recuperación social). Por tanto, una persona

puede recuperar su vida sin necesariamente recuperarse de su enfermedad (Shepherd et al., 2008b).

Lloyd, Waghorn y Williams (2008) conceptualizan la recuperación en un marco de seis dimensiones relacionadas entre sí:

1. Clínica (la remisión o la reducción de los síntomas).
2. Personal/psicológico (la esperanza, el empoderamiento, la actividad significativa, la responsabilidad personal, la autodeterminación, la transformación, la espiritualidad, el afrontamiento).
3. Cuidado personal (participación significativa en las actividades básicas e instrumentales de cuidado personal).
4. Social (la participación significativa en las relaciones y actividades sociales).
5. Laboral (la participación significativa en el empleo, la educación, el ocio y otras actividades relacionadas).
6. Medio ambiente/contexto (alojamiento y apoyos en el entorno físico, político, social y económico del individuo).

El paradigma de la recuperación representa la convergencia de diferentes ideas, como empoderamiento, autogestión, derechos de las personas, inclusión social y rehabilitación, bajo un solo encabezado que señala una nueva dirección para los servicios de salud mental (Shepherd et al., 2008b).

El recorrido histórico y conceptual que se ha llevado a cabo sobre recuperación, ha permitido destacar las contribuciones más relevantes que se han realizado en este campo, para llegar al contexto actual de la recuperación. La definición ampliamente utilizada y aceptada de recuperación, desarrollada por SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005), es en la que se sitúa esta tesis doctoral.

### **1.3.2. Modelos teóricos**

A menudo, el modelo de recuperación se define en oposición al modelo médico. El modelo médico sostiene que la enfermedad mental es crónica, con un pronóstico de disminución del funcionamiento a menos que haya un diagnóstico

y tratamiento adecuado. El énfasis está en el poder del experto y el control de la atención de los pacientes. Por el contrario, la recuperación hace hincapié en la creación de una comunidad de empoderamiento donde los pacientes son los expertos de su propio cuidado. El modelo médico se centra en la enfermedad, mientras que la recuperación se centra en el bienestar, las fortalezas y la capacidad de recuperación.

### **Modelo AQAL o Modelo de cuatro cuadrantes**

Wilber (1995) define el *Modelo de cuatro cuadrantes*, comúnmente denominado *Modelo AQAL* ('*all quadrants, all levels*'), que significa 'todos los cuadrantes, todos los niveles'.

Toma la idea del 'yo', 'nosotros' y 'eso', como dimensiones de la realidad, y las inserta en un modelo de cuatro cuadrantes. Los cuatro cuadrantes representan un marco para situar varias teorías, junto con sus correspondientes métodos de investigación, en cuatro ámbitos específicos: 1) objetivo, 2) subjetivo, 3) intersubjetivo y 4) interobjetivo; y con dos ejes: 1) individual/colectivo y 2) interno/externo, de acuerdo con la lente a través de la cual se percibe el mundo. El enfoque de cuatro cuadrantes reconoce la interrelación de los cuatro ámbitos de conocimiento (Figura 4).

Según Starnino (2009), el Modelo de AQAL se puede utilizar como una estrategia para resolver algunas de las dificultades relacionadas con la definición de la recuperación de la salud mental que existen hoy en día.

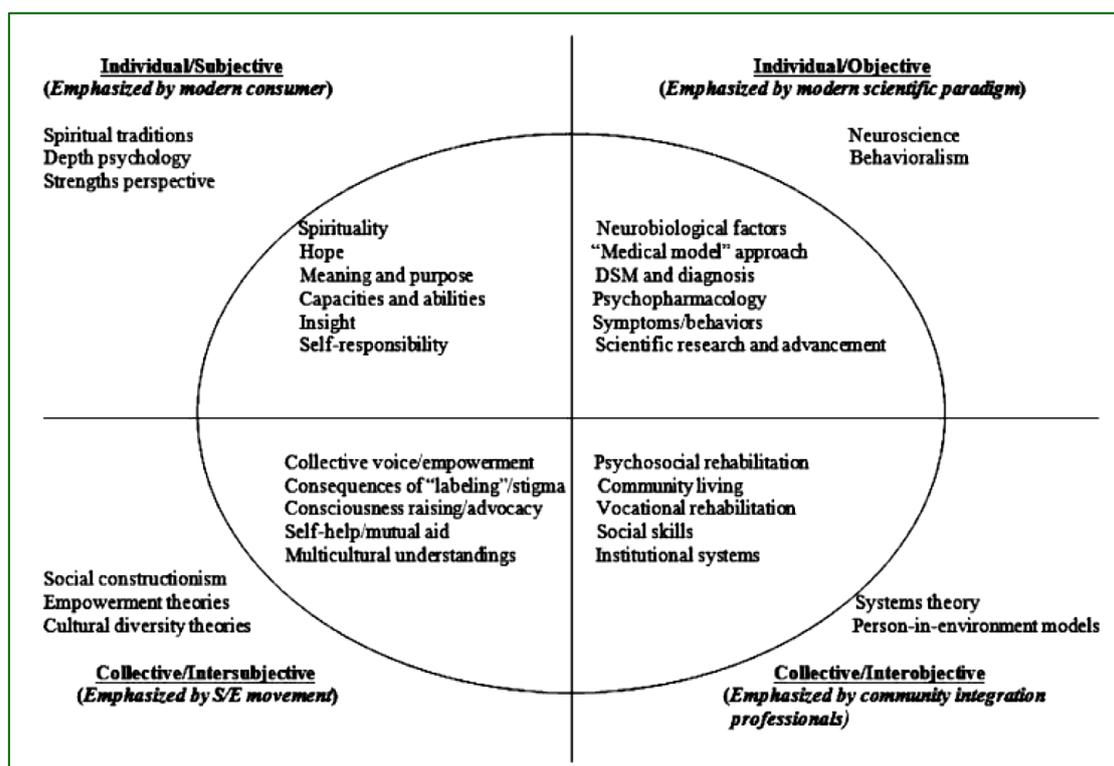


Figura 4. Modelo de cuatro cuadrantes aplicado a la recuperación de la salud mental (Starnino, 2009)

### **El Modelo de Proceso de Recuperación**

El *Modelo de Proceso de Recuperación* propuesto por Green (2004) aporta un marco para:

1. La comprensión del proceso global de recuperación.
2. La identificación de los factores necesarios para la recuperación.
3. El desarrollo de la investigación, las intervenciones y los hábitos de la mente para fomentar la recuperación.

Los elementos para que se desarrolle el proceso de recuperación son: el medio ambiente, los recursos y las tensiones. El aprendizaje, la curación, su manifestación conductual primaria y la adaptación constituyen su núcleo. Los componentes que facilitan la recuperación incluyen: fuentes de motivación (esperanza, optimismo y sentido), los requisitos previos para la acción (agencia, control y autonomía) y la capacidad (competencia y disfunción) (Figura 5).

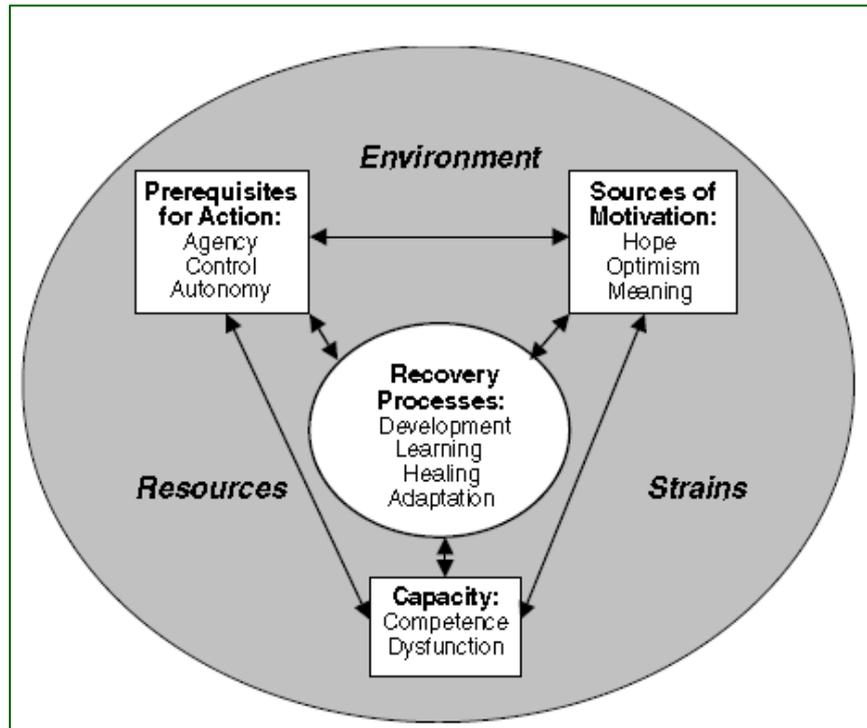


Figura 5. Modelo de Proceso de Recuperación (Green, 2004)

### **El Modelo de dos continuos**

El *Modelo de dos continuos* de Keyes (2005), incorpora una visión patógena y salutogénica de la salud mental. Desde esta perspectiva, la recuperación se basa en dos experiencias independientes pero complementarias: la restauración de la enfermedad mental y la optimización de la SM+, y cada experiencia se define como un proceso y como un resultado, de forma complementaria. A través de la recuperación, los individuos tratan de manejar las limitaciones impuestas por la enfermedad mental, mientras se trabaja hacia el alivio de los síntomas y la reducción de la discapacidad, así como la curación de las consecuencias sociales negativas de la enfermedad (por ejemplo, el estigma).

Por lo tanto, desde este modelo no se rechaza una concepción patogénica de la recuperación, pero se ve como insuficiente y se defiende que un enfoque salutogénico también es necesario para promover la recuperación, centrándose en el desarrollo óptimo de las fortalezas y otras características de la SM+ (Provencher, y Keyes, 2011).

### ***El Modelo Tidal o Modelo de la marea***

El *Modelo Tidal* o *Modelo de la marea* es un método filosófico para la recuperación de la salud mental, desarrollado por Barker y Buchanan-Barker (2005). Este modelo proporciona una visión específica del mundo que ayuda a la enfermera a empezar a comprender qué puede significar la salud mental para una persona con problemas de salud mental y cómo se puede ayudar a la persona para definir y empezar el complejo y exigente viaje de la recuperación. Se basa en la teoría del caos, el flujo constante, las mareas que van y vienen y muestran patrones no repetitivos, aunque se mantienen dentro de unos parámetros delimitados. En esta perspectiva, pequeños cambios pueden crear cambios imprevisibles.

El Modelo Tidal describe un proceso de cuidados basado en la integración del presente y del futuro a través de tres dimensiones de la personalidad: el dominio del 'yo' (necesidad de seguridad emocional y física), el dominio del 'mundo' (necesidad de ser comprendido/a y tener validadas las propias percepciones), y el dominio de los 'otros' (tipo de apoyo que necesita del mundo social para vivir una vida normal). El proceso de cuidados puede empezar en cualquiera de estos tres ámbitos y el modelo contempla intervenciones individuales y grupales.

El Modelo Tidal define diez compromisos basados en valores esenciales, que orientan a la enfermera en el desarrollo de respuestas para ayudar al paciente a cubrir sus necesidades.

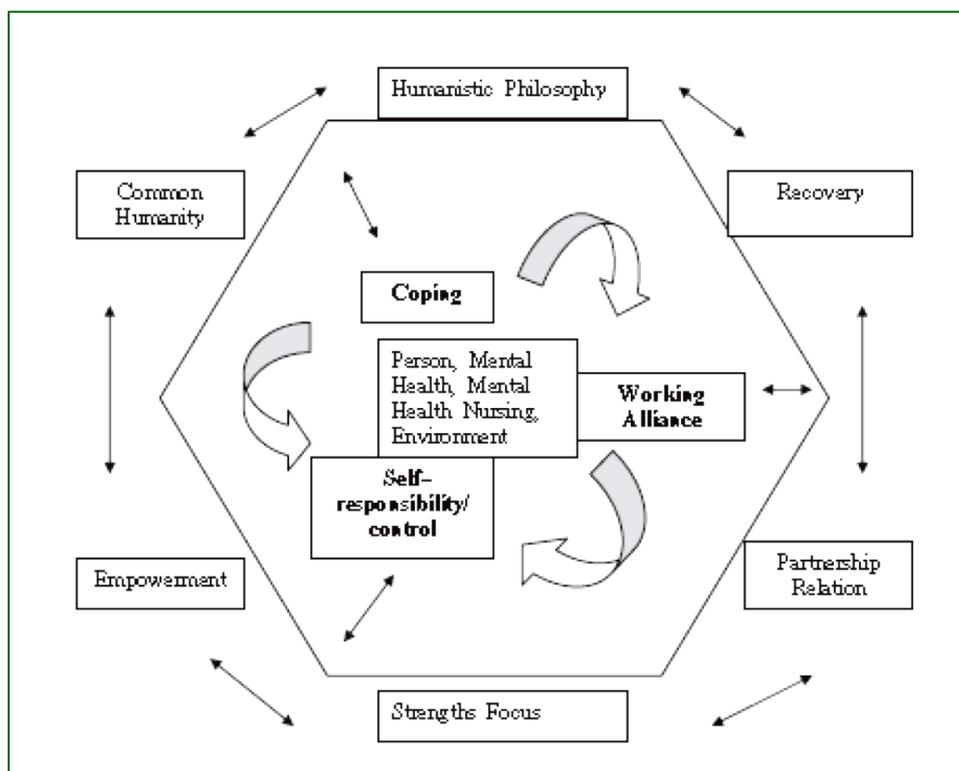
El modelo es aplicable en entornos de hospitalización de agudos, dónde se inició, y también en la comunidad, y subraya la importancia de las historias personales del paciente mental y la utilización de su propia voz (Barker, y Buchanan-Barker, 2010).

### ***La Recovery Alliance Theory o Teoría de la Alianza de la Recuperación***

La *Recovery Alliance Theory (RAT)*, o *Teoría de la Alianza de la Recuperación*, está basada en la filosofía humanística y fue desarrollada para aplicarse directamente en la práctica de la enfermería de salud mental. La RAT fue desarrollada en Australia e Irlanda por Shanley y Jubb-Shanley, conjuntamente

con personas usuarias, cuidadores familiares y profesionales de la clínica y del entorno académico (Shanley, y Jubb-Shanley, 2007).

Esta teoría está compuesta por seis constructos: la filosofía humanística, la humanidad común, el trabajo conjunto, la recuperación, el enfoque de fuerza y el empoderamiento. De estos constructos se derivan tres conceptos: afrontamiento, alianza de trabajo y autorresponsabilidad y control, que forman la base para un sistema de cuidados llamado *Partnership in Coping system* (PinC) (Figura 6).



**Figura 6. Representación esquemática de la Teoría de la Alianza de Recuperación (Shanley, y Jubb-Shanley, 2007)**

La construcción de la RAT ha sido inspirada en la preocupación por los derechos humanos, los avances en la autonomía del paciente, la atención comunitaria, el enfoque de la recuperación y la atención centrada en la persona.

### **Modelo Global de Salud Mental Pública**

La promoción de la salud y la recuperación de la salud mental parecen haber evolucionado a lo largo de líneas paralelas en una dirección común, sin llegar a converger. Del mismo modo que las cinco estrategias de la Carta de Ottawa son interdependientes entre ellas, es decir, una estrategia no se sostiene sin las otras, la recuperación es un principal rector y el marco operativo para el sistema de atención que deben colorear todos los servicios existentes para hacer que las diferentes comunidades, ambientes y entornos más propicios para la recuperación, siendo implícitamente ecológica. Es decir, la recuperación está relacionado con la promoción de la salud mental a través de la Carta de Ottawa (Pelletier, Davidson, y Roelandt, 2009).

El *Modelo Global de Salud Mental Pública* está compuesto por cinco dimensiones (Pelletier et al., 2009):

1. Supranacional.
2. Estatal.
3. Comunitario.
4. Organizacional.
5. Individual.

Para cada una de estas dimensiones le corresponde un nivel de análisis y unos medios para promover la recuperación: político, socio-económico, cultural, interpersonal e intra-personal. Estos niveles se superponen y entrelazan entre ellos (Figura 7).

En este sentido, el Modelo Global de Salud Mental Pública permite la bidireccionalidad y la reciprocidad. Puede ser utilizado para identificar y hacer el seguimiento de las diversas actividades que se desarrollan en las cinco dimensiones de intervención (Pelletier et al., 2009).

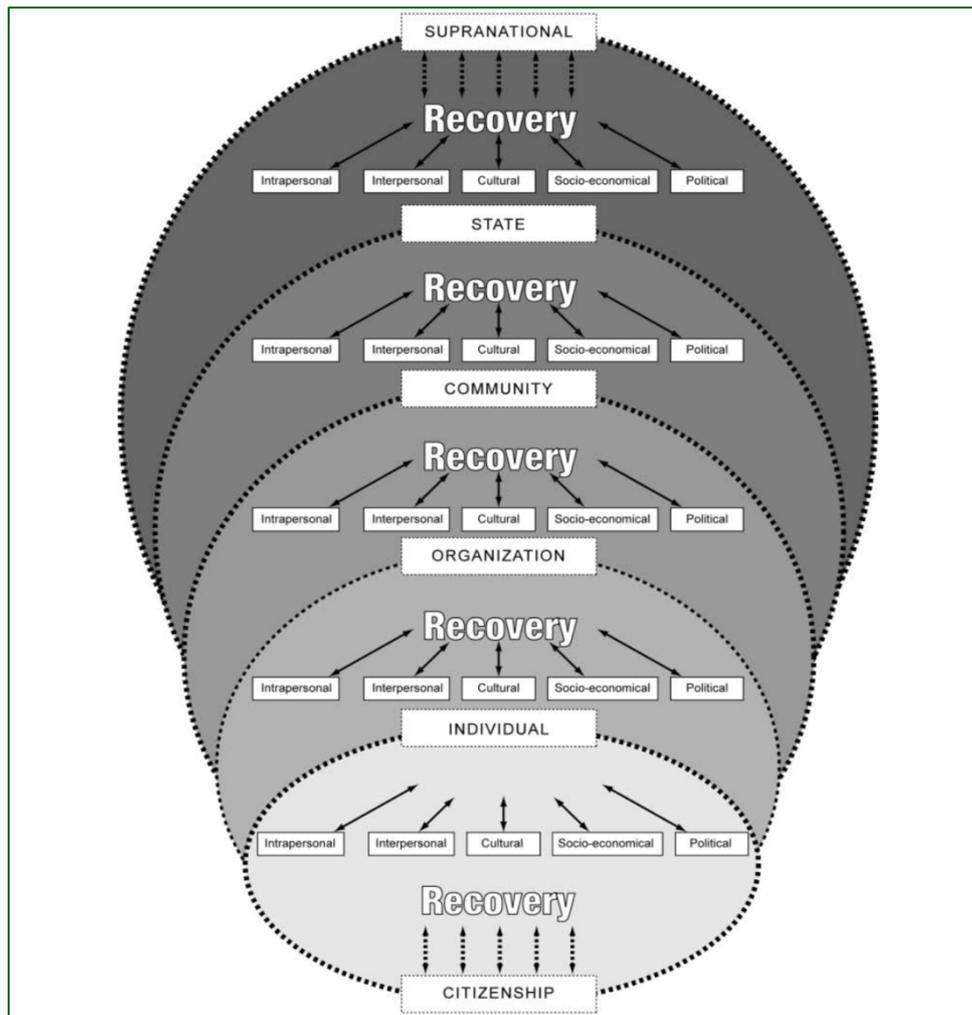


Figura 7. Modelo Global de Salud Mental Pública (Pelletier, Davidson, y Roelandt, 2009)

### Modelo de la Autoeficacia

El *Modelo de la Autoeficacia* de Bandura (1977) sugiere que las experiencias y actitudes negativas disminuyen la autoeficacia, lo que conlleva a producir disminuciones en los parámetros de la recuperación, mientras que las experiencias y actitudes positivas mejoran la autoeficacia y fomentan la recuperación. Por ejemplo, las dificultades personales en las experiencias de los roles sociales, el estigma y el autoestigma pueden erosionar la autoeficacia para hacer frente a una enfermedad o lidiar con las demandas de la vida, lo que, a su vez, puede conducir a la desesperanza, la reducción de la autoestima y la falta de sentimiento de control o empoderamiento. Todo esto ha sido encontrado en personas con trastorno mental severo (Watson, Corrigan, Larson, y Sells, 2007).

Por el contrario, el éxito vocacional, el modelado positivo de roles, la toma de decisiones compartidas y otras experiencias de dominio pueden aumentar la autoeficacia y mejorar los sentimientos de esperanza, empoderamiento, autoestima y capacidad de autodirección.

El modelo de la Autoeficacia de Bandura es el que se ha adoptado en esta investigación, debido a que la recuperación de las personas con trastorno psicótico se puede conceptualizar dentro de este modelo permitiendo el examen e identificación de factores que pueden ayudar u obstaculizar el proceso de recuperación, y una vez detectados pueden servir como objetivos potenciales para la intervención.

Cabe señalar que la *Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale* (MARS), instrumento que se utilizó en esta investigación, se desarrolló en el contexto del Modelo de Autoeficacia (Drapalski et al., 2012).

### **1.3.3. La evaluación de la recuperación**

Los avances en el estudio de la recuperación han dado lugar a la creación de diferentes instrumentos de evaluación. Sin embargo, sigue habiendo pocos en comparación con el número de instrumentos que miden otras áreas de la salud mental (Ralph, 2000). Evaluar un constructo como la recuperación resulta bastante complejo, teniendo en cuenta que es un concepto holístico y personal, para el que existen diversas definiciones y falta de consenso, como se ha comentado anteriormente.

En los últimos años, se han llevado a cabo diversas revisiones que han identificado 30 instrumentos estandarizados que se han desarrollado para tratar de evaluar la recuperación personal en salud mental (Burgess, Pirkis, Coombs, y Rosen, 2011; Cavelti, Kvirgic, Beck, Kossowsky, y Vauth, 2012; Khanam, McDonald, y Williams Neils, 2013; Ralph, 2000; Shanks et al., 2013; Sklar, Groessl, O'Connell, Davidson, y Aarons, 2013). Por otro lado, en nuestra búsqueda también se han identificado otros 9 instrumentos para evaluar la recuperación personal en salud mental.

En la tabla 8 se muestran los 39 instrumentos sobre la recuperación personal en salud mental. Estos instrumentos utilizan diversas formas de evaluación de la recuperación personal: entrevistas (datos cualitativos) o cuestionarios (datos cuantitativos), algunos de ellos evalúan dimensiones de la recuperación, otros actitudes, estilos, procesos o programas específicos.

**Tabla 8. Instrumentos de evaluación de la recuperación personal en salud mental**

	Nombre de la escala	Autor/es	Año	País
1	<i>Recovery Assessment Scale (RAS)</i>	Giffort, Schmook, Woody, Vollendorf, y Gervain	1995	Estados Unidos
2	<i>Agreement with Recovery Attitudes Scale (ARAS)</i>	Murnen, y Smolak	1996	Estados Unidos
3	<i>Rochester Recovery Inquiry (RRI)</i>	Hopper, Blanch, Carpinello, Johnson, Knight, Kovasznay, y Krauss	1996	Estados Unidos
4	<i>Consumer Recovery Outcomes System (CROS 3.0)</i>	The Colorado Health Networks Partnership, y Miller	1997	Estados Unidos
5	<i>Modified Engulfment-Scale (MES)</i>	McCay, y Seeman	1998	Canadá
6	<i>Crisis Hostel Healing Scale (CHHS)</i>	Dumont	1998	Estados Unidos
7	<i>Personal Vision of Recovery Questionnaire (PVRQ)</i>	Ensfield, Steffen, Borkin, y Schafer	1998	Estados Unidos
8	<i>Recovery Attitudes Questionnaire (RAQ)</i>	Steffen, Borkin, Krzton, Wishnick, y Wilder	1998	Estados Unidos
9	<i>Recovery Interview (RI)</i>	Heil, y Johnson	1998	Estados Unidos
10	<i>Mental Health Recovery Measure (MHRM)</i>	Young, Ensing, y Bullock	1999	Estados Unidos
11	<i>Recovery Style Questionnaire (RSQ)</i>	Drayton, Birchwood, y Trower	1998	Reino Unido
12	<i>Milestones of Recovery Scale (MORS)</i>	Pilon, y Ragins	2002	Estados Unidos
13	<i>Reciprocal Support Scale (RSS)</i>	Silver, Bricker, Pesta, y Pugh	2002	Estados Unidos
14	<i>Relationships and Activities that Facilitate Recovery Survey (RAFRS)</i>	Leavy, McGuire, Rhoades, y McCool	2002	Estados Unidos

15	<i>Self-Identified Stage of Recovery (SISR)</i>	Andresen, Caputi, y Oades	2003	Australia
16	<i>Illness Management and Recovery (IMR) Scales</i>	Mueser, Gingerich, Salyers, McGuire, Reyes, y Cunningham	2004	Estados Unidos
17	<i>Ohio Mental Health Consumer Outcomes System (OMHCOS)</i>	Ohio Department of Mental Health Office of Program Evaluation and Research y Roth	2004	Estados Unidos
18	<i>Peer Outcomes Protocol (POP)</i>	Campbell, Cook, Jonikas, y Einspahr	2004	Estados Unidos
19	<i>Recovery Measurement Tool (RMT)</i>	Ralph	2004	Estados Unidos
20	<i>Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) scale</i>	Resnick, Rosenheck, y Lehman	2004	Estados Unidos
21	<i>Psychosis Recovery Inventory (PRI)</i>	Chen, Tam, Wong, Law, y Chiu	2005	China
22	<i>Recovery Orientation (RO)</i>	Resnick, Fontana, Lehman, y Rosenheck	2005	Estados Unidos
23	<i>Recovery Process Inventory (RPI)</i>	Jerrell, Cousin, y Roberts	2006	Estados Unidos
24	<i>Stages of Recovery Instrument (STORI)</i>	Andresen, Caputi, y Oades	2006	Australia
25	<i>Mental Health Recovery Star (MHRS)</i>	MacKeith, y Burns	2008	Reino Unido
26	<i>Multi-Phase Recovery Measure (MPRM)</i>	Beeble, y Salem	2009	Estados Unidos
27	<i>Questionnaire about the Process of Recovery (QPR)</i>	Neil, Killbride, Pitt, Nothard, Welford, Sellwood, y Morrison	2009	Reino Unido
28	<i>Stages of Recovery Scale (SRS)</i>	Song, y Hsu	2011	China
29	<i>Maryland Assessment of Recovery in Serious mental illness scale (MARS)</i>	Drapalski, Medoff, Unick, Velligan, Dixon, y Bellack	2012	Estados Unidos
30	<i>Milestones to Recovery (MTR) Scale</i>	Doyle	2012	Reino Unido
31	<i>Short Interview to Assess Stages of Recovery (SIST-R)</i>	Wolstencroft, Oades, Caputi, y Andresen	2010	Australia
32	<i>Recovery Elements Assessment Questionnaire—Patient Version (REAQ-PV)</i>	Siu, Ng, Li, Yeung, Lee, y Leung	2012	China

33	<i>Recovery Star</i>	Dickens, Weleminsky, Onifade, y Sugarman	2012	Reino Unido
34	<i>Individual Recovery Outcomes Counter (IROC)</i>	Monger, Hardie, Ion, Cumming, y Henderson	2013	Escocia
35	<i>Levels of Recovery Scale (LORS)</i>	Corriveau, y Sousa	2013	Estados Unidos
36	<i>Provider Expectations for Recovery Scale</i>	Salyers, Brennan, y Kean	2013	Estados Unidos
37	<i>Self-Assessed Consumer Recovery Outcome Measure</i>	Gordon, Ellis, Siegert, y Walkey	2013	Nueva Zelanda
38	<i>Recovery Markers Inventory (RMI)</i>	Luszczakoski, Olmos-Gallo, McKinney, Starks, y Huff	2014	Estados Unidos
39	<i>Consumer Recovery Measure (CRM)</i>	Luszczakoski, Olmos-Gallo, Milnor, y McKinney	2016	Estados Unidos

**Fuente:** Adaptado de Cavelti, Kvrjic, Beck, Kossowsky, y Vauth (2012); Khanam, McDonald, y Neils (2013); Shanks et al. (2013); Sklar, Groessl, O'Connell, Davidson, y Aarons (2013)

En la revisión de Shanks et al. (2013) sobre los principales instrumentos de medida de recuperación, se analizaron un total de 35 artículos primarios e identificaron 13 instrumentos de medida. De todos los instrumentos revisados, la *Recovery Assessment Scale (RAS)* resultó ser la escala más utilizada y de la que más publicaciones existen. Al mismo tiempo es una de las escalas que mejores propiedades psicométricas ha demostrado, junto con el *Stages of Recovery Instrument (STORI)*, la *Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale (MARS)* y el *Questionnaire about the Process of Recovery (QPR)*.

La *Recovery Assessment Scale (RAS)* (Corrigan, Giffort, Rashid, Leary, y Okeke, 1999) evalúa las expectativas de recuperación y consta de 41 ítems en una escala tipo Likert del 1 ('totalmente en desacuerdo') al 5 ('muy de acuerdo'). Presenta una buena consistencia interna y fiabilidad test-retest. Los análisis factoriales identificaron cinco factores: 1) confianza personal y esperanza, 2) disposición a pedir ayuda, 3) orientación hacia las metas y el éxito, 4) confianza en los otros y 5) no dominación por los síntomas. Sin embargo, solo 24 ítems que configuran la RAS están cargados en estos factores, y varios fueron altamente redundantes (Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster, y Keck, 2004). Por lo

tanto, no está claro qué ítems deben conservarse en una versión modificada de la escala. La versión adaptada y validada a la población argentina de la RAS está formada por 21 ítems y los factores que la configuran difieren de la versión original (Zalazar et al., 2017). La RAS también puede estar limitada porque está altamente correlacionada de forma negativa con la edad y los síntomas.

El *Stages of Recovery Instrument* (STORI) (Andresen, Caputi, y Oades, 2006) está diseñado para evaluar el estadio de recuperación en el que se encuentra el paciente con trastorno mental. El STORI está formado por 50 ítems, con formato de respuesta que va del 0 ('nada cierto') a 5 puntos ('completamente cierto'). En la versión original incluye cinco estadios (Andresen et al., 2006): 1) moratoria, 2) consciencia, 3) preparación, 4) reconstrucción y 5) crecimiento. Sin embargo, tanto en la validación en el Reino Unido (Weeks, Slade, y Hayward, 2011) como en la validación al español del STORI (Lemos-Giráldez et al., 2015) parece que el modelo de tres estadios es el que mejor se ajusta a los datos. No obstante, el STORI no proporciona un nivel o estado general de recuperación. Por lo tanto, no es adecuado para su uso como una medida de evaluación de resultados o programas o para examinar factores fuera del modelo que miden la recuperación.

El *Questionnaire about the Process of Recovery* (QPR) (Neil et al., 2009) evalúa la recuperación personal y está compuesta por 22 ítems, con una escala tipo Likert del 1 ('totalmente en desacuerdo') al 5 ('muy de acuerdo'). El QPR incluye dos subescalas: 1) intrapersonal (17 ítems) y 2) interpersonal (5 ítems). Posteriormente, Law, Neil, Dunn y Morrison (2014) realizaron un estudio para examinar en profundidad las propiedades psicométricas de la QPR. El análisis factorial sugirió que la QPR con dos subescalas propuesta por Neil et al. (2009), proporcionó un mal ajuste de los datos. Además, el examen de las cargas de factores primarios indicó que la consistencia interna podría mejorarse después de la eliminación de 7 ítems. No obstante, aunque estos ítems fueron identificados como relevantes para la recuperación en el estudio inicial (Neil et al., 2009), podría ser que estos ítems no fueran generalizables a una muestra más grande (Law et al., 2014).

La *Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale* (MARS) (Drapalski et al., 2012) evalúa el estado de la recuperación de las personas con enfermedad mental, basándose en la definición ampliamente aceptada de la SAMHSA de recuperación de salud mental, en la que se identifican diez características de la recuperación y de los servicios orientados a la recuperación como parte del proceso: 1) dirección, 2) individualizado o centrado en la persona, 3) empoderamiento, 4) enfoque holístico, 5) no lineal, 6) basado en fortalezas, 7) apoyo entre pares, 8) respeto, 9) responsabilidad y 10) esperanza. La MARS fue desarrollada por un equipo de científicos clínicos a nivel de doctorado, con experiencia en enfermedades mentales graves, complementado por entrevistas estructuradas con seis expertos independientes y un conjunto de pacientes de los servicios de salud mental. Este equipo de personas primero revisó la definición de recuperación de salud mental propuesta por SAMHSA y redujeron de diez a seis ámbitos: 1) empoderamiento, 2) holística, 3) no lineal, 4) basado en fortalezas, 5) con sentido de la responsabilidad y 6) esperanza. Seleccionaron estos ámbitos porque su contenido parecía reflejar componentes distintos de la recuperación y se centraban en aspectos del individuo en lugar del sistema de servicio o la comunidad. Los ámbitos que se centraron en el sistema de servicio y en la comunidad fueron eliminados para crear una medida de la recuperación centrada en la persona. Posteriormente realizaron un proceso iterativo de revisión de escala con un equipo de pacientes de servicios de salud mental, científicos clínicos y expertos en enfermedades mentales graves y recuperación. Se evaluó un instrumento preliminar de 67 ítems para su funcionamiento psicométrico.

Las propiedades psicométricas de la MARS se evaluaron en una muestra de 166 pacientes de los servicios de un centro médico del *Department of Veterans Affairs*, cinco programas comunitarios de salud mental en Maryland y centros ambulatorios en Texas. La teoría de respuesta al ítem y el análisis clásico del ítem se utilizaron para reducir la escala a 31 ítems con un buen ajuste del ítem. Utilizando un modelo de respuesta graduada de dos parámetros y un análisis factorial confirmatorio (AFC), se seleccionaron 25 de los ítems para la versión final de la MARS. La MARS compuesta por 25 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, que va del 1 ('nada en absoluto') a 5 ('mucho'). Tiene

buena consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach=0,95) y buena fiabilidad test-retest ( $r=0,90$ ) (Drapalski et al., 2012).

Según la literatura consultada, únicamente se han encontrado dos instrumentos para medir la recuperación personal en salud mental validados en español, el STORI en población española, (Lemos-Giráldez et al., 2015) y la RAS en población argentina (Zalazar et al., 2017).

No obstante, para el presente estudio se decidió utilizar la MARS como instrumento para medir la recuperación personal en salud mental. Debido a que se diferenciaba de los otros instrumentos de medición de la recuperación personal en tres aspectos clave: 1) se basa en una definición ampliamente reconocida y aceptada de recuperación personal, desarrollada por SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005); 2) se desarrolló utilizando un proceso psicométrico sistemático (Drapalski et al., 2012); y 3) se basa en la Teoría de la Autoeficacia de Bandura, que permite una mayor comprensión de los factores que pueden influir en la recuperación personal (p. ej. basado en fortalezas, empoderamiento, holístico, etc.) (Watson et al., 2007).

Cabe señalar que para el presente estudio se llevó a cabo una TACV a lengua catalana de la MARS. Por otro lado, la traducción y adaptación cultural de la MARS a la versión española la ha realizado el Grupo de Investigación Psiquiátrica de Segovia (dirigido por el Dr. Vargas) y actualmente están en proceso de validación. Los resultados psicométricos obtenidos de la versión bilingüe (española y catalana) de la MARS en población catalana se presentan en el apartado de resultados.

#### ***1.3.4. Revisión de las investigaciones sobre recuperación en personas con trastorno psicótico***

En los últimos años, diferentes estudios aislados y diversas revisiones sistemáticas y metaanálisis han examinado la evolución de la recuperación a largo de los años de las personas con trastorno psicótico (p. ej. Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss, y Breier, 1987; Hegarty, Baldessarini, Tohen, Waternaux, y

Oepen, 1994; Jaaskelainen et al., 2013, Lally et al., 2017; Menezes, Arenovich, y Zipursky, 2006; Warner, 2004).

Harding et al. (1987) hicieron seguimiento durante 32 años a 269 pacientes con trastorno psicótico, encontrando que, entre la mitad y las dos terceras partes de los mismos, mostraron una mejoría o una recuperación considerable.

Posteriormente Hegarty et al. (1994) realizaron un metaanálisis de 320 estudios, publicados entre 1895 y 1992, y observaron que un 40,2% de los pacientes con esquizofrenia presentaron mejoras y que la tasa de recuperación no se veía afectada por la duración del seguimiento. No obstante, en esta revisión no se consideró un periodo mínimo de mantenimiento de la recuperación. Los criterios de recuperación eran los siguientes: vivir en la comunidad, tener empleo, ausencia de sintomatología psicótica, ausencia de comportamientos propios de una persona con enfermedad mental, no tomar medicación psiquiátrica y tener unas relaciones sociales adecuadas. Entre el 62 y 68% de los pacientes presentaron estas características.

Warner (2004) analizó 114 estudios publicados entre 1904 y 2000, para examinar la recuperación en la esquizofrenia. Definió la recuperación como la 'recuperación completa' (disminución de síntomas psicóticos y vuelta al nivel de funcionamiento previo a la enfermedad) y 'recuperación social' (independencia económica y social y un nivel de dificultad social bajo), pero aún sin especificar un periodo mínimo de mantenimiento de la recuperación. Los hallazgos mostraron, entre el 11% y el 33% se recuperaron completamente y entre un 22 y un 55% se recuperaron socialmente, pero no clínicamente. Warner (2004) informó que las tasas de recuperación no habían aumentado con el tiempo, con respecto a los hallazgos encontrados por Hegarty et al. (1994).

Menezes et al. (2006) publicaron una revisión sistemática de 37 estudios longitudinales sobre la recuperación tras un PEP. Encontraron que un 42,2% de los pacientes con PEP se recuperaban o mejoraban. No obstante, cabe señalar que no tuvieron en cuenta ambos tipos de recuperación (recuperación clínica y recuperación social/funcional) y no requirió que estos resultados favorables se mantuviesen durante una secuencia temporal mínima.

Posteriormente, Jaaskelainen et al. (2013) realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis de 50 estudios longitudinales de personas con esquizofrenia, utilizando criterios de recuperación clínica, recuperación social/funcional y duración de la recuperación (con una duración de al menos 2 años para la recuperación clínica o la recuperación social/funcional). La proporción media de las personas que cumplían estos criterios fue del 13,5%.

Recientemente, Lally et al. (2017) realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis de 35 estudios, dónde la prevalencia de recuperación de las 9.642 personas con PEP fue del 38%, con media de seguimiento de 7,2 años. Las tasas de recuperación fueron más altas en América del Norte que en otras regiones de Europa, Asia y Australia.

Según la literatura consultada, se puede concluir que el nivel de recuperación en personas con trastorno psicótico varía dependiendo de los criterios utilizados para definir la recuperación. Por este motivo, son necesarias más investigaciones que permitan ampliar y profundizar el conocimiento sobre el nivel de recuperación de las personas con trastorno psicótico, según las fases de evolución del trastorno, que es uno de los propósitos de esta tesis doctoral.

### ***1.3.5. Servicios orientados a la recuperación***

Tanto los pacientes y sus familias, como los profesionales, gestores y políticos, están mostrando interés creciente por la adopción del enfoque de la recuperación como el principio rector de las políticas de salud mental, las prácticas profesionales y la orientación de los servicios prestados. Prueba de ello, son las diversas publicaciones e investigaciones que ponen de manifiesto la importancia de incorporar la perspectiva de la recuperación en las políticas de salud en lugares como Australia (Australian Health Ministers' Advisory Council, 2013; Burgess et al., 2011), Canadá (Canadian Mental Health Association, 2003), Escocia (Brown, y Kandirikirira, 2007; Scottish Executive, 2006c), España (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011a), Irlanda (Mental Health Commission, 2008), Inglaterra (National Institute for Mental Health in England, 2005) o New York (Khanam et al., 2013).

En España, se contemplan aspectos de la recuperación dentro de la línea estratégica 2 'Atención a los trastornos mentales' en el 'Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud', en el marco de la 'Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud' (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011a).

Esto ha generado que prácticamente todas las comunidades autónomas también hayan incorporado la perspectiva de la recuperación en sus planes de salud mental. En Cataluña, en el 'Plan Director de Salud Mental y Adicciones' (PDSMyA) aprobado en el 2006, se propone un nuevo modelo de atención y de organización de los servicios de salud mental, concretamente en el objetivo estratégico 3 se propuso 'orientar la cartera de servicios a las necesidades de los usuarios de la red de salud mental y adicciones' (p. 80), y en la línea estratégica 1 se estableció: 'conseguir que la cartera de servicios de salud mental y adicciones esté realmente orientada a los usuarios y a sus familias, potenciando un modelo de intervención más activo y comunitario' (p. 80). En concreto en el objetivo operativo 1.2. se propuso: 'priorizar la atención a la psicosis incipiente y a la población infantil y juvenil con trastornos mentales graves' (p. 81). Por otro lado, en la línea estratégica 2 del PDSMyA se estableció: 'mejorar la cartera de servicios para atender a los problemas de salud prioritarios' (p. 82) y como objetivo operativo 2.6. se propuso 'mejorar la cartera de servicios en relación a la atención de las personas con trastornos psicóticos' (p. 83). En este sentido, como parte de las acciones para cumplir dicho objetivo se diseñó el 'Programa de Atención Específica a las personas con Trastornos Psicóticos Incipientes' (PAE-TPI) (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2006).

En este sentido, como objetivo específico del PAE-TPI propusieron 'facilitar la recuperación de un episodio psicótico y prevenir las recaídas durante el período crítico de cinco años posterior al primer episodio' (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2011, p. 18).

Las estrategias de intervención asistencial que se desarrollan en el PAE-TPI, están dentro de un marco bio-psicosocial integral, orientado en un modelo asistencial de recuperación y teniendo en cuenta la experiencia vivida y las

perspectivas del paciente. Por lo tanto, se da prioridad a aspectos en la valoración de las necesidades específicas de cada persona, dentro de un proceso asistencial que garantice (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2011, p. 31):

- La recuperación personal (recuperación del sentido de la identidad, planificación de un proyecto de vida).
- La recuperación funcional (incrementar habilidades para hacer frente a la vida de la forma más autónoma posible).
- La recuperación clínica (disminución de los síntomas).

No obstante, para lograr que los servicios de salud mental se orienten hacia esa concepción de la asistencia se requiere un profundo cambio organizativo en muchos niveles. El *Center for Mental Health* ha identificado diez retos organizativos clave para la implementación del enfoque de la recuperación en los servicios de salud mental (Shepherd, Boardman, y Slade, 2008a):

1. Cambiar la naturaleza de las interacciones diarias y la calidad percibida.
2. Impartir programas educativos y formativos integrales liderados por las personas usuarias.
3. Constituir un centro de formación sobre recuperación que impulse los programas.
4. Garantizar el compromiso organizativo y crear 'cultura de recuperación'.
5. Aumentar la personalización y la toma de decisiones.
6. Cambiar el modo en que enfocamos la evaluación y gestión de riesgos.
7. Redefinir la participación de las personas usuarias.
8. Transformar al colectivo de profesionales.
9. Apoyar a las y los profesionales durante su propia recuperación.
10. Aumentar las posibilidades de construir una vida más allá de la enfermedad.

El enfoque de la recuperación también requiere una relación diferente entre las personas usuarias de los servicios y los profesionales de la salud. La meta del profesional es por lo tanto ofrecer a la persona los recursos (información, habilidades, redes y apoyo), que le sirvan para gestionar su propia enfermedad en lo posible y ayudarle a obtener acceso a los recursos que se estimen

necesarios para vivir su vida (Shepherd et al., 2008b). Los pacientes han de tener un rol activo y voz propia, para poder avanzar en este proceso.

Los objetivos de los servicios de salud mental orientados hacia la recuperación son, por lo tanto, distintos de los objetivos tradicionales de los servicios de salud ('tratamiento y cura'). Estos últimos ponen el énfasis en el alivio de síntomas y la prevención de recaídas. En la recuperación, la mejoría de los síntomas sigue siendo importante, y juega un papel clave en la recuperación de la persona, pero la calidad de vida y el bienestar, según la valore el propio afectado, es fundamental (Shepherd et al., 2008b).

En un metaanálisis reciente (Thomas, Despeaux, Drapalski, y Bennett, 2018) donde incluyeron 23 estudios primarios, con un total de 1739 pacientes con enfermedades mentales graves y que midieron cuantitativamente la recuperación orientada a la persona, el empoderamiento o la esperanza en dos momentos en el tiempo, los resultados mostraron que los pacientes experimentaron unos resultados mayores y más sostenidos en el tiempo, con mayores niveles de recuperación orientados a la persona, cuando participaron en un tratamiento de salud mental centrado en la recuperación en comparación a la atención habitual u otros tipos de tratamiento.

La investigación sobre la recuperación centrada en las personas con trastornos mentales es relativamente reciente. No obstante, tal y como se ha expuesto anteriormente, en los últimos años el concepto de recuperación en los trastornos psicóticos ha ganado un impulso importante tanto a nivel clínico como político. Del mismo modo, se han desarrollado algunos instrumentos de evaluación que están permitiendo obtener un mayor conocimiento de la recuperación en personas con trastorno psicótico, tal y como se ha expuesto en el apartado 1.3.3. Sin embargo, son necesarias más investigaciones que permitan ampliar y profundizar el conocimiento sobre los instrumentos de medida, el proceso de recuperación de las personas con trastorno psicótico y la relación de la recuperación con otras variables.

## 1.4. El bienestar subjetivo

---

### 1.4.1. Conceptualización

Desde la antigüedad, los filósofos griegos debatían acerca de la forma en que las persona pueden y deben alcanzar un estado de **bienestar** (Veenhoven, 1991). No obstante, es relativamente reciente el abordaje del bienestar subjetivo como objeto de estudio.

Una buena parte de los estudios iniciales en esta área de conocimiento se centraron en factores externos del bienestar. En ellos se analizaban las condiciones de vida que favorecían el bienestar objetivo, conocido como *'welfare'*. Así, inicialmente se adoptó el término *'nivel de vida'* para hacer referencia a estas condiciones que, en un principio, se circunscribían a lo puramente económico. El concepto de nivel de vida tenía como marco de referencia el *'estado de bienestar'* (*welfare state*) y las políticas que a él se encaminaban (García Martín, 2002). En esa época, la mayoría de los países occidentales se habían convertido en ricos estados de bienestar. Se reconocieron límites al crecimiento económico y ganaron importancia los valores post-materiales. Como resultado del denominado *'movimiento de los indicadores sociales'*, el concepto de estado de bienestar dio lugar, en la década de los setenta, al término *'calidad de vida'*. Esto sirvió para denotar que hay algo más que simplemente bienestar material (Veenhoven, 1991).

El concepto de calidad de vida se comenzó a consolidar por parte de las ciencias sociales, permitiendo una redefinición de las ideas sobre el cambio social positivo, en el que se da tanta entidad a los fenómenos *'subjetivos'* como a los fenómenos tradicionalmente denominados *'objetivos'*. Por lo tanto, el estudio sobre calidad de vida articula dos dimensiones: la calidad de vida objetiva y la subjetiva (Veenhoven, 1996). La calidad de vida objetiva es el grado en que las condiciones de vida cubren los criterios observables (renta, salud, grado de instrucción, educación, etc.). La calidad de vida subjetiva se refiere a la satisfacción que tienen las personas con lo que les afecta de manera más directa.

Con ella apareció un renovado interés por estudiar el **bienestar subjetivo** (*well-being* en inglés, noción muy distinta del 'bienestar macrosocial', *welfare*, que adjetiva el concepto 'estado de bienestar') (Casas, 2015). De esta forma, fenómenos psicológicos y aspectos psicosociales, como actitudes, representaciones, satisfacciones y, incluso, la felicidad, pasan a ser objeto de estudios poblacionales (Casas, 1989).

En 1967, Wilson presentó una amplia revisión del bienestar, concluyendo que una persona feliz es 'joven, saludable, bien educada, bien pagada, extrovertida, optimista, libre, religiosa, casada, con alta autoestima, moral de trabajo, aspiraciones modestas, de cualquier sexo y de una amplia gama de niveles de inteligencia' (p. 294).

En los años 70 se llegó al consenso de definir las condiciones no materiales de vida como las percepciones, las evaluaciones y las aspiraciones de las personas (indicadores subjetivos o psicosociales) (Campbell, Converse, y Rodgers, 1976), introduciendo dimensiones como la participación, el crecimiento personal y la satisfacción. Este hecho consolidó la utilización de indicadores sociales subjetivos como medidas de bienestar social.

Por otro lado, Andrews y Withey (1976) utilizaron las evaluaciones que las personas hacen de los ámbitos de la propia vida, como indicadores subjetivos del bienestar. Otra contribución importante de estos autores fue la propuesta de tres estrategias básicas que han orientado la dirección de la investigación sobre el bienestar subjetivo durante muchos años, y que son las siguientes (citado por Navarro, 2011, p. 29):

1. Exploración de los componentes del bienestar.
2. Identificación y medidas de los factores que influyen en el bienestar.
3. Investigaciones de los efectos sociales y psicológicos de las diferencias en el bienestar percibido.

Posteriormente, el bienestar fue definido desde diferentes perspectivas, por lo que Ryan y Deci (2001) propusieron clasificarlo en dos grandes tradiciones: hedónica y eudaimónica. La tradición hedónica crece con el movimiento de los indicadores subjetivos psicosociales (Campbell et al., 1976), centrándose en el

estudio del bienestar subjetivo, desde la perspectiva de la felicidad, y define el bienestar en términos de alcanzar el placer y evitar el dolor. El bienestar subjetivo se relaciona también con la búsqueda de maximizar el placer y minimizar el dolor. En cambio, la tradición eudaimónica se centra en el bienestar psicológico, se define como la búsqueda de una vida virtuosa o de excelencia, en la que predomina el desarrollo de las potencialidades del individuo y la autorealización (Ryff, 1989).

Focalizando en el bienestar hedónico o bienestar subjetivo, Diener (1984), realizó una revisión sobre la naturaleza del bienestar subjetivo y sobre las dimensiones que lo componen, y estableció tres principios que tenían que guiar el estudio del bienestar subjetivo en el futuro. Son los siguientes:

1. Se basa en la propia experiencia del individuo y en sus percepciones y evaluaciones sobre la experiencia.
2. La inclusión en el estudio de medidas positivas y no solo la ausencia de aspectos negativos.
3. La incorporación de algún tipo de evaluación global sobre la vida de una persona, a menudo denominada 'satisfacción vital'.

La posición mayoritaria entre los autores de la tradición hedónica es considerar que el bienestar subjetivo está formado por tres componentes (Argyle, 1993; Cummins, y Cahill, 2000; Diener, 1994):

1. Cognitivo.
2. Afecto positivo.
3. Afecto negativo.

El **componente cognitivo**, es el principal componente del bienestar subjetivo y se refiere a la percepción de satisfacción con la vida.

Las investigaciones científicas sobre la satisfacción con la vida, contemplan su evaluación desde dos vertientes:

1. La satisfacción con la vida globalmente.
2. La satisfacción con ámbitos específicos de la vida.

La *satisfacción global con la vida globalmente* evalúa la vida como un todo, no un estado momentáneo de la vida (Veenhoven, 1994), y con frecuencia, se

denomina 'satisfacción vital'. Para algunos autores como Pavot, Diener, Calvin, y Sanvik (1991) proporciona una evaluación cognitiva, en cambio para otros es una especie de síntesis de los componentes cognitivos y afectivos (Diener, 1994; 2006). Cummins (2003) la considera en el más alto nivel de abstracción de la capacidad de valorar subjetivamente el bienestar. En cualquier caso, el estudio de la satisfacción con la vida globalmente es considerado clave para el estudio del bienestar subjetivo (Cummins, 1996).

La *satisfacción con ámbitos específicos de la vida* estudia el bienestar considerando la vida desde diferentes ámbitos. No obstante, no existe un consenso sobre que ámbitos forman parte de la satisfacción, así como sus características, tal y como detalla Rojas (2006) en una revisión de la literatura, que se describe a continuación:

- Flanagan (1978) mencionó quince componentes, entre ellos: 1) bienestar económico, 2) bienestar físico y salud, 3) relaciones con parientes, 4) tener y criar hijos, 5) relaciones de pareja, 6) amigos cercanos, 7) ayuda hacia los demás, 8) actividades cívicas y sociales, 9) desarrollo intelectual, 10) conocimiento personal, 11) trabajo, 12) expresión personal y creatividad, 13) socialización, 14) actividades recreativas pasivas y 15) actividades recreativas activas.
- Day (1987) consideró trece áreas de actividad, entre ellas: 1) vida familiar, 2) vida laboral, 3) vida social, 4) placer y recreación, 5) salud personal, 6) cuidados en relación con la salud, 7) consumo de bienes y servicios, 8) posesiones materiales, 9) vida personal, 10) vida espiritual, 11) situación del país, 12) relación con el gobierno federal y 13) relación con el gobierno local.
- Headey y Wearing (1992) definieron los siguientes ámbitos: ocio, matrimonio, trabajo, nivel de vida, amistades, vida sexual y la salud.
- Argyle (2001) mencionó ámbitos como: dinero, salud, trabajo y empleo, relaciones sociales, ocio, vivienda y educación.
- Cummins (1996) definió una clasificación de siete ámbitos: 1) el nivel de vida, 2) salud, 3) logros en la vida, 4) relaciones personales, 5) seguridad, 6) comunidad y 7) seguridad en el futuro.

En la literatura se afirma que la satisfacción con la vida se puede entender como el resultado de la satisfacción con los diferentes ámbitos de la vida (Cummins, 1996; Headey, y Wearing, 1992; Meadow, Mentzer, Rahtz, y Sirgy 1992; Rampichini, y Schifini, 1998; Sirgy et al., 1995; Veenhoven, 1996), es decir, se asume una relación entre la satisfacción con la vida y la satisfacción con los ámbitos de la vida.

El **afecto positivo** refleja el grado en que una persona se siente entusiasta, activa y alerta ante la realización de diferentes roles sociales y se presenta en situaciones de alegría y de extraversión. Un alto nivel de afecto positivo hace que las personas muestren más energía, estén en plena concentración y tengan más grado de implicación en las actividades que desarrollan (Watson, Clark, y Tellegan, 1988).

Argyle (1993) planteó algunos factores que podían predecir el afecto positivo como son: las relaciones sociales, la situación laboral, la satisfacción con el puesto de trabajo, la extraversión, el nivel de estudios y educación, los acontecimientos vitales positivos y la satisfacción con las actividades del ocio. En las personas con un bajo afecto negativo éste se asoció con síntomas de tristeza y melancolía.

Por otro lado, Harding (1982) encontró que el afecto positivo se correlacionaba con la participación social.

El **afecto negativo** incluye emociones y estado de ánimo con un contenido subjetivo desagradable (ira, rabia, tristeza, ansiedad, preocupación, culpa, vergüenza, miedo, envidia, celos, etc.) y se expresa en reacciones negativas de la gente ante sus vidas, otras personas o circunstancias. Las personas con un bajo afecto negativo presentan estados de calma y serenidad.

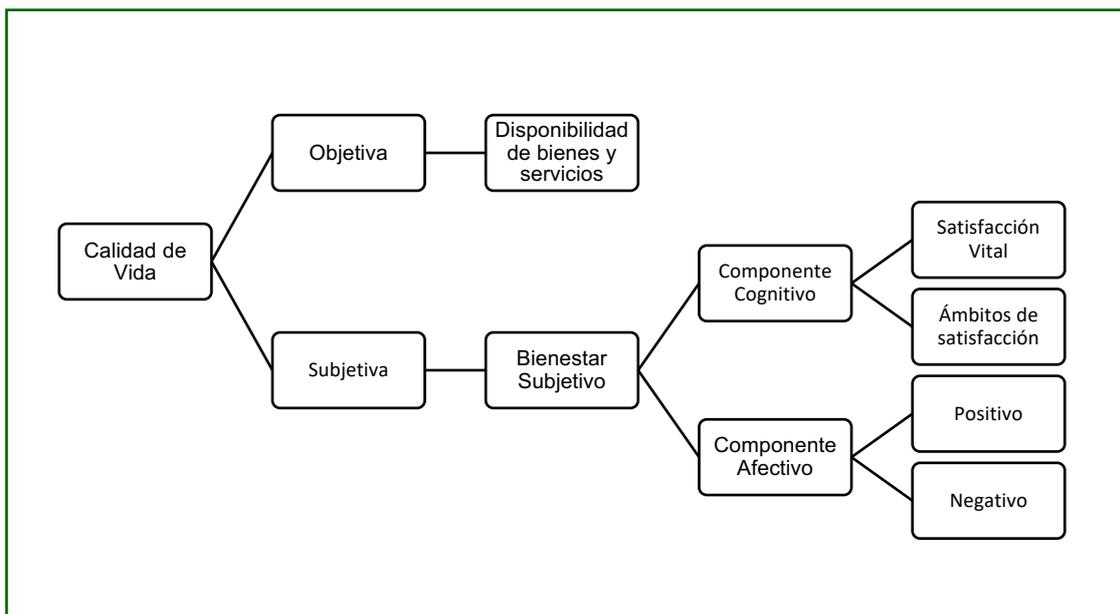
Headey y Wearing (1992) diferenciaron dos dimensiones en el afecto negativo: la primera relacionada con la ansiedad y la segunda relacionada con situaciones de depresión. No obstante, consideran que las personas ansiosas a menudo están deprimidas y viceversa. Sin embargo, deducen que, al distinguir entre ansiedad y depresión, se puede arrojar luz sobre la relación desconcertante entre el afecto positivo y el negativo. En el sentido que, si bien una persona

puede estar satisfecha con la vida y ansiosa, pero es raro encontrar personas que informen estar satisfechas y deprimidas.

Diener, Larsen, Levine y Emmons (1985) expusieron que los niveles medios de afecto positivo y afecto negativo son el resultado de dos componentes: la frecuencia del afecto y la intensidad del afecto.

Por otro lado, Harding (1982) encontró que el afecto negativo se relacionó con medidas de deterioro de la salud, preocupaciones y ansiedad, que llevan a tener un bienestar subjetivo negativo.

Algunos autores como Liberalesso (2002) plantearon que la calidad de vida incluye el bienestar como componente subjetivo del concepto. Siguiendo este planteamiento Moyano y Ramos (2007), propusieron un modelo que relaciona los conceptos de calidad de vida, bienestar subjetivo, satisfacción vital y felicidad (Figura 8).



**Figura 8. Relación entre los conceptos de calidad de vida, bienestar subjetivo, satisfacción vital y felicidad (Mayono, y Ramos, 2014)**

Aunque se ha intentado conceptualizar el término bienestar subjetivo, a lo largo de la historia y hasta en el momento actual, se han utilizado y se continúan utilizando diferentes términos, de forma intercambiable, entre los que se encuentra la 'felicidad' y la 'satisfacción con la vida'.

El recorrido histórico y conceptual que se ha llevado a cabo sobre el bienestar subjetivo, ha permitido destacar las contribuciones más relevantes que se han realizado en este campo. En la presente investigación se ha optado por analizar el bienestar subjetivo propuesto por Cummins y colaboradores (Cummins, 2000, 2003, 2010; Cummins, y Cahill, 2000; Cummins, Eckersley, Pallant, van Vugt, y Misajon, 2003, Cummins, Wooden, y Stokes, 2014).

### **1.4.2. Modelos teóricos**

Diener (1984) contribuye a situar las diferentes perspectivas teóricas que se pueden identificar en el estudio del bienestar subjetivo, siendo una de las primeras clasificaciones teóricas que se formularon. El autor identifica seis teorías explicativas del bienestar subjetivo, excluyendo a las que tienen una base biológica:

#### **1- Teorías finalistas, teleológicas o de punto final**

Las *teorías finalistas, teleológicas o de punto final* del bienestar subjetivo sostienen que la felicidad se logra cuando algún estado, como puede ser algún objetivo o necesidad, es alcanzado. El conjunto de estas teorías sitúa el locus de la felicidad en estados finales, refiriéndose a las cosas hechas o terminadas. Dentro de este grupo se encuentran: las *teorías de la necesidad* y las *teorías del objetivo*.

Según las primeras, las *teorías de la necesidad*, la 'satisfacción de las necesidades causa bienestar y a la inversa' tal y como postula Wilson (1967, p. 71). Diener, Larsen y Emmons (1984) encontraron que las personas experimentan bienestar cuando sus necesidades concretas están satisfechas, basándose en la adecuación de la persona y el entorno. Maslow (1991) propuso una jerarquía universal de necesidades que aparecen en el mismo orden en todas las personas. Trata de ordenar qué aspectos carenciales, presentes en cada uno de nosotros, deben ser satisfechos para alcanzar el bienestar o, cuando menos, no experimentar malestar por su falta. Los individuos deberían experimentar bienestar subjetivo si están satisfaciendo las necesidades en sus niveles concretos, o al menos, no experimentar malestar por su falta.

Las *teorías del objetivo* se refieren al logro de objetivos conscientes. Algunos teóricos, como Chekola (1975) sugieren que la felicidad depende de la continua satisfacción con el proyecto de vida, entendido como el conjunto integrado de metas de cada persona. Este enfoque del plan de vida defiende que el bienestar depende de dos factores claves, que están relacionados: por un lado, la integración armoniosa de los objetivos de cada uno y por otro, la satisfacción de estas metas. En este sentido, Palys y Little (1983) consideran que la felicidad proviene de la continua satisfacción del plan de vida de cada uno, integrado por una serie de proyectos a corto, medio o largo plazo. Estos autores consideran que las personas más satisfechas con sus vidas son aquellas que tienen unos proyectos o metas más fácilmente alcanzables a corto o medio plazo, y que les permiten obtener unas gratificaciones más inmediatas.

## **2- Teorías del placer-dolor**

Según las *teorías del placer-dolor*, el bienestar es el resultado de determinadas combinaciones entre placer y displacer en la vida de las personas. Parten de la premisa que el placer y el dolor están íntimamente relacionados (Tatarkiewicz, 1976, citado por Navarro, 2011).

Otra relación que se ha encontrado entre placer y dolor, se refiere a la inversión psicológica o el compromiso que uno tiene con los objetivos. Cuando se tienen logros importantes y se trabaja duro para conseguirlos, el fracaso llevará a una infelicidad sustancial, mientras que el éxito llevará a una gran felicidad. De este modo, el compromiso, la implicación y el esfuerzo parece que aumentan la intensidad del afecto que una persona siente (Tatarkiewicz, 1976, citado por Navarro, 2011).

Otra teoría que relaciona el placer y el dolor, es la *teoría del proceso contrario* (Solomon, 1980) que propone que la pérdida de algo negativo o desagradable llevará a una mayor felicidad. Contrariamente, la pérdida de algo bueno o agradable, llevará a la infelicidad.

### 3- Teorías de la actividad

Las *teorías de la actividad* mantienen que el bienestar es un producto de la actividad humana 'bien hecha'. Aristóteles, fue un gran defensor de este tipo de teorías. Según él, cada persona tiene ciertas habilidades y la felicidad surge cuando se llevan a cabo de una manera excelente (Navarro, 2011).

Un tema recurrente en las teorías de la actividad es que la autoconciencia produce una disminución de la felicidad, es decir, si nos centramos en conseguir la felicidad, puede ser que nos alejemos. En cambio, si las personas se centran en actividades u objetivos importantes, la felicidad llegará por sí sola. La felicidad surge del comportamiento, más que del hecho de conseguir los objetivos (Navarro, 2011).

Una de las formulaciones más explícitas sobre la actividad y el bienestar psicológico es la *teoría del flujo*. Cuando las actividades que se realizan son un reto que está en consonancia con el nivel de habilidad de la persona son vividas de forma placentera. En palabras de Csikszentmihalyi (1975), esto produce una 'experiencia placentera de flujo'. Si una actividad supone un reto alcanzable, producirá felicidad; si resulta demasiado fácil producirá aburrimiento; y si es demasiado difícil producirá ansiedad o malestar (citado por Navarro, 2011, p. 31).

### 4- Teorías de abajo a arriba (bottom-up) frente a teorías de arriba a abajo (top-down)

Las *teorías de abajo a arriba (bottom-up)* mantienen que la felicidad es la suma de pequeños placeres. En términos de satisfacción, significaría que la satisfacción con ámbitos específicos de la vida conduce a la satisfacción con la vida considerada globalmente.

En contraste, las *teorías de arriba a abajo (top-down)* asumen que existe una predisposición global a experimentar los acontecimientos de forma positiva (Casas, 1996), aunque se hace difícil demostrar empíricamente esta predisposición, de manera que la satisfacción con la vida globalmente influenciaría la satisfacción con los ámbitos específicos de la vida. El locus de la

felicidad, desde esta perspectiva se sitúa en las actitudes, es decir, lo importante no es lo que la persona tiene, sino cómo reacciona a lo que tiene (Tatarkiewicz, 1976, citado por Navarro, 2011).

Según Kozma, Stone y Stones (1997) este modelo presenta dificultades inherentes, por ello, proponen tres enfoques alternativos al de *bottom-up*, todos ellos englobados bajo la categoría *top-down*. Los tres se basan en las características de personalidad, o las diferencias individuales, para explicar la estabilidad del bienestar subjetivo y el impacto limitado que el entorno parece tener sobre él. Los tres enfoques son los siguientes (Kozma et al., 1997):

1. La consideración de McCrae y Costa (1983) del bienestar como rasgo de orden superior que está determinado principalmente por la extraversión y el neuroticismo.
2. El bienestar como un constructo o como un recurso de personalidad de orden superior, formulado por Recker y Wong (1983).
3. El bienestar como una propensión o disposición.

Mallard, Lance y Michalos (1997) amplían estas dos teorías, *top-down* y *bottom-up*, con la adopción de un tercer enfoque, el *modelo bidireccional*, formulado anteriormente por Gerhart (1987). Desde esta perspectiva se defiende que ambas influencias (*top-down* y *bottom-up*) se dan simultáneamente y que, por tanto, las relaciones entre la satisfacción con la vida globalmente y los ámbitos específicos de la vida son multidireccionales.

## **5- Teorías asociacionistas**

Las *teorías asociacionistas* tratan de explicar por qué algunos individuos tienen un temperamento que está predispuesto a la felicidad. Estas teorías consideran la felicidad a partir de una predisposición y en base a las redes asociativas en la cognición, la memoria o el condicionamiento (Bower, 1981).

Un enfoque cognitivo general sobre la felicidad tiene que ver con las redes asociativas de la memoria. Bower (1981) mostró que la gente trae a la memoria recuerdos que son afectivamente congruentes con su estado emocional del momento.

A partir del enfoque de condicionamiento, Fordyce (1977) dio pruebas de que un intento consciente de reducir los pensamientos negativos puede aumentar la felicidad.

Por otro lado, se desarrollan redes de memoria de asociaciones positivas y otras de asociaciones negativas, siendo estas últimas limitadas y aisladas. Las personas con redes predominantemente positivas pueden reaccionar de forma más positiva a los acontecimientos vitales (Bower, 1981).

## 6- Teorías de juicio o valorativas

Las *teorías de juicio o valorativas* postulan que la felicidad resulta de una comparación entre unas situaciones estándar conscientes o inconscientes (bienestar centrado en las emociones) y las condiciones reales (Casas, 1996). Existen diferentes teorías de juicio, un ejemplo son las siguientes:

1. *Las teorías de la adaptación.* Los estándares utilizados para hacer las comparaciones pueden ser o bien las personas más cercanas o bien nuestra propia experiencia del pasado. Los cambios producen bienestar dependiendo de cómo el individuo se adapte a ellos.
2. *Teorías del nivel de aspiración.* El bienestar depende de la relación entre los deseos realizados y el deseo al que se aspira. Si las aspiraciones y las condiciones adversas son demasiado altas, pueden reducir el bienestar subjetivo.
3. *Teorías de la comparación social.* Los individuos evalúan sus propias opiniones y capacidades mediante la comparación con otros, que suelen ser las personas más cercanas, con el fin de reducir la incertidumbre en esos ámbitos, y aprender a definirse a uno mismo.

Al margen de la clasificación de Diener (1984) que se acaba de presentar y que ha servido de guía para hablar de las teorías explicativas del bienestar subjetivo, posteriormente se propusieron la *Teoría de las Discrepancias Múltiples* (TDM) de Michalos (1985) y la *Teoría Homeostática del bienestar subjetivo* de Cummins (2000).

### **Teoría de las Discrepancias Múltiples (TDM)**

En la línea de las teorías de juicio, Michalos (1985) planteó la *Teoría de las Discrepancias Múltiples* (TDM), dando respuesta a que es lo que hace sentir felices o satisfechas a las personas, tanto en la satisfacción con la vida como un todo, como en sus diferentes ámbitos, como pueden ser la salud, el trabajo, los ingresos, las relaciones de pareja, etc. Los individuos comparan su situación personal con una serie de estándares para establecer niveles de felicidad o satisfacción y al realizar dicha comparación, surgen las discrepancias. Discrepancias que se ven afectadas por edad, sexo, nivel educativo, nivel de ingresos, etnia, autoestima y apoyo social. Por lo tanto, todo ello afectará también al bienestar subjetivo.

Los estándares objeto de comparación son los siguientes (Casas, 1996):

1. Lo que se desea.
2. Lo que tienen los demás.
3. Lo mejor que se ha tenido en el pasado.
4. Lo que se esperaba conseguir en el pasado reciente (3 años).
5. Lo que se espera del futuro próximo (5 años).
6. Lo que cada uno considera que se merece.
7. Lo que cada uno considera que necesita.

Estos estándares dan lugar a seis hipótesis básicas que son las siguientes (Michalos, 1995):

1. La satisfacción neta expresada (felicidad o bienestar subjetivo) es una función lineal positiva de las discrepancias percibidas entre lo que uno tiene y lo que desea, lo que tienen otras personas significativas, lo mejor que uno ha tenido en el pasado, lo que esperaba tener hace 3 años, y lo que uno merece y lo que necesita.
2. Todas las discrepancias percibidas, excepto las que se dan entre lo que uno tiene y lo que desea, son funciones lineales positivas de discrepancias objetivamente medibles, que también tienen un efecto directo sobre la satisfacción y las acciones.

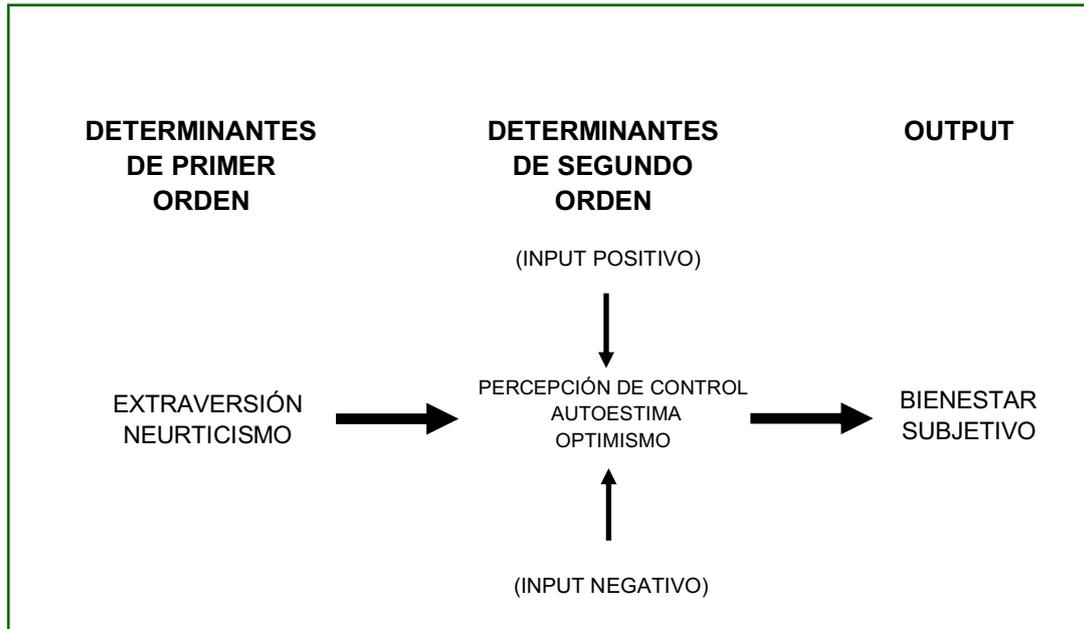
3. La discrepancia percibida entre lo que uno tiene y lo que desea es una variable que media entre todas las demás discrepancias percibidas y la satisfacción neta expresada.
4. La búsqueda y conservación de la satisfacción neta motiva la acción humana en proporción directa a los niveles esperados de satisfacción neta percibidos.
5. La edad, el sexo, el nivel de instrucción, el grupo étnico, los ingresos, la autoestima y el apoyo social, afectan, directa e indirectamente, a todas las acciones, las satisfacciones y las discrepancias.
6. Las discrepancias objetivamente medibles son funciones lineales de la acción humana y los condicionantes.

Cummins y Nistico (2002) argumentan que la TDM tiene un bajo poder explicativo de la satisfacción global con la vida, ya que no está establecido que la satisfacción vital esté determinada causalmente por las evaluaciones de diversos aspectos de la vida.

### **Teoría homeostática**

La *Teoría Homeostática* se propuso con el objetivo de explicar el funcionamiento del bienestar subjetivo. Partiendo de la idea que el funcionamiento del bienestar subjetivo, en condiciones normales, es manejado por un sistema homeostático psicológico, de tal forma que las personas suelen estar satisfechas con su vida y esto no suele cambiar sustancialmente con el tiempo (Cummins, 2010).

Esta teoría sostiene que el proceso psicológico en el que se sitúa el bienestar es un sistema altamente integrado que comprende un sistema de capacidades genéticas primarias y un sistema protector secundario (Cummins, 2000) (Figura 9). El sistema primario o *determinantes de primer orden*, proporcionan un rango genéticamente determinado de percepción de bienestar, y incluye dos características de la personalidad, la extroversión y el neuroticismo (Cummins, 2000). Numerosos estudios han mostrado que la extroversión y el neuroticismo correlacionan fuertemente con el bienestar subjetivo (p. ej. DeNeve, 1999).



**Figura 9. Teoría homeostática del bienestar subjetivo de Cummins (2000)**

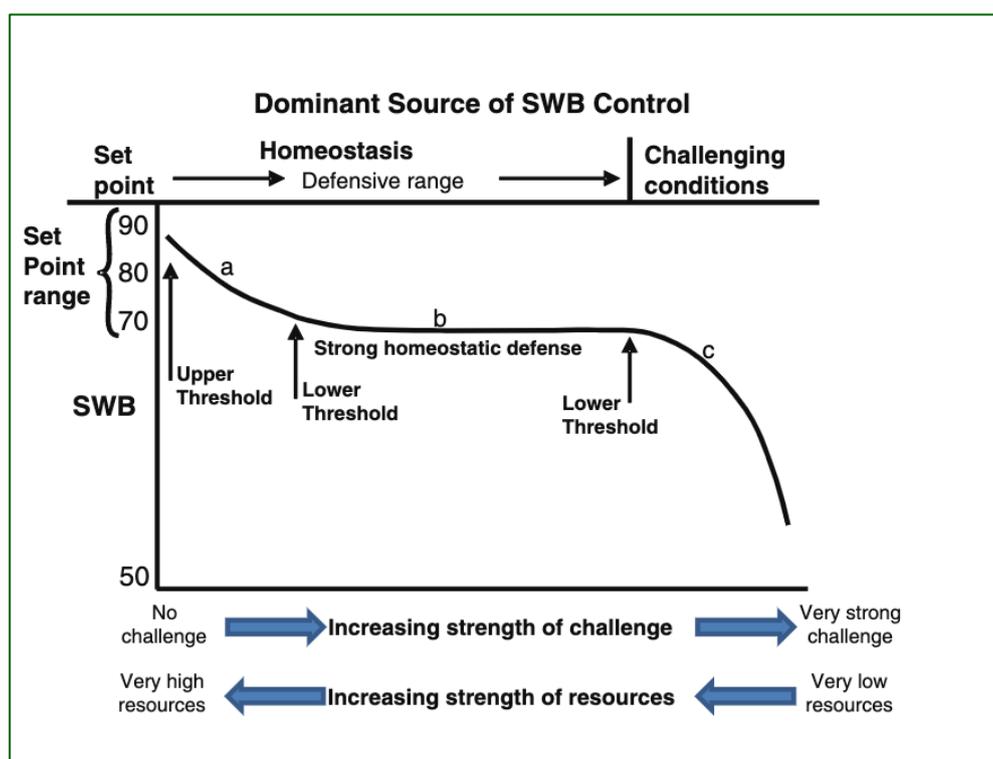
Los *determinantes de segundo orden* comprenden un sistema de amortiguadores internos. Tienen por objetivo mantener la estabilidad del bienestar subjetivo de las personas. Este sistema lo conforman tres procesos entrelazados de la percepción de control, la autoestima, y el optimismo vital (Cummins, 2000).

Por último, se habla también de *determinantes de tercer orden* refiriéndose a las experiencias y interacciones, positivas y negativas, del individuo con su entorno. Especificando que si su influencia es lo suficientemente adversa puede invalidar el efecto protector de los determinantes de segundo orden y repercutir negativamente en el bienestar subjetivo (Cummins, 2000; Cummins, y Nistico, 2002).

Cummins, Wooden y Stokes (2014) han propuesto que cada persona tiene un punto de ajuste del bienestar subjetivo, en muestras no clínicas de población general, evaluado a través de la pregunta '*¿qué tan satisfecho está con su vida como un todo?*'. La respuesta nos proporciona información sobre el estado general del bienestar subjetivo personal, en una escala del 0, que significa 'muy insatisfecho', al 10, que significa 'muy satisfecho' y posteriormente ajustada a

una escala de 0 a 100 puntos. El rango medio de puntuaciones se distribuye entre los 71 y 90 puntos.

Aunque el bienestar subjetivo es generalmente estable y constante en el tiempo, puede disminuir por debajo de su punto de ajuste en respuesta a acontecimientos adversos que se producen en la vida. Sin embargo, estas desviaciones son por lo general temporales, ya que se trata un 'estado de ánimo protegido homeostáticamente' y los procesos operan para que el bienestar subjetivo vuelva a su estado normal (Cummins, 2010). No obstante, si un desafío se vuelve demasiado fuerte, el sistema homeostático se alterará y el bienestar subjetivo disminuirá como resultado de ser dominado por la amenaza. Se cree que las puntuaciones entre 50 y 70 puntos significan un desafío homeostático de bienestar subjetivo, y una puntuación de 50 puntos o menor, representan un bienestar subjetivo 'derrotado homeostáticamente' (Cummins et al., 2014). Cuando esto ocurre, los sentimientos normales de bienestar desaparecen y se reemplazan por la depresión (Cummins, 2010) (Figura 10).



**Figura 10. Niveles de bienestar subjetivo según la teoría homeostática** (Cummins, Wooden, y Stokes, 2014)

En este apartado, se han descrito las teorías explicativas del bienestar subjetivo. La Teoría Homeostática del bienestar subjetivo de Cummins (2010) es la que se ha adoptado en esta investigación, por su validez empírica (Cummins, 2000; 2010; Cummins et al., 2014). No obstante, hay escasa investigación en personas con trastorno mental, y por ello se pretende poner a prueba esta teoría en personas con trastorno psicótico, según su fase de evolución de la enfermedad (psicosis incipiente *versus* esquizofrenia).

### **1.4.3. La evaluación del bienestar subjetivo**

El concepto de bienestar subjetivo se ha estudiado desde diversas perspectivas y con diferentes metodologías, hay autores que utilizan indistintamente los conceptos de 'felicidad', 'bienestar subjetivo o personal' y 'satisfacción con la vida'. Por esta razón se presentan los instrumentos de medida más relevantes y los más utilizados en la práctica clínica y en la investigación y que tienen como objetivo valorar el bienestar subjetivo, la satisfacción con la vida o la felicidad. Todos han sido objeto de análisis metodológicos y han demostrado su validez y son utilizados en población adulta en general.

El *Life Satisfaction Index* (LSI) (Neugarten, Havighurst, y Tobin, 1961) fue creado originalmente con la finalidad de diferenciar a las personas que envejecían sintiéndose satisfechas de las que no. Está compuesta por 20 ítems, y cada ítem se evalúa en una escala de 0 ('en desacuerdo') a 2 puntos ('de acuerdo'). Este índice genera una única puntuación, pero contiene ítems referidos a cinco dimensiones que evalúan la satisfacción con la vida presente y pasada. Las dimensiones son: 1) entusiasmo, 2) resolución y fortaleza, 3) congruencia entre objetivos deseados y alcanzados, 4) autoconcepto positivo y 5) estado anímico. La puntuación total del LSI oscila entre 0 y 20 puntos, a mayor puntuación mayor satisfacción vital.

El *Index of well-being, Index of General Affect* (Campbell et al., 1976) mide la satisfacción general con la vida (aspectos cognoscitivos) y los estados emocionales (aspectos afectivos). Está compuesto por 9 ítems, y cada ítem se evalúa en una escala de 1 a 7 puntos. Uno de los ítems mide la satisfacción con

la vida como un todo y los otros ocho ítems miden la intensidad de los estados afectivos.

El *Psychological General Well-Being Index* (PGWBI) (Dupuy, 1984) fue desarrollado a partir del *Psychological General Well-Being Schedule*, se trata de una escala de evaluación de los sentimientos del individuo acerca de su 'estado personal interior', siendo considerada una medida de bienestar intrapsíquico general, que evalúa estados emocionales que expresan un sentimiento subjetivo de bienestar o distrés. Este índice evalúa seis estados intrapersonales: 1) ansiedad, 2) humor deprimido, 3) bienestar, 4) autocontrol, 5) salud general y 6) vitalidad. Consta de 22 ítems y cada ítem se evalúa en una escala tipo Likert de 1 a 5 puntos en función de la intensidad o frecuencia con que el sujeto experimenta cada uno de los estados afectivos durante las tres últimas semanas. La puntuación total del PGWBI oscila entre 22 y 110 puntos, a mayor puntuación menor nivel de distrés psicológico y viceversa.

La *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) (Diener, Emmons, et. al., 1985) mide los juicios cognitivos que una persona hace sobre su vida. La SWLS está compuesta por 5 ítems, y se les pide a los sujetos que indiquen su grado de acuerdo con cada uno de los ítems, es una escala de 7 puntos, en la cual 1 significa 'totalmente en desacuerdo' y 7 significa 'totalmente de acuerdo'. La puntuación total va de 5 (baja satisfacción) a 35 (alta satisfacción).

La *Fordyce's Happiness Scale* (FHS) (Fordyce, 1988) tiene como objetivo evaluar el grado de felicidad, a través de un único ítem, e incluye once posibilidades de respuesta para valorar este aspecto: el valor 0 significa 'completamente infeliz' ('completamente abatido/a, muy deprimido/a') y 10 'completamente feliz' ('me siento eufórico/a, fantástico/a'). La puntuación media en poblaciones occidentales adultas es de siete puntos. Puntuaciones de ocho puntos o superiores indican una alta felicidad.

La *Psychological Well-Being Scale* (PWS) (Ryff, 1989) evalúa el bienestar psicológico. Esta escala está compuesta por 28 ítems que miden seis ámbitos: 1) autonomía, 2) crecimiento personal, 3) autoaceptación, 4) propósitos en la vida, 5) control sobre el ambiente y 6) relaciones positivas con los demás. Las

respuestas de cada ítem se valoran mediante una escala tipo Likert que comprende valores entre 1 ('totalmente en desacuerdo') y 5 ('totalmente de acuerdo'). Las puntuaciones más próximas a 5 indican niveles más elevados en cada una de las dimensiones del bienestar.

La *Subjective Well-being under Neuroleptic Scale* (SWN-K) (Naber, 1995), está indicada para medir el bienestar subjetivo bajo el tratamiento con antipsicóticos. La SWN-K está compuesta por 20 ítems, 4 ítems por cada subescala: 1) regulación emocional, 2) funcionamiento mental, 3) autocontrol, 4) integración social y 5) funcionamiento físico. Cada ítem se puntúa mediante una escala de 6 puntos, de 0 ('nada en absoluto') a 5 puntos ('mucho'). La puntuación total varía entre 20 y 120 puntos, de modo que las puntuaciones más altas indican un mayor bienestar subjetivo.

La *Escala Eudemon de Bienestar Personal* (EEBP) (Fierro, y Cardenal, 1996) relacionan sus resultados con adaptación social, factores de personalidad e inteligencia emocional. Está compuesta por 33 ítems, cada uno de ellos se evalúa en una escala que va del 0 ('No, de ninguna manera') al 10 ('Sí, totalmente'). De los cuales, 14 ítems están formulados como existencia de bienestar psicológico y 19 ítems lo están como ausencia de bienestar.

La *Escala de Bienestar Psicológico* (EBP) (Sánchez Canovas, 1998) evalúa el grado de bienestar general de una persona a partir de la información subjetiva acerca de su nivel de satisfacción con distintos ámbitos de su vida. Está compuesta por 65 ítems y está segmentada en cuatro subescalas: 1) bienestar subjetivo, 2) bienestar material, 3) bienestar laboral y 4) bienestar en las relaciones de pareja. La escala de respuesta es de tipo Likert, con dos sistemas de valoraciones distintas que van desde 1 punto ('nunca o casi nunca') hasta 5 puntos ('siempre') para el caso de las subescalas de 'bienestar subjetivo', 'bienestar material' y 'bienestar laboral', y una valoración desde 1 punto ('totalmente en desacuerdo') hasta 5 puntos ('totalmente de acuerdo') para el uso de la subescala de 'bienestar en las relaciones de pareja'.

La *Temporal Satisfaction With Life Scale* (TSWLS) (Pavot, Diener, y Suh, 1998) fue desarrollada a partir de la SWLS, con el propósito de distinguir entre los

cambios producidos a lo largo del tiempo en referencia a la satisfacción con la vida. Esta escala consta de 15 ítems, evaluando tres subescalas: satisfacción con la vida pasada, presente y futura. Los ítems se evalúan en una escala de 1 ('totalmente en desacuerdo') a 7 puntos ('totalmente de acuerdo').

La *Subjective Happiness Scale* (SHS) (Lyubomirsky, y Lepper, 1999) evalúa la felicidad subjetiva global. La SHS está compuesta por 4 ítems, dos de los ítems están diseñados para medir la felicidad subjetiva según uno mismo y sus compañeros y en los dos ítems restantes, se le pide al encuestado que se califique de acuerdo con la descripción de otras personas felices *versus* infelices. Los ítems se evalúan en una escala de 1 ('una persona no muy feliz' o 'menos feliz') a 7 puntos ('una persona muy feliz' o 'más feliz').

La *Escala de satisfacción por áreas vitales* (SAV) (Díaz Morales, y Sánchez-López, 2002) evalúa el grado de satisfacción en nueve ámbitos: 1) satisfacción con la familia, 2) estudios, 3) tiempo libre, 4) compañeros, 5) amigos/as, 6) vida afectiva, 7) salud física, 8) salud psicológica y 9) nivel de vida en general. La persona debe valorar el grado de satisfacción en una escala que va de 1 ('mínima satisfacción') a 7 puntos ('máxima satisfacción').

El *Personal Well-Being Index-Adult* (PWI-A) (Cummins et al., 2003) adopta una representación de la satisfacción con la vida globalmente a partir de una concepción de siete dimensiones: 1) el nivel de vida, 2) la salud, 3) los logros conseguidos en la vida, 4) las relaciones con las otras personas, 5) la seguridad presente, 6) las relaciones con la comunidad y 7) la seguridad en relación al futuro. El PWI-A consta de 7 ítems y cada ítem se valora en una escala de 0 ('muy insatisfecho') a 10 puntos ('muy satisfecho'). La puntuación final se obtiene mediante el cálculo de la puntuación media de los ítems y el ajuste a una escala de 0 a 100 puntos. Según Cummins et al. (2014) el rango medio de puntuaciones del PWI-A se distribuye entre los 71 y 90 puntos.

El *Oxford Happiness Questionnaire* (OHQ) (Hills, y Argyle, 2002) evalúa el bienestar subjetivo bajo el presupuesto de que la felicidad de las personas es, básicamente, el resultado de tres elementos: 1) la frecuencia o grado de afecto positivo o alegría, 2) el nivel medio de satisfacción vital durante un período de

tiempo y 3) la ausencia de sentimientos negativos, como la depresión o la ansiedad. Este cuestionario consta de 29 ítems que puntúan mediante una escala de 6 puntos: 1 significa 'totalmente en desacuerdo' y 6 'totalmente de acuerdo'. De manera que las posibles puntuaciones totales presentan un rango de 29 a 174, correspondiendo las puntuaciones más altas a mayores niveles de bienestar subjetivo.

La *Satisfaction With Life* (SWL) (Test, Greenberg, Long, Brekke, y Burke, 2005) evalúa la satisfacción subjetiva de la persona con trastorno mental severo con la vida actual, en cuatro ámbitos: 1) situación vital, 2) relaciones sociales, 3) trabajo y 4) estado psicológico. La SWL está compuesta por 18 ítems y cada ítem se valora en una escala que va de 0 ('nada en absoluto') a 4 puntos ('mucho').

La *Overall Life Satisfaction scale* (OLS) o Escala de Satisfacción global con la Vida evalúa la satisfacción con la vida considerada globalmente, a través de un único ítem, puntuándose en una escala de 0 ('muy insatisfecho') a 10 ('muy satisfecho'). La OLS tiene sus orígenes en los planteamientos de Campbell et al. (1976). La formulación en la versión castellana más habitual es "*¿Actualmente, hasta qué punto te encuentras satisfecho o satisfecha con toda tu vida, considerada globalmente?*" (Casas, 2010, p. 92).

La *Encuesta de Condiciones de Vida* (ECV) (Instituto Nacional de Estadística, 2014) es una encuesta de periodicidad anual que se realiza de forma armonizada en todos los países de la Unión Europea. En la edición de 2013 de la ECV se incluyó un 'módulo sobre bienestar'. La selección de las preguntas incorporadas ha sido fruto del trabajo de un grupo de expertos de distintos Estados Miembros y de Eurostat. En la ECV incluyeron la valoración subjetiva de las diferentes dimensiones que componen la calidad de vida y el bienestar desde una óptica multidimensional, como la satisfacción global con la vida y distintos aspectos concretos como son la satisfacción con la situación económica, la satisfacción con la vivienda, la satisfacción con el trabajo actual (en el caso de la población ocupada), la satisfacción con las relaciones personales, la satisfacción con el tiempo disponible, la confianza en el sistema político, la confianza en el sistema judicial, la confianza en la policía, la confianza en los demás y la seguridad percibida (Instituto Nacional de Estadística, 2014). Posteriormente en la edición

de la ECV del 2018, incluyeron de nuevo un 'módulo sobre bienestar', incorporando las siguientes variables: satisfacción global con la vida, satisfacción con la situación económica, satisfacción con el trabajo, la satisfacción con el tiempo disponible y la satisfacción con las relaciones personales (Instituto Nacional de Estadística, 2019a).

El bienestar subjetivo se puede medir de tres formas:

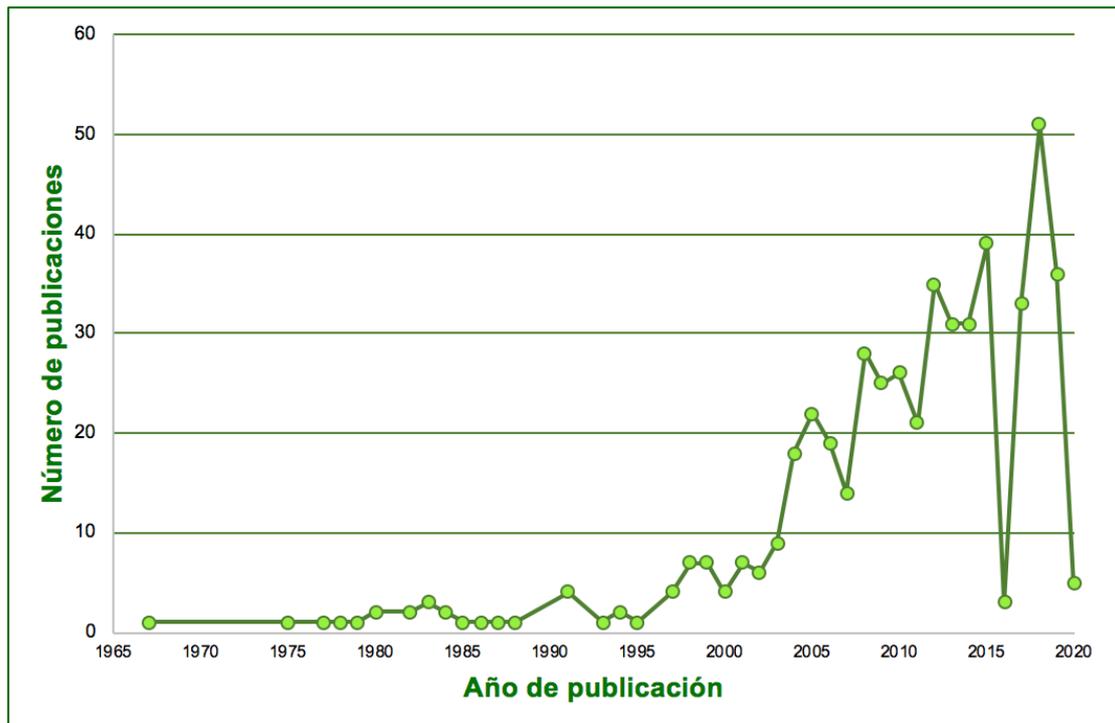
1. El bienestar subjetivo como *ítem único* centrado en la satisfacción global con la vida (p. ej. la OLS de Campbell et al., 1976). Aunque esta pregunta es una excelente medida de bienestar subjetivo, tales medidas de un solo ítem son menos fiables que las escalas de varios ítems.
2. El bienestar subjetivo como *constructo único*, también es definida como una escala libre de contexto (*context-free*), sus ítems son de carácter genérico y no se centran en ningún ámbito concreto de la vida. Es decir, no pretenden que los ítems individuales tengan un significado separado dentro de la construcción del bienestar subjetivo. Este enfoque se ejemplifica en la SWLS de Diener, Emmons, et al. (1985).
3. El bienestar subjetivo como medida *multidimensional*, a través de la evaluación de la satisfacción con varios ámbitos de la vida. Aquí, los ítems individuales se refieren a ámbitos de vida específicos (aspectos de la vida) y las puntuaciones se promedian para producir una medida de bienestar subjetivo. (p. ej., PWI-A (Cummins et al., 2003; International Wellbeing Group, 2013).

El PWI-A ha demostrado unas buenas propiedades psicométricas y ha sido utilizado en diversos estudios nacionales e internacionales y en poblaciones diversas (Cummins et al., 2003; International Wellbeing Group, 2013), y además contamos con la versión catalana y española del instrumento (Casas et al., 2008). Debido a las ventajas que aporta este instrumento, es el que se utilizó en este estudio para medir la variable de bienestar subjetivo.

Por otro lado, el *International Wellbeing Group* también recomienda incluir la OLS para evaluar la satisfacción global con la vida, aunque este no forme parte del PWI (International Wellbeing Group, 2013). Por este motivo también se utilizó la OLS en el presente estudio.

#### **1.4.4. Revisión de las investigaciones sobre bienestar subjetivo en personas con trastorno psicótico**

El interés por el bienestar subjetivo de las personas con trastorno psicótico ha ido ganando mayor atención en los últimos años, hecho que se ve reflejado en el incremento de los artículos científicos sobre 'bienestar subjetivo' y 'trastornos psicóticos' que se pueden obtener en la base de datos PubMed (MEDLINE) a enero de 2020 (Figura 11). Hasta dicha fecha se han publicado 534 artículos.



**Figura 11. Evolución en el número de publicaciones sobre bienestar subjetivo en trastorno psicótico recogidas en la base de datos PubMed (MEDLINE)**

Aunque se ha apreciado un aumento en la investigación del bienestar subjetivo en trastorno psicótico, su medición es poco consistente debido a que se utilizan términos e instrumentos diversos: bienestar en general, calidad de vida subjetiva, bienestar psicológico, satisfacción con la vida, felicidad, etc.

#### **Nivel de bienestar subjetivo en personas con trastorno psicótico**

Agid et al. (2012) propusieron evaluar específicamente la felicidad en la esquizofrenia en relación con las medidas clínicas y funcionales de la persona. En el estudio participaron 31 pacientes diagnosticados de un PEP y 29 controles

emparejados por edad y sexo. Se evaluaron los niveles de felicidad, mediante la *Subjective Happiness Scale* (SHS) y la satisfacción con la vida, mediante la *Satisfaction with Life Scale* (SWLS). Los pacientes presentaron un nivel de felicidad y satisfacción con la vida equiparable al de los pacientes sanos, es decir, los pacientes diagnosticados de un PEP estaban tan felices como los controles. En un estudio posterior, también con pacientes diagnosticados con un PEP, obtuvieron los mismos hallazgos (Agid et al., 2015).

Palmer, Martin, Depp, Glorioso y Jeste (2014) publicaron un estudio con el objetivo de evaluar la felicidad entre adultos diagnosticados de esquizofrenia en comparación con un grupo control de personas sanas. Se evaluó la felicidad con 4 ítems del *Center for Epidemiologic Studies Depression* (CES-D). Las personas con esquizofrenia informaron de niveles medios de felicidad más bajos que los controles. Aunque hubo una heterogeneidad sustancial dentro del grupo de participantes con esquizofrenia, el 37,5% de las personas con esquizofrenia obtuvieron puntuaciones de rango alto de felicidad (frente al 82,8% de los controles) y el 15,3% de las personas con esquizofrenia obtuvieron puntuaciones de rango bajo (frente al 0,0% de los controles).

Fervaha, Agid, Takeuchi, Foussias y Remington (2016) exploraron el nivel de bienestar subjetivo en una muestra de 75 pacientes relativamente joven, con esquizofrenia y en seguimiento ambulatorio, y en los 72 controles sanos emparejados demográficamente. El bienestar subjetivo se definió como una combinación de felicidad y satisfacción con la vida, y se midió con la SWLS y la SHS. A nivel grupal, las personas con esquizofrenia presentaron niveles significativamente más bajos de felicidad y satisfacción con la vida que los controles sanos emparejados demográficamente. A nivel individual, se observó una superposición en las puntuaciones de bienestar subjetivo entre las personas con y sin esquizofrenia, es decir, muchas de las personas con esquizofrenia presentaron niveles elevados de bienestar subjetivo. Los autores resaltan que el diagnóstico de esquizofrenia no impide que las personas se sientan felices y satisfechas con la vida.

Según la literatura consultada, no se ha encontrado ningún estudio que aplique el *Personal Well-Being Index-Adult* (PWI-A) a personas con trastorno psicótico.

No obstante, existe una investigación realizada por Werner (2012), con una muestra de 172 personas con trastorno mental severo de Israel, donde incluyeron personas diagnosticadas de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar y trastornos de personalidad. Se encontró que la puntuación media del PWI-A (M=61,6 puntos) fue baja, teniendo en cuenta el rango de puntuación media que va de 71 a 90 puntos (Cummins et al., 2014).

En la ECV, realizada en todos los países de la Unión Europea, siendo la muestra en España la muestra de 32.000 personas, el grado medio de satisfacción global con la vida de la población española fue de 7,3 puntos en el año 2018, sobre una escala de 0 (mínimo) a 10 puntos (máximo), lo que supuso un aumento de 0,4 puntos respecto a los 6,9 puntos, registrados en 2013 (Instituto Nacional de Estadística, 2019a).

### **Sintomatología y psicopatología general y bienestar subjetivo**

Eack y Newhil (2007) realizaron uno de los primeros metaanálisis que evaluaban la relación entre los síntomas psiquiátricos (síntomas positivos, negativos y psicopatología general) y la calidad de vida con esquizofrenia, sobre 56 estudios publicados entre 1966 y 2005. Los resultados de este metaanálisis fueron los siguientes: los síntomas tanto positivos como negativos mostraron una relación negativa, aunque con un efecto pequeño, con la calidad de vida subjetiva, y la psicopatología general mostró relaciones moderadas con la calidad de vida subjetiva.

Con el objetivo de identificar los predictores de calidad de vida subjetiva y objetiva en esquizofrenia, Narvaez, Twamley, McKibbin, Heaton y Patterson. (2008) realizaron un estudio en el que participaron 88 pacientes ambulatorios con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, a quienes se administró la *Quality of Life Interview*. El mejor predictor de calidad de vida subjetiva fue la gravedad de los síntomas depresivos. Se concluyó que los síntomas negativos y depresivos juegan un claro papel en la calidad de vida, y deberían ser considerados objetivos fundamentales en el tratamiento de la esquizofrenia.

### **Funcionalidad, psicopatología, neurocognición y bienestar subjetivo**

Con respecto a la relación entre bienestar subjetivo y nivel de funcionalidad. Chino, Nemoto, Fujii y Mizuno (2009) investigaron la influencia que la capacidad funcional, el funcionamiento social, la psicopatología y el rendimiento cognitivo tenían sobre el bienestar subjetivo y la calidad de vida en 36 pacientes con esquizofrenia de Japón. A los participantes se les administró la versión corta de 20 ítems del *Subjective Well-being under Neuroleptic Scale* (SWN-K) para la evaluación del bienestar subjetivo, la versión corta de 26 ítems del *World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument* (WHOQOL 26) para la calidad de vida, la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) para la gravedad de los síntomas, la *Global Assessment of Functioning scale* (GAF) para la capacidad funcional, la *Social Functioning Scale* (SFS) para el funcionamiento social, y una batería neuropsicológica para el rendimiento cognitivo. Encontraron una correlación positiva y significativa entre el bienestar subjetivo y la calidad de vida subjetiva y el nivel de capacidad funcional y de funcionamiento social en todos los ámbitos evaluados de la SFS (excepto en el ámbito 'independencia'). Las puntuaciones de los delirios (componentes del síndrome positivo), la ansiedad y la depresión (componentes de la psicopatología general) en la PANSS se correlacionaron negativamente con las puntuaciones del bienestar subjetivo y de la calidad de vida.

Recientemente, Hochstrasser et al. (2018) han investigado la relación entre el bienestar subjetivo a través de la SWN-K, la capacidad funcional a través de la GAF y la psicopatología medida a través de la PANSS en pacientes con trastorno psicótico con respecto a la gravedad de la enfermedad y la fase de la enfermedad. Analizaron una muestra de 202 pacientes de Alemania que presentaban un PEP y psicosis de episodio múltiple. El bienestar subjetivo se asoció negativamente con los síntomas positivos, la ansiedad y la depresión. Los análisis mostraron patrones diferentes según la gravedad y la fase de la enfermedad. Los resultados mostraron diferentes patrones en relación a la psicopatología, a la capacidad funcional y al bienestar subjetivo.

Karow, Moritz, Lambert, Schöttle y Naber (2012) estudiaron la remisión sintomática, las mejorías funcionales y el bienestar subjetivo en una muestra de

131 pacientes con esquizofrenia de Alemania. De ellos, el 44% se encontraba en remisión sintomática y el 56% en no remisión. Se les evaluó con la sintomatología, mediante la PANSS, la capacidad funcional, mediante la GAF y el bienestar subjetivo, mediante la SWN-K, entre otros instrumentos. Los resultados principales fueron: en el grupo en remisión sintomática se encontraron déficits funcionales en las relaciones sociales (40%), el trabajo (29%) y en las actividades de la vida diaria (17%), así como un deterioro del bienestar subjetivo (29%), pero obtuvieron un mejor funcionamiento en autocuidado, autocontrol y tratamiento médico; en el grupo en no remisión sintomática el nivel de funcionamiento en general fue más bajo que en el grupo en remisión.

Con respecto a la influencia del rendimiento cognitivo sobre el bienestar subjetivo, los estudios existentes también muestran resultados contradictorios. Tolman y Kurtz (2012) se propusieron examinar la relación entre la neurocognición y la calidad de vida en esquizofrenia a partir de un metaanálisis de 20 estudios de los cuales 10 presentaban resultados sobre calidad de vida objetiva y otros 10 sobre calidad de vida subjetiva o bienestar subjetivo. Respecto al bienestar subjetivo, no se encontró una relación significativa entre éste y la atención, la memoria de trabajo, el aprendizaje y la memoria verbal, o las funciones ejecutivas, aunque sí una ligera y débil relación con la inteligencia verbal, la velocidad de procesamiento y la fluencia verbal.

Estos resultados llevaron a los propios autores a realizar un estudio con el objetivo de determinar qué síntomas psiquiátricos y variables neurocognitivas influyen en el bienestar subjetivo (Kurtz, y Tolman, 2011). Para ello, contaron con una muestra de 71 pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo de Estados Unidos, a quienes se les administró la *Satisfaction with Life* (SWL), la PANSS, una batería de evaluación neuropsicológica. Los resultados principales fueron los siguientes, por un lado, los ámbitos cognitivos como la inteligencia verbal, la atención, la memoria de trabajo, y la solución de problemas se relacionaron inversamente con el bienestar subjetivo. Por otro lado, el *insight* y los síntomas depresivos de la PANSS, pero no los síntomas positivos o negativos, también se relacionaron inversamente con el bienestar subjetivo.

Destacar que el *insight* no está mediando o moderando ninguna de las relaciones descritas entre neurocognición y bienestar subjetivo.

### ***Rasgos de personalidad y bienestar subjetivo***

Recientemente, Van Dijk, Schirmbeck, Haan y for Genetic Risk and Outcome of Psychosis Investigators (2018) se propusieron evaluar si el neuroticismo y la extraversión influía en el bienestar subjetivo en pacientes con un trastorno psicótico y en controles sanos a lo largo del tiempo. En 186 pacientes y 126 control sanos de Amsterdam, Groningen y Utrecht, se les midió el bienestar subjetivo con la SWN-K al inicio del estudio, a los 3 años y a los 6 años. Los resultados mostraron que un mayor neuroticismo y una menor extraversión se asociaron con un menor bienestar subjetivo durante 6 años en ambos grupos. Los rasgos de personalidad no tuvieron un efecto diferencial en el curso de bienestar subjetivo a lo largo del tiempo. En el 15,1% de los sujetos observó un bienestar subjetivo bajo pero estable, cabe señalar que todos presentaban un trastorno psicótico. Este grupo (15,1%) obtuvo una puntuación más alta en neuroticismo y más baja en extraversión en comparación con los participantes que presentaron un aumento del bienestar subjetivo o un bienestar subjetivo alto y estable. Estos hallazgos mostraron que los rasgos de personalidad estaban correlacionados con el bienestar subjetivo.

En este apartado, se ha realizado una revisión sobre la investigación del bienestar subjetivo en personas con trastorno psicótico, y aunque se ha apreciado un aumento de los artículos científicos, los resultados son poco consistente debido a que se utilizan términos e instrumentos diversos. Por ello, es necesario continuar trabajando en esta línea, que es uno de los propósitos de esta tesis doctoral.

## 1.5. El *insight*

---

### 1.5.1. Conceptualización

En las últimas décadas, el término *insight* ha despertado un gran interés en el ámbito de la salud mental, debido a la relación que ha mostrado tener con numerosas variables de elevada importancia sobre los trastornos mentales, tanto desde el punto de vista científico, como social e incluso legal.

El término *insight* en inglés recoge diversas acepciones, todas bajo la misma metáfora: ‘visión interna’, ‘con los ojos de la mente’, ‘percepción interior’, ‘discernimiento’. A esto se le añade la acepción de aprehensión de la esencia de las cosas, el hecho de ‘penetrar con los ojos del entendimiento en el carácter interno o de la naturaleza oculta de las cosas’ o de ‘ver bajo su superficie’. En alemán el término *Einsicht* recoge parcialmente las mismas acepciones, pero en español no existe una palabra similar y se utilizan paráfrasis que, generalmente, incluyen los términos ‘autoconciencia’ o ‘autoconocimiento’. Por tal motivo, en la literatura actual, se considera más adecuado el uso de la palabra en inglés (Villagrán, y Luque, 2000).

Desde épocas antiguas, los griegos utilizaron términos como ‘autoconocimiento’ y ‘autoevaluación’ al referirse a un objetivo necesario para lograr bienestar (Marková, y Berrios, 1992a). No obstante, hasta finales del siglo XVIII no se plantearon los primeros trabajos en relación al *insight* en los trastornos psicóticos, abordándolo más por parte de los abogados que entre médicos, entendiéndola como ‘insania total’. El delirio era el elemento central de la locura, y el déficit de *insight* formaba parte de la definición de éste, por tanto, no era concebible el ‘ser consciente de estar delirando’ (Villagrán, y Luque, 2000).

A principios del siglo XIX, nuevamente desde una perspectiva más legal que propiamente psicopatológica, cuestionan la visión de ‘insania total’ y se favorece la noción de ‘locura parcial’, incluyendo la ‘locura intermitente’, entendida como la presencia de períodos de locura alternados con intervalos de lucidez y la ‘locura completa’ definida como la locura que afecta a una región de la ‘psique’

pero no a otras. Esta nueva visión del *insight* admitía la posibilidad de la coexistencia de locura y cordura en la misma persona (Villagrán, y Luque, 2000).

La segunda mitad del siglo XIX supuso la introducción de la subjetividad y esto conllevó la incorporación de términos tales como: 'consciencia', 'introspección' y 'self', sin los cuales, se podría aducir, la noción de *insight* hubiera sido difícil de entender (Berrios, 2008).

A finales del siglo XIX, el término *insight* parece que fue introducido en la psiquiatría occidental, en trabajos que estudiaron los efectos de la enfermedad sobre el autoconocimiento y que constituyen un punto de referencia histórico en la conceptualización del *insight*, si bien las primeras líneas de pensamiento las presentan Dagonet (1881), Lewis (1934) y Jaspers (1959) (citado por Domínguez, Marková, Berrios, y Bulbena, 2000). Dagonet (1881) propuso examinar los síntomas mentales en sí mismos para comprender mejor la enfermedad mental, entre los síntomas, los primeros que sugiere que hay que estudiar son los trastornos de la conciencia (citado por Berrios, 2008). Lewis (1934) definió el *insight* como el conocimiento del cambio en uno mismo y el enjuiciamiento o valoración que el individuo hace de tal cambio. Para este autor, el paciente se mira a sí mismo desde su trastorno mental y, por lo tanto, es necesario contemplar no sólo los cambios producidos en las condiciones del paciente, sino también la psicopatología del trastorno. Jaspers (1959) definió el *insight* como la capacidad del paciente para juzgar lo que está ocurriendo durante la psicosis y las razones por las que esto le sucede. Según este autor, estos juicios dependían de la inteligencia, personalidad y nivel educativo de la persona (citado por Domínguez et al., 2000).

La corriente psicoanalítica también ha dado un gran énfasis al concepto de *insight*. Desde Freud, ya se consideraba que una de los principales objetivos en la terapia psicoanalítica era promover el llevar a la consciencia los mecanismos inconscientes que subyacen a la psicopatología del paciente (*insight*) y con ello el cambio o la cura. No obstante, la falta de trabajos empíricos y la poca claridad de las bases teóricas ha hecho que se cuestione este término en la corriente psicoanalítica (Domínguez et al., 2000).

Ghaemi y Pope (1994) proponen cuatro tipos de definiciones para el *insight*:

1. El *insight* es el reconocimiento de que tiene una enfermedad mental o que sufre algunos síntomas inusuales.
2. El *insight* es entender la necesidad de tratamiento ya sea medicación, hospitalización u otra intervención.
3. El *insight* parte de las propias explicaciones del paciente sobre su trastorno mental.
4. El *insight* es el conocimiento preciso del significado de la situación psicológica. La pérdida del *insight* como mecanismo psicológico de defensa.

Es importante señalar que el *insight* no es una entidad estática, sino que se trata de un fenómeno dinámico, es decir, que puede variar en función de la fase psicótica por la que se atraviese y dependiendo del momento en el que se realice su evaluación (Amador, y Gorman, 1998).

El recorrido histórico y conceptual que se ha llevado a cabo sobre el *insight*, ha permitido destacar las contribuciones más relevantes que se han realizado en este campo.

### **1.5.2. Modelos teóricos**

En las últimas décadas han aparecido numerosos estudios empíricos que han tratado la cuestión del *insight* en el trastorno psicótico (Amador, y David, 1998). Sin embargo, la falta de consistencia en la definición del *insight* y en los métodos utilizados para su evaluación han llevado a resultados contradictorios, impidiendo la comparación entre ellos y la obtención de conclusiones válidas (Villagrán, y Luque, 2000).

Marková y Berrios (1995a) han clasificado los distintos modelos teóricos utilizados en estos estudios empíricos en dos grandes modelos (Tablas 9 y 10):

1. El modelo de *insight* categorial.
2. El modelo de *insight* continuo.

### ***Modelo de insight categorial***

El *modelo de insight categorial* define el *insight* como un fenómeno de todo o nada, descrito como presente o ausente (o parcialmente presente), pero no es graduable. La forma de evaluación del modelo categorial ha sido poco desarrollada, lo que resulta ser poco útil para la investigación, así como para la aplicación clínica y esto ha dado paso al modelo denominado 'continuo' (Marková, y Berrios, 1995a) (Tabla 9).

### ***Modelo de insight continuo***

El *modelo de insight continuo* considera el *insight* de una forma gradual mediante las puntuaciones de evaluaciones estructuradas basadas en un concepto unitario o en modelos multidimensionales (Marková, y Berrios, 1995a) (Tabla 10).

**Tabla 9. Definición del *insight* según el modelo categorial**

	Autor/es	Año	Tipo de <i>insight</i>	Definición
1	Eskey	1958	Completo, parcial y sin <i>insight</i>	El <i>insight</i> es la conciencia verbalizada por parte del paciente de que existe un deterioro del funcionamiento intelectual.
2	Van Putten	1976	Presente y ausente	El <i>insight</i> es la conciencia de enfermedad emocional expresada por el paciente.
3	Lin, Spipa, y Forsthch	1979	Presente y ausente	El <i>insight</i> es el reconocimiento del paciente de tener un problema o trastornos y de tener que estar en un hospital o ver al médico o psiquiatra.
4	Heinrichs, Cohen, y Carpenter	1985	Completo y ausente	El <i>insight</i> es la capacidad del paciente, durante la fase temprana de la descompensación, de reconocer que presenta una recaída de su trastorno psicótico.
5	Bartkó, Herczeg, y Zádor	1988	4 grados de intensidad en la falta de <i>insight</i> (no especifican los criterios de la clasificación)	La pérdida de <i>insight</i> la definen como el fracaso del paciente para reconocer su estado emocional y para percibir la necesidad de tratamiento ante una conducta evaluada como patológica por el médico Dos criterios para la definición: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento de la necesidad de tratamiento.</li> <li>- Comparación entre la percepción del clínico y del paciente.</li> </ul>
6	Cuesta, y Peralta	1994	Presente, parcialmente presente y ausente	No ofrecen una definición del <i>insight</i> o pérdida de éste. Recogen las hipótesis sobre mecanismos etiopatogénicos de la falta de <i>insight</i> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- La negación de la enfermedad.</li> <li>- Lesión cerebral localizada o difusa.</li> <li>- La pérdida de <i>insight</i> como síntoma primario y básico de la enfermedad.</li> </ul>

**Fuente:** Domínguez, Marková, Berrios, y Bulbena, 2000

Tabla 10. Definición del *insight* según el modelo continuo

	Autor/es	Año	Tipo de <i>insight</i>	Definición
1	McEvoy, Freter, Everett, Geller, Appelbaum, Apperson, y Roth	1989	<i>Insight</i> como un concepto unitario. Modelo unidimensional	Los pacientes con <i>insight</i> valoran como patológicas sus experiencias perceptuales, procesos cognitivos y emociones o conductas, de forma congruente con la valoración del clínico. Los pacientes reconocen la necesidad de tratamiento para su salud mental, lo que incluye la hospitalización y medicación.
2	Greenfeld, Strauss, Bowers, y Mandelkern	1989	Modelo multidimensional Visión cualitativa	El <i>insight</i> está compuesto por las siguientes dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento de síntomas.</li> <li>- Reconocimiento de la enfermedad.</li> <li>- Vulnerabilidad a recaídas.</li> <li>- Valor del tratamiento.</li> </ul>
3	David	1990	Modelo multidimensional	El <i>insight</i> está compuesto por tres dimensiones distintas pero que se solapan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento de la enfermedad mental.</li> <li>- Capacidad para identificar los sucesos mentales extraños (alucinaciones y delirios) como patológicos.</li> <li>- Adhesión al tratamiento.</li> </ul>
4	Marková, y Berrios	1992a	El <i>insight</i> como proceso continuo de pensamiento y sentimiento	El <i>insight</i> es una forma de autoconocimiento que incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>- El conocimiento del paciente respecto a sí mismo (cómo se encuentra).</li> <li>- El conocimiento del paciente respecto de su trastorno (lo que le sucede).</li> <li>- El entendimiento de los efectos que la enfermedad mental provoca en su interacción con el mundo.</li> </ul>
5	Amador, Strauss, Yale, Flaum, Endicott, y Gorman	1993	Modelo bidimensional	El <i>insight</i> está compuesto por dos dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimiento de los síntomas.</li> <li>- Atribución de los síntomas a la enfermedad.</li> </ul>
6	Vaz, Béjar, Casado, y Penasa	1997	Modelo bidimensional	El <i>insight</i> está compuesto por dos dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La relación del sujeto consigo mismo (variable interna).</li> <li>- La expresión del deterioro con el contacto con el entorno (variable externa).</li> </ul>

Fuente: Domínguez, Marková, Berrios, y Bulbena, 2000

El origen del déficit de *insight* en los trastornos psicóticos aún es desconocido. No obstante, se han propuesto los siguientes modelos para dar explicación al fenómeno:

- El modelo de defensa psicológica.
- El modelo neuropsicológico o neurocognitivo.
- El modelo clínico.
- La fenomenología.
- El modelo social.

### **Modelo de defensa psicológica**

El *modelo de defensa psicológica o modelo psicológico de negación* considera la falta de *insight* como un mecanismo psicológico de defensa frente a las consecuencias negativas de la enfermedad y defiende que forma parte de una estrategia de afrontamiento frente al estrés (Cooke, Peters, Kuipers, y Kumari, 2005; Moore, Cassidy, Carry, y O'Callaghan, 1999).

Por lo tanto, la negación hace posible que el paciente evite un colapso psicológico al negarse a respaldar el papel del paciente. Esta reacción psicológica frente a la 'amenaza del autoestigma' se observa particularmente entre los adolescentes y adultos jóvenes que experimentan PEP y representa una respuesta psicológica apropiada para su edad (McGorry, 1995). La negación de la psicosis en su fase temprana puede incluso constituir un recurso para el sujeto en su voluntad de recuperación (Greenfeld, Strauss, Bowers, y Mandelkern, 1989; McGorry, y McConville, 1999).

### **Modelo neuropsicológico o neurocognitivo**

El *modelo neuropsicológico* propone que la falta de *insight* en los trastornos psicóticos es la consecuencia de déficits neurocognitivos asociados a lesiones cerebrales (David, 1999; Lewis, 1934), tal y como se muestra en los ejemplos que vienen a continuación.

A través de estudios empíricos se ha dado apoyo al modelo neurocognitivo. En varios metaanálisis, se han examinado la relación entre el *insight* y el rendimiento

en escalas neuropsicológicas que evalúan diferentes ámbitos cognitivos y/o test de inteligencia (p. ej. Aleman, Agrawal, Morgan, y David, 2006; Nair, Palmer, Aleman, y David, 2014). Por otro lado, también se ha analizado la relación entre la anatomía cerebral y el déficit de *insight* (p. ej. van der Meer, Costafreda, Aleman, y David, 2010).

### **Modelo clínico**

El *modelo clínico* explica el déficit de *insight* en los trastornos psicóticos como una manifestación psicopatológica relacionada con la propia naturaleza de la enfermedad, ya sea como una manifestación directa de los síntomas positivos, negativos o desorganizados o como un síntoma independiente.

Cuesta y Peralta (1994) han apoyado este modelo con diferentes estudios, en los que se ha observado la independencia del *insight* de los síntomas positivos y negativos.

Sin embargo, para Collins, Remington, Coulter y Birkett, (1997) la falta de *insight* proviene directamente del proceso de enfermar y plantea que debería ser considerado como un síntoma básico y primario.

Marková y Berrios (1995b) han descrito un modelo jerárquico de la construcción del *insight*. Este modelo está estrechamente vinculado con la formación de síntomas, es decir que presentan un camino común. Sugieren tres niveles de *insight* para explicar la estructura de este en relación con las diferentes formas en que surgen los síntomas:

- El *primer nivel de insight* se da cuando al paciente le aparece la señal de que algo está ocurriendo y esto le aporta un nivel de conocimiento. La misma estructura del síntoma contendrá información sobre el insight.
- El *segundo nivel de insight* se produce con el conocimiento consciente una vez el síntoma se ha formado, es decir, el paciente es consciente de la existencia del síntoma como tal.
- El *tercer nivel de insight* conlleva una mayor elaboración ya que supone un juicio de los efectos del síntoma sobre el paciente, en sí mismo, en su funcionamiento y en sus relaciones con factores externos. El síntoma

experimentado conscientemente es ahora enjuiciado en virtud de sus efectos en la vida del paciente.

### **Fenomenología**

La *fenomenología* propone que la falta de *insight* está relacionada con la incapacidad del paciente para reflexionar sobre sí mismo (Henriksen, y Parnas, 2014). Defiende que la característica principal de la esquizofrenia se basaría en un trastorno de la experiencia de sí mismo o 'ipseidad' (Parnas, y Henriksen, 2014). Es decir, cuando una persona presenta la incapacidad de sentirse como uno mismo, descrito como una pérdida de la 'ipseidad' y la incapacidad de reflexionar sobre uno mismo. Por lo tanto, la no adherencia al tratamiento estaría más bien relacionada con la convicción absoluta del sujeto con respecto a la experiencia psicótica o con el hecho de que el episodio psicótico es solo el resultado sintomático de un proceso presente en la experiencia del sujeto desde su juventud (Elowe, y Conus, 2017).

### **Modelo social**

El modelo social sugiere que el nivel de *insight* de una persona con trastorno psicótico está influido por aspectos sociales. Es decir, la forma en que una persona entiende la enfermedad puede estar influida por las creencias de la enfermedad mental y de su tratamiento que prevalecen en la cultura y el grupo social al que pertenece (Johnson, y Orrell, 1995).

En este apartado, por un lado se han descrito los dos grandes modelos que definen el *insight*: el categorial y el continuo. Por otro lado, se han descrito los modelos para dar explicación al déficit de *insight*. En el presente estudio, se ha adoptado el Modelo Multidimensional del *insight* de David (1990), por la validez empírica de éste (David, 1990).

### **1.5.3. La evaluación del *insight***

En la práctica clínica, la evaluación del *insight* de un paciente puede realizarse mediante una entrevista clínica, por el discurso y su conducta, o bien utilizando algún instrumento psicométrico estandarizado.

La medición del *insight* se ha llevado a cabo desde diferentes perspectivas teóricas y con diferentes instrumentos, algunos de los cuales son medidas indirectas.

Actualmente existen diversas escalas que tienen como objetivo determinar el grado de *insight*, algunas de ellas desde una perspectiva unidimensional, aunque la mayoría desde una perspectiva multidimensional. Cada escala selecciona aspectos diferentes del *insight* por lo que los resultados de los diferentes estudios son difíciles de comparar.

Según la literatura consultada, existen 14 instrumentos que evalúan el *insight* (Tabla 11).

**Tabla 11. Instrumentos de evaluación del *insight***

	Instrumento	Autor	Año	Tipo y descripción del instrumento	Dimensiones o componentes
1	Test de <i>Insight</i>	Tolor, y Reznikoff	1960	Test heteroaplicado que consiste en 27 situaciones hipotéticas que representan 13 mecanismos de defensas (dos situaciones por mecanismo y una situación donde se daba una combinación de situaciones), con el objetivo de comprobar si el paciente interpreta adecuadamente tales situaciones.	Capacidad de <i>insight</i> .
2	<i>Present State Examination</i> (PSE)	Wing, Cooper, y Sartorius	1974	Entrevista semiestructurada que evalúa la presencia y severidad de la psicopatología. Entre los ítems que la conforman el ítem 104 hace referencia a la valoración del <i>insight</i> .  Se puntúa en una escala de 4 puntos, donde 0 indica buen <i>insight</i> y 3 puntos no <i>insight</i> .	Presencia de <i>insight</i> .
3	<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i> (PANSS) ítem G12	Kay, Fiszbeins, y Opler	1987	Escala heteroaplicada diseñada para evaluar los síndromes negativo y positivo en la esquizofrenia, que incluye el ítem número 12, para evaluar la pérdida de <i>insight</i> .  El ítem se gradúa en 7 niveles que van desde la ausencia de problema de <i>insight</i> (1) a la pérdida extrema de <i>insight</i> (7).	Definen el <i>insight</i> como el conocimiento de la propia condición psiquiátrica y situación vital, necesidad de tratamiento y consecuencias de la enfermedad, tanto presente como pasada.
4	<i>Insight and Treatment Attitudes Questionnaire</i> (ITAQ)	McEvoy, Appelbaum, Apperson, Geller, y Freter	1989	Cuestionario heteroaplicado semiestructurado que evalúa la relación entre el <i>insight</i> y la psicopatología aguda en la esquizofrenia.  Está compuesto por 11 ítems y cada uno de ellos es valorado como 0 (sin <i>insight</i> ), 1 ( <i>insight</i> parcial) o 2 ( <i>insight</i> completo), obteniéndose una puntuación total que va desde 0 (sin <i>insight</i> ) a 22 ( <i>insight</i> máximo).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento del trastorno mental.</li> <li>- Necesidad de medicación.</li> <li>- Necesidad de medicación u otro tratamiento psiquiátrico.</li> </ul>

5	<i>Insight Interview</i>	Greenfeld, Strauss, Bower, y Mandelkern	1989	<p>Entrevista semiestructurada que evalúa cinco dimensiones independientes del <i>insight</i>.</p> <p>La puntuación máxima en esta prueba implica que el paciente describa los síntomas con claridad y entienda perfectamente lo que significa el riesgo de recaída.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descripción de los síntomas.</li> <li>- Opiniones acerca de si los síntomas eran la manifestación de una enfermedad.</li> <li>- Especulaciones acerca de qué causa los síntomas o la enfermedad.</li> <li>- Opiniones acerca del tratamiento.</li> <li>- Opiniones acerca de la vulnerabilidad a la recaída y prevención de la misma.</li> </ul>
6	<i>Schedule for the Assessment of Insight (SAI)</i>	David	1990	<p>Escala heteroaplicada semiestructurada, compuesta por 7 preguntas que evalúan tres dimensiones del <i>insight</i>. Cada dimensión tiene dos o tres preguntas que se puntúan de 0 (mal <i>insight</i>) a 2 (buen <i>insight</i>).</p> <p>La puntuación máxima es de 14 puntos.</p> <p>En la escala se añade una cuestión complementaria en la que se evalúa la capacidad del paciente para considerar el punto de vista de otra persona, con un máximo de 18 puntos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento de tener una enfermedad mental.</li> <li>- Capacidad para identificar los sucesos mentales extraños (alucinaciones y delirios) como patológicos.</li> <li>- Adhesión al tratamiento.</li> </ul>

7	<i>Markova and Berrios Insight Scale</i>	Marková, y Berrios	1992b	<p>Escala autoaplicada de 32 ítems y una entrevista semiestructurada que evalúa el <i>insight</i>.</p> <p>Los ítems se subdividen en: a) aquellos cuya respuesta positiva podría indicar mayor <i>insight</i> (positivo); b) aquellos cuya respuesta positiva podría indicar menor <i>insight</i> (negativo).</p> <p>La entrevista semiestructurada ayuda a profundizar en la exploración del <i>insight</i> y a comprobar la veracidad de las respuestas obtenidas en la escala.</p> <p>Marková et al. (2003) presentaron un re-estandarización de la <i>Markova and Berrios Insight Scale</i> de 30 ítems con opción de respuesta Si/No, dando 1 punto a las respuestas que indiquen <i>insight</i> y 0 puntos a las que indiquen sin <i>insight</i>. Obteniéndose una puntuación total que va desde 0 (sin <i>insight</i>) a 32 (<i>insight</i> máximo).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitalización.</li> <li>- Enfermedad mental en general.</li> <li>- Percepción de estar enfermo.</li> <li>- Cambios en uno mismo (<i>self</i>).</li> <li>- Control sobre la situación.</li> <li>- Percepción del ambiente.</li> <li>- Interés en comprender la propia situación.</li> </ul>
8	<i>Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)</i>	Amador, Strauss, Yale, Flaum, Endicott, y Gorman	1993	<p>Escala heteroaplicada semiestructurada que evalúa la no conciencia de tener un trastorno mental.</p> <p>Compuesta por 20 ítems: 3 ítems generales y 17 ítems específicos.</p> <p>Las puntuaciones van en un rango de 1 a 5 puntos.</p> <p>Las puntuaciones más altas indican un nivel de <i>insight</i> más bajo o de atribución más incorrecta (peor conciencia).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conciencia de tener un trastorno mental.</li> <li>- Conciencia de los efectos de la medicación.</li> <li>- Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental.</li> <li>- Conciencia de los síntomas.</li> <li>- Atribución de los síntomas.</li> </ul>
9	<i>Insight Scale (IS)</i>	Birchwood, Smith, Drury Healy, Macmillan, y Slade	1994	<p>Escala autoaplicada que evalúa el <i>insight</i>.</p> <p>Compuesta por 8 ítems que evalúan tres dimensiones del <i>insight</i>. El sistema de respuesta es: sí, no o no estoy seguro.</p> <p>La puntuación de la prueba se obtiene sumando cada dimensión en una escala de 0 a 4, siendo la puntuación máxima 12 y sugiriéndose utilizar como punto de corte los 9 puntos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conciencia de tener síntomas.</li> <li>- Conciencia de tener un trastorno mental.</li> <li>- Conciencia de necesidad de recibir tratamiento.</li> </ul>

10	Índice de la Pérdida de <i>Insight</i>	Cuesta, y Peralta	1994	<p>Índice de la entrevista semiestructurada del <i>Manual for the Assessment and Documentation of Psychopathology (AMDP)</i> que evalúa la psicopatología e incluye 3 ítems relacionados con la conciencia de enfermedad (ítems 97, 98 y 99).</p> <p>Los ítems 97 y 98 se preguntan directamente al paciente y el 99 se evalúa mediante la observación.</p> <p>La suma de las puntuaciones de los 3 ítems ofrece el índice de pérdida de <i>insight</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de la conciencia de estar enfermo.</li> <li>- Pérdida del <i>insight</i>.</li> <li>- Falta de cooperación.</li> </ul>
11	<i>Schedule for the assessment of Insight – Expanded Version</i> (SAI-E)	Kemp, y David	1997	Versión ampliada de la SAI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento de tener una enfermedad mental.</li> <li>- Capacidad para identificar los sucesos mentales extraños (alucinaciones y delirios) como patológicos.</li> <li>- Adhesión al tratamiento.</li> <li>- Consciencia de cambio.</li> <li>- El conocimiento del cambio.</li> <li>- Las dificultades derivadas de la enfermedad mental.</li> <li>- Los síntomas clave.</li> </ul>
12	<i>Beck Cognitive Insight Scale</i> (BCIS)	Beck, Baruch Balter, Steer, y Warman	2004	<p>Escala autoaplicada que evalúa la capacidad de <i>insight</i> cognitivo a través de dos dimensiones.</p> <p>Está compuesta por 15 ítems con un formato de respuesta con 4 opciones: nada de acuerdo (0), poco de acuerdo (1), bastante de acuerdo (2) y totalmente de acuerdo (3), y con un rango de respuesta de 0 a 45 puntos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auto-Reflexión.</li> <li>- Auto-Certeza.</li> </ul>
13	<i>Measure of Insight into Cognition – Clinical Rated</i> (MIC-CR)	Medalia, y Thysen	2008	<p>Entrevista semiestructurada que evalúa el <i>insight</i> sobre los déficits cognitivos y que se centra en tres áreas cognitivas.</p> <p>Está compuesta por 12 ítems y las puntuaciones oscilan en un rango de 1 a 5 puntos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención.</li> <li>- Memoria.</li> <li>- Resolución de problemas.</li> </ul>

<p><b>14</b></p>	<p><i>VAGUS Clinician-Rated</i> (VAGUS-CR)</p> <p><i>VAGUS Self-Report</i> (VAGUS-SR)</p>	<p>Gerretsen, Remington, Borlido, Quilty, Hassan, Polsinelli, Teo, Mar, Simon, Menon, Pothier, Nakajima, Caravaggio, Mamo, Rajji, Mulsant, Deluca, Ganguli, Pollock, y Graff-Guerrero</p>	<p>2014</p>	<p>El VAGUS-CR es una entrevista semiestructurada realizada por el clínico y el VAGUS-SR es una escala autoaplicada para el paciente, ambas evalúan cuatro dimensiones del <i>insight</i> clínico en la psicosis.</p> <p>El VAGUS-CR está compuesta por 5 ítems y el VAGUS-SR por 10 ítems. Las puntuaciones de cada ítem oscilan en un rango de 0 (totalmente en desacuerdo) a 10 puntos (totalmente de acuerdo).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conciencia general de la enfermedad.</li> <li>- Conciencia de la necesidad de tratamiento.</li> <li>- Conciencia de las consecuencias negativas atribuibles al trastorno psicótico.</li> <li>- Atribución de los síntomas (delirios y las alucinaciones auditivas) a la enfermedad.</li> </ul>
------------------	--	---	-------------	--	---

**Fuente:** Elaboración propia

Según la literatura consultada, en la actualidad se disponen de los siguientes instrumentos validados al español:

- La *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD) (Ruiz et al., 2008).
- La *Insight Scale* (IS) (Camprubi, Almela, y Garre-Olmo, 2008).
- La *Markova and Berrios Insight scale* (Nieto et al., 2012).
- La *Beck Cognitive Insight Scale* (BCIS) (Gutiérrez-Zotes et al., 2012).
- La *Schedule for Assessment of Insight-Expended Version* (SAI-E) (Soriano-Barceló, López-Moríñigo, Ramos-Ríos, Rodríguez-Zanabria, y David, 2016).
- La VAGUS- Self-Report (VAGUS-SR) (de León et al., 2018).

Un aspecto importante a considerar en la valoración del *insight* mediante instrumentos psicométricos es el tipo de administración de la escala, que puede ser autoaplicada o heteroaplicada. Aunque la mayoría de instrumentos existentes consisten en entrevistas semiestructuradas y heteroaplicadas, algunos estudios señalan una serie de dificultades asociadas a este tipo de instrumentos. De entre estas dificultades cabe destacar la necesidad de mayor cantidad de tiempo para su administración y una fiabilidad interexaminador moderada (Birchwood et al., 1994). Se ha observado también una infravaloración del *insight* en pacientes con pocas habilidades de comunicación y/o bajo nivel intelectual (Young, Campbell, Zakzanis, y Weinstein, 2003). En este sentido, los instrumentos autoaplicados no presentan estos inconvenientes y son una alternativa sencilla y útil para la evaluación del *insight*.

La IS (Birchwood et al., 1994) es una de las pocas escalas autoaplicadas que evalúa el *insight* desde una perspectiva multidimensional, basada en el Modelo Multidimensional del *insight* de David (1990). Está compuesta por 8 ítems agrupados en tres dimensiones:

1. La consciencia de tener síntomas.
2. La consciencia de tener un trastorno mental.
3. La conciencia de la necesidad de recibir tratamiento.

La IS tiene un rango de puntuaciones que oscila entre 0 y 12 puntos, dónde una puntuación igual o superior a 9 puntos es indicativa de un adecuado *insight*. En el estudio sobre la validación de la IS en castellano se obtuvieron unas propiedades psicométricas adecuadas (Camprubi et al., 2008) y son descritos con detalle en el apartado de metodología de esta tesis doctoral.

Estos resultados señalan que la IS es un instrumento adecuado para la autovaloración del *insight* por parte de pacientes con trastorno psicótico de forma fiable, breve y sencilla y es el instrumento que se ha utilizado en la presente investigación.

#### **1.5.4. Revisión de las investigaciones sobre *insight* en personas con trastorno psicótico**

Existen muchas disparidades en los datos relativos a la prevalencia del *insight* en los trastornos psicóticos, debido a diversos motivos metodológicos como son la variabilidad encontrada en la definición del concepto de *insight*, la elección de los instrumentos de evaluación, los grupos estudiados, la fase del trastorno psicótico durante el cual se realiza la evaluación y el origen de la información (paciente/clínico) (McGorry, y McConville, 1999). De hecho, una divergencia de opiniones entre el clínico y el paciente puede explicarse, por ejemplo, por factores socioculturales en lugar de por falta de *insight* (Johnson, y Orrell, 1995).

Una revisión de la literatura estimó que entre un 50 y un 80% de los pacientes con esquizofrenia carecían parcial o totalmente de *insight* de su enfermedad mental (Raffard et al., 2008).

Otros estudios investigaron el *insight* en trastornos mentales de inicio temprano. Generalmente, en estos estudios incluyeron a pacientes con un PEP y mostraron que casi el 60% de los pacientes presentó un buen *insight* al momento de la integración en un programa especializado de psicosis temprana y que esta prevalencia aumentaba al 80% después de 1 año de seguimiento (Mintz, Addington, y Addington, 2004; Saeedi, Addington, y Addington, 2007).

Lewis (1934) fue el primer autor que señaló que la detección temprana de psicosis estaba asociada con un mayor grado de *insight*, lo que hace posible que

el paciente acepte e inicie el cuidado mental con mayor facilidad y rapidez. Sullivan (1927) ya declaró que se podrían detener varias patologías emergentes antes de que se perdiera claramente el contacto con la realidad y antes de que fuera necesaria una hospitalización, a menudo prolongada. Por lo tanto, el *insight* jugaría un papel importante en la fase inicial de la psicosis, ya que su presencia definiría una ventana de oportunidad durante la cual la percepción por parte del sujeto de un cambio inminente o bien formado, asociado con un cierto grado de disforia, podría optimizar las posibilidades de alcanzar un cuidado adaptado.

Por este motivo se han desarrollado programas de ITP basados en equipos específicos para aprovechar esta ventana de oportunidad. De hecho, el *insight* inicial a menudo disminuye gradualmente a medida que los síntomas y la angustia aumentan en intensidad, debido a la falta de conocimiento sobre el trastorno psicótico. Los pacientes tienden a construir progresivamente un modelo explicativo delirante para dar sentido a su experiencia, justificar sus problemas de conducta y como reacción al tratamiento a menudo traumatizante que reciben. Estos últimos elementos son particularmente importantes a tener en cuenta en el PEP y en la falta de *insight* (McGorry, 1995).

Un estudio en pacientes con PEP mostró que después de 3 años de atención estándar, hubo una falta de *insight* sobre la consciencia de padecer un trastorno en el 45%, sobre la necesidad de un tratamiento en el 36% y sobre las consecuencias sociales del trastorno en el 33% de los casos (Ayesa-Arriola et al., 2014).

Greenfeld et al. (1989), sugieren que la mayoría de los pacientes que logran identificar una alteración de su estado psíquico normal, a menudo consideran que se trata de un evento único y transitorio, y en general no son reticentes a detallar su experiencia mental. Por otra parte, son mucho más reticentes cuando hay temor a la estigmatización y a sufrir una aflicción crónica. La tendencia hacia una racionalización extrema y la consiguiente negación subsiguiente se ha descrito como una fase normal del proceso que apunta a proteger la autoestima.

Lally (1989) describe el proceso de aceptación de la enfermedad cuando esta se cronifica en tres fases:

1. En la fase temprana, los pacientes tienden a negar el trastorno.
2. En la fase intermedia, surge el reconocimiento de la presencia de un trastorno mental, pero los pacientes siguen convencidos de una rápida recuperación.
3. En la fase posterior, la lentitud del proceso de recuperación conduce a una pérdida de esperanza y la sensación de que el trastorno es permanente.

En la fase crónica del trastorno, existe una controversia con respecto a la evolución de *insight*. Algunos autores consideran que la mayoría de los pacientes tienen un buen *insight* de la enfermedad y que mejora con el tiempo. En cambio, otros insisten en su deterioro progresivo en el marco de la sintomatología negativa residual (Elowe, y Conus, 2017).

En general, la falta de *insight* se ha asociado con un mayor número de recaídas (Drake et al., 2007) y reingresos (Nakano, Terao, Iwata, Hasako, y Nakamura, 2004), con una mala adherencia a la medicación (García-Cabeza, Díaz-Caneja, Ovejero, y de Portugal, 2018; Novick et al., 2015), con un funcionamiento social y relacional alterado (Johnson, y Orrell, 1995; Lysaker, Bryson, Lancaster, Evans, y Bell, 2003), con un peor curso clínico y gravedad de la enfermedad, con una mayor disfunción psicosocial, con una peor calidad de vida, con una mayor necesidad de tratamientos involuntarios y con una mayor agresividad (Lincoln, Lullmann, y Rief, 2007; Lysaker et al., 2013). A la inversa, se ha encontrado que un *insight* adecuado se ha asociado con un mejor funcionamiento global (Klaas et al., 2017; Stefanopoulou, Lafuente, Saez-Fonseca, y Huxley, 2009) y con un mejor funcionamiento en algunas áreas específicas, como el ajuste social (Bernardo, Cañas, Herrera, y García-Dorado, 2017; Yen, Yeh, Chen, y Chung, 2002) o el desempeño laboral (Lysaker, Bryson, y Bell, 2002; Erickson, Jaafari, y Lysaker, 2011).

Sin embargo, un *insight* adecuado también se ha relacionado con síntomas depresivos mayores, suicidio, estigma internalizado y peor calidad de vida (Drake et al., 2004; Hasson-Ohayon, Kravetz, Roe, David, y Weiser, 2006; Lien et al., 2018, Lysaker et al., 2013; Lysaker, Pattison, Leonhardt, Phelps, y Vohs, 2018; Misdrahi, Denard, Swendsen, Jaussent, y Courtet, 2014). Esta 'paradoja

del *insight* plantea que, entre los pacientes con esquizofrenia, los niveles más altos de *insight* se asocian con mayores niveles de depresión. No obstante, esta asociación podría ser secundaria a la mediación de otros factores confusores o factores que podrían influir en esta asociación, como la desesperanza, la discriminación percibida, la autoestima y el estigma internalizado (Belvederi et al., 2016, Lysaker et al., 2018). Un mayor *insight* en un contexto de estigma bajo podría estar asociada con un mejor pronóstico (Hasson-Ohayon et al., 2006, Lysaker, Roe, y Yanos, 2006).

No se puede negar el hecho de que el *insight* representa un elemento esencial a explorar cuando se evalúa a un paciente con trastorno psicótico, considerando su asociación con factores tan importantes como la salud mental desde una perspectiva positiva, el bienestar subjetivo, la recuperación y la capacidad funcional.

## **1.6. La salud mental positiva, la recuperación, el bienestar subjetivo, el *insight* y la capacidad funcional de los trastornos psicóticos: potencialidades y retos pendientes**

---

Numerosos investigadores argumentan que el progreso de una sociedad debe ser evaluado y monitoreado no sólo en términos objetivos o materiales, sino también a través de las evaluaciones subjetivas de las personas respecto de su bienestar, de su recuperación y de su salud mental (p. ej., Bergsma, Veenhoven, ten Have, y de Graaf, 2011; Diener, 2006; Katschnig, 2006; Organización Mundial de la Salud, 2004b). Aunque todavía no está del todo claro cuál es la mejor manera de incorporar y medir estos aspectos en la formulación de las políticas públicas, a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2004b), a nivel internacional (OECD, 2013), a nivel europeo (European Commission, 2006, 2010) y en diferentes países tales como Australia (Australian Health Ministers' Advisory Council, 2013; Burgess et al., 2011), Canadá (Canadian Mental Health Association, 2003; Canadian Institute for Health Information, 2009, 2011), Escocia (Brown, y Kandirikirira, 2007; Scottish Executive, 2006a, 2006b, 2006c), España (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011a), Estados Unidos (Khanam et al., 2013; Mroczek, 2004), Irlanda (Mental Health Commission, 2008) y Reino Unido (National Institute for Mental Health in England, 2005) llevan años considerando utilizar datos sobre el bienestar subjetivo, la recuperación y la SM+ para tomar decisiones políticas y evaluar las políticas públicas en relación a la salud mental. No obstante, la evidencia empírica sobre la relación entre estos constructos en personas con trastorno psicótico es muy escasa. Por ello, la pretensión de esta tesis doctoral es conocer las necesidades de una muestra de personas con un trastorno mental, en concreto con trastornos psicóticos, desde la adopción de un enfoque positivo de la salud mental, de la recuperación, del bienestar subjetivo y teniendo en cuenta el *insight* y diversas variables sociodemográficas y clínicas. Los resultados pueden conducir a un cambio importante en cuanto a la atención de la salud de estas personas, teniendo en cuenta que para ello serían necesarias políticas, estrategias e intervenciones dirigidas, de forma específica, a reforzar, potenciar y mantener los niveles de la SM+, la recuperación, el bienestar subjetivo, el

*insight*, entendiéndolos como un conjunto de factores protectores de la salud, donde enfermería juega un papel muy importante.

Tal y como se ha argumentado anteriormente, en estos momentos tanto a nivel europeo como en diversos países se contempla la vertiente positiva de la salud mental en las diferentes estrategias y planes de salud (p. ej. Canadian Institute for Health Information, 2009, 2011; European Commission, 2006, 2010; Meltzer, 2003; Mroczek, 2004; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011a; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Scottish Executive 2006a, 2006b). No obstante, hay pocos estudios que exploren factores protectores o que refuercen el estado de salud en personas con trastornos psicóticos y menos desde esta vertiente más positiva. Centrarse en esa perspectiva más positiva, hacerlo teniendo en cuenta a la propia persona y comparando entre personas que están en una fase precoz de la psicosis y otras que ya están diagnosticadas de esquizofrenia. Los datos que se obtengan podrán ser de utilidad para la práctica profesional puesto que se espera que puedan orientar los programas e intervenciones que se realizan en los diferentes dispositivos asistenciales de salud mental de Cataluña, teniendo en cuenta las características de cada individuo, entre ellas variables sociodemográficas y clínicas y según las fases de evolución del trastorno psicótico.

Por lo tanto, hacen falta instrumentos validados para poder conocer el estado de SM+ en personas con trastorno psicótico. Tal y como se ha detallado en el apartado 1.2.3. 'Evaluación de la salud mental positiva' del marco teórico de esta investigación, el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) de Lluch (1999, 2003), construido a partir del Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch (1999), ha demostrado unas buenas propiedades psicométricas y ha sido utilizado en diversos estudios nacionales e internacionales y en poblaciones diversas (Tabla 7). Debido a las ventajas que aporta este cuestionario, es el que se utilizó en este estudio para medir la variable SM+. Con el objetivo de ir avanzando en la perspectiva positiva de la salud mental, también se realizó la traducción, adaptación cultural y validación (TACV) del CSM+ al catalán, en población con trastorno psicótico.

La investigación sobre la recuperación centrada en las personas con trastornos mentales es relativamente reciente. No obstante, en los últimos años el concepto de recuperación ha ganado un impulso importante tanto a nivel clínico como político, habiéndose incorporado esta perspectiva en las políticas de salud (p. ej. Australian Health Ministers' Advisory Council, 2013; Brown, y Kandirikirira, 2007; Burgess et al., 2011; Canadian Mental Health Association, 2003; Khanam et al., 2013; Mental Health Commission, 2008; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011a; National Institute for Mental Health in England, 2005; Scottish Executive, 2006c). Del mismo modo, se han desarrollado una serie de instrumentos estandarizados para obtener un mayor conocimiento de la recuperación personal en personas con trastorno mental (Tabla 8). Sin embargo, son necesarias más investigaciones que permitan ampliar y profundizar el conocimiento sobre los instrumentos de medida, el proceso de recuperación de las personas con trastorno psicótico y la relación de la recuperación con otras variables.

En este estudio se escogió *la Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale* (MARS) (Drapalski et al., 2012) como instrumento para medir la recuperación personal en salud mental, porque se basa en la definición de recuperación personal que realizó la SAMHSA (2005), definición ampliamente reconocida y aceptada, porque se basa en la Teoría de la Autoeficacia de Bandura, que permite una mayor comprensión de los factores que pueden influir en la recuperación (Watson et al., 2007), y porque fue desarrollada utilizando un proceso psicométrico sistemático y obtuvo robustez métrica (Drapalski et al., 2012). Dado que no existe una versión de la MARS validada al español y/o catalán, en esta investigación se llevó a cabo la TACV de una nueva versión bilingüe (catalán y español) de la MARS para personas con trastorno psicótico.

Según la literatura consultada, no se han identificado estudios que aborden la relación entre la SM+, la recuperación, el bienestar subjetivo, el *insight* y la capacidad funcional en pacientes con trastorno psicótico.

En cuanto a la relación entre a la **SM+** y la **recuperación** en personas con trastorno psicótico, la SM+ se propone como un recurso importante para la recuperación de una enfermedad mental y se han diseñado intervenciones

específicamente para mejorar la SM+ de las personas con enfermedad mental diagnosticada (Slade et al., 2017, citado por Iasiello, van Agteren, Keyes y Cochrane, 2019). Sin embargo, según la literatura consultada, ha habido poca investigación sobre si la SM+ está asociada con la recuperación.

Existe un estudio que tenía como objetivo investigar el cambio longitudinal en la SM+ como predictor de la recuperación en personas diagnosticadas de trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizado o trastorno del pánico. Participaron 1723 estadounidenses mayores de 18 años, entre 1995 y 2005, y se les administró la *Mental Health Continuum – Short Form* (MHC-SF) para valorar la SM+. Los resultados mostraron que las personas que se mantuvieron (durante 10 años) o que obtuvieron unos niveles más altos de SM+ tuvieron más de 27,6 y 7,4 probabilidades, respectivamente, de recuperarse en comparación con aquellos con un nivel más bajo de SM+. Aquellos que mantuvieron o obtuvieron unos niveles moderados de SM+ tuvieron una probabilidad de recuperación más moderada. Los participantes que el nivel SM+ disminuyó durante los 10 años no tuvieron más probabilidades de recuperarse de su enfermedad mental que aquellos cuya SM+ se mantuvo baja. No obstante, una limitación de este estudio es que la recuperación se basó en una perspectiva clínica, que se centraba en la reducción de la sintomatología (Iasiello et al., 2019).

En cuanto a la relación de la **SM+** y el **bienestar subjetivo** en personas con trastorno psicótico, según la literatura consultada, existe un estudio que investigó la relación entre la SM+ y el bienestar subjetivo en pacientes diagnosticados de un trastorno mental. Participaron 98 pacientes y se les administró el CSM+ (Lluch, 1999, 2003), para evaluar la SM+ y el *Personal Wellbeing Index-Adult version* (PWI-A) (Cummins et al., 2003; International Wellbeing Group, 2013), para valorar el bienestar subjetivo. Los resultados mostraron que la SM+ se asoció positivamente con el bienestar subjetivo. (Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Gelabert-Vilella, 2013). Por otro lado, se encontraron varios estudios con el objetivo de examinar las propiedades psicométricas del PMH-I, y para la validación convergente relacionaron el instrumento con otras medidas como fue el bienestar subjetivo, mediante la *Satisfaction with Life Scale* (SWLS)

y el bienestar mental positivo, mediante la *Short Warwick– Edinburgh Mental Well-being Scale* (SWEMWBS). Los resultados mostraron una correlación positiva y fuerte entre la SM+ y el bienestar subjetivo (Vaingankar et al., 2014, 2016).

En cuanto a la relación entre a la **SM+** y el **insight** en personas con trastorno psicótico, en el estudio de Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Gelabert-Vilella (2013), anteriormente mencionado, también investigaron la relación entre la SM+ y el *insight*, medido con la *Insight Scale* (IS). Los resultados mostraron que la SM+ se relacionó negativamente con el *insight*.

No obstante, según la literatura consultada, ha habido nula o poca investigación sobre si la SM+ está asociada con el *insight* en trastornos psicóticos. Por este motivo se ha realizado una búsqueda en la literatura científica de términos relacionados con la SM+ como el bienestar subjetivo, satisfacción con la vida, felicidad, calidad de vida subjetiva, etc. y el *insight*.

Asimismo, se han encontrado controversias entre la relación del bienestar subjetivo o términos relacionados (satisfacción con la vida, felicidad, calidad de vida subjetiva, etc.) y el *insight* en personas con trastorno psicótico. Por un lado, diversas investigaciones han asociado una falta de *insight* con una peor calidad de vida o felicidad (Agid et al., 2015; Lincoln, Lullmann, y Rief, 2007; Lysaker et al., 2013). Sin embargo, otros estudios han encontrado que niveles altos de *insight* se han asociado con peor bienestar y calidad de vida, síntomas depresivos mayores, suicidio, autoestigma (Drake et al., 2004; Hasson-Ohayon et al., 2006, Lien et al., 2018, Lysaker et al., 2013; Lysaker et al., 2018; Misdrahi e al., 2014).

Con respecto a la relación entre la **SM+** y la **capacidad funcional** en pacientes con trastorno psicótico. Según la literatura consultada, existen un estudio con el objetivo de investigar la relación entre la SM+ y la capacidad funcional en pacientes diagnosticados de trastorno depresivo o ansioso. En la investigación, participaron 213 pacientes con diagnosticados de trastorno depresivo o ansioso y se les administró el *Positive Mental Health instrument* (PMH-I) (Vaingankar et al., 2011) y para evaluar la SM+ y la *Global Assessment of Functioning scale*

(GAF) (American Psychiatric Association, 2013), para evaluar la capacidad funcional. Los resultados mostraron que la SM+ se asoció positivamente con la capacidad funcional (Seow et al., 2016). Por otro lado, se encontró un estudio con el objetivo de examinar las propiedades psicométricas del PMH-I, y para la validación convergente relacionaron el instrumento con otras medidas, y una de ellas fue la GAF. Los resultados mostraron una correlación positiva y moderada entre la SM+ y la capacidad funcional (Vaingankar et al., 2016).

Otro aspecto de elevada importancia es el hecho de evaluarlo desde la perspectiva del paciente y no solo desde la del profesional, teniendo en cuenta no sólo los aspectos propios de la enfermedad sino también los de la salud en general.

Ante tantas adversidades que atraviesan las personas que padecen un trastorno psicótico, los profesionales de la salud y en especial de enfermería tenemos un papel fundamental no sólo en los cuidados de los aspectos propios de la enfermedad sino también en los cuidados de los aspectos de salud. Y uno de los pasos necesarios para cuidar de forma integral es conocer y describir la SM+, así como su relación con la recuperación, el bienestar subjetivo, el *insight* y la capacidad funcional de las personas con trastornos psicóticos atendidas en los diferentes dispositivos de salud, para convertirlo en un elemento que refuerce los programas existentes, donde la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, la potenciación de la autorresponsabilidad del paciente con su salud y el fomento del autocuidado sean considerados una estrategia adicional a la del tratamiento. Por este motivo es de vital importancia conocer el perfil de esta población, para poder atender su estado de salud mental, de acuerdo con sus necesidades actuales, teniendo en cuenta los recursos disponibles, la continuidad asistencial, etc. y como todo esto se gestiona en base a nuevas políticas sanitarias.



## **2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

---



## 2.1. Hipótesis

---

A pesar de que se trata de un estudio de carácter descriptivo y exploratorio, se ha definido una hipótesis que ha guiado el análisis de los datos recogidos.

La prevalencia de la salud mental positiva (SM+), la recuperación, el bienestar subjetivo (satisfacción global con la vida y satisfacción con ámbitos específicos), el *insight* y la capacidad funcional de las personas con un trastorno psicótico será diferente según las fases de evolución de la psicosis (psicosis incipiente en comparación con esquizofrenia).

- Se espera que los participantes en el estudio que presenten esquizofrenia tendrán unos niveles inferiores de SM+ global y por factores, de capacidad de recuperación, de bienestar subjetivo (satisfacción global con la vida y con ámbitos específicos de ésta) de capacidad funcional en comparación con los que presenten psicosis incipiente. En cambio, se espera que presenten un mayor nivel de *insight*.

## 2.2. Objetivos

---

El **objetivo principal** de esta investigación es evaluar el nivel de salud mental positiva (SM+), así como su relación con la recuperación, el bienestar subjetivo (satisfacción con ámbitos específicos de la vida y satisfacción global con la vida), el *insight* y la capacidad funcional, en personas con trastorno psicótico atendidas en diferentes dispositivos asistenciales de salud mental de Cataluña y según las fases de evolución del trastorno (psicosis incipiente *versus* esquizofrenia).

### Objetivos específicos

A partir del objetivo principal anteriormente descrito, se proponen los siguientes objetivos específicos:

1. Desarrollar una versión catalana del Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) adaptada a la población catalana, conceptual y lingüísticamente equivalente al cuestionario original en español y determinar sus principales propiedades psicométricas: consistencia interna, estabilidad temporal test-retest, validez convergente y validez de constructo.
2. Desarrollar una versión bilingüe (española y catalana) de la *Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale* (MARS) adaptada a la población catalana, conceptual y lingüísticamente equivalente al cuestionario original y determinar sus principales propiedades psicométricas: consistencia interna, estabilidad temporal test-retest, validez convergente y validez de constructo.
3. Explorar los niveles de SM+, recuperación, bienestar subjetivo (satisfacción global con la vida y con ámbitos específicos de ésta), *insight* y capacidad funcional de las personas con trastorno psicótico según las fases de evolución de la enfermedad (psicosis incipiente *versus* esquizofrenia).

4. Determinar la relación entre el nivel de SM+ y variables de carácter sociodemográfico (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, personas con las que se convive en el hogar y número de éstas y ser o no inmigrante) en la muestra analizada.
5. Describir la relación entre el nivel de SM+ y variables clínicas (años de evolución del trastorno psicótico, antecedentes familiares de trastorno mental, número de ingresos hospitalarios en salud mental, tiempo transcurrido desde el último ingreso hospitalario en salud mental, antecedentes médicos, vía de administración del antipsicótico, número de antipsicóticos, tratamiento con ansiolíticos, tratamiento con antidepresivos, tentativas autolíticas y consumo de tóxicos) de los participantes en el estudio.
6. Explorar la relación entre el nivel de SM+ y la recuperación, el bienestar subjetivo (satisfacción global con la vida y con ámbitos específicos de ésta), el *insight* y la capacidad funcional en la muestra analizada.
7. Analizar diversas variables sociodemográficas y clínicas, así como la recuperación, el bienestar subjetivo (satisfacción global con la vida y con ámbitos específicos de ésta), el *insight* y la capacidad funcional que puedan favorecer un mayor nivel de SM+ en personas con trastorno psicótico atendidas en diferentes dispositivos asistenciales de Cataluña.



## **3. METODOLOGÍA**

---



### 3.1. Diseño

---

El diseño que se ha planteado para realizar esta investigación y alcanzar los objetivos parte de la utilización de metodología cuantitativa. Se trata de un diseño multicéntrico, observacional, transversal, descriptivo, correlacional y psicométrico.

## 3.2. **Ámbito de estudio**

---

El estudio se realizó en doce Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA), en dos Equipos de Intervención Precoz a la Psicosis (EIPP), en un Hospital de Día de Adultos (HDA), una Unidad de Hospitalización de Psiquiatría (UHP) de agudos y una UHP de subagudos de cuatro instituciones de Cataluña. Una de las instituciones pertenece a la provincia de Girona, el *Institut d'Assistència Sanitària* (IAS), y las otras tres instituciones a la provincia de Barcelona: el *Parc de Salut Mar* (PSM), el *Complex Assistencial en Salut Mental* (CASM) de Benito Menni y el *Parc Sanitari Sant Joan de Déu* (PSSJD).

En la figura 12, se presentan de forma gráfica los dispositivos asistenciales de las diversas instituciones que participaron en el estudio:

### 1. **Girona:**

- *Red de Salud Mental y Adicciones del Institut d'Assistència Sanitària:*
  - 5 CSMA: 1) Alt Empordà, 2) Baix Empordà, 3) Gironès-Pla de l'Estany, 4) Selva Interior y 5) Selva Marítima.
  - 1 EIPP (Blanes).
  - 1 HDA.
  - 1 UHP de agudos.
  - 1 UHP de subagudos.

### 2. **Barcelona:**

- *Parc de Salut Mar:*
  - 3 CSMA: 1) Martí Julià, 2) Sant Martí Nord y 3) Sant Martí Sud.
  - 1 EIPP.
- *Complex Assistencial en Salut Mental de Benito Menni:*
  - 3 CSMA: 1) Granollers, 2) Hospitalet de Llobregat y 3) Sant Boi de Llobregat.
- *Parc Sanitari Sant Joan de Déu:*
  - 1 CSMA: Ciutat Vella.

La recogida de datos tuvo lugar durante febrero del 2015 a mayo del 2016.

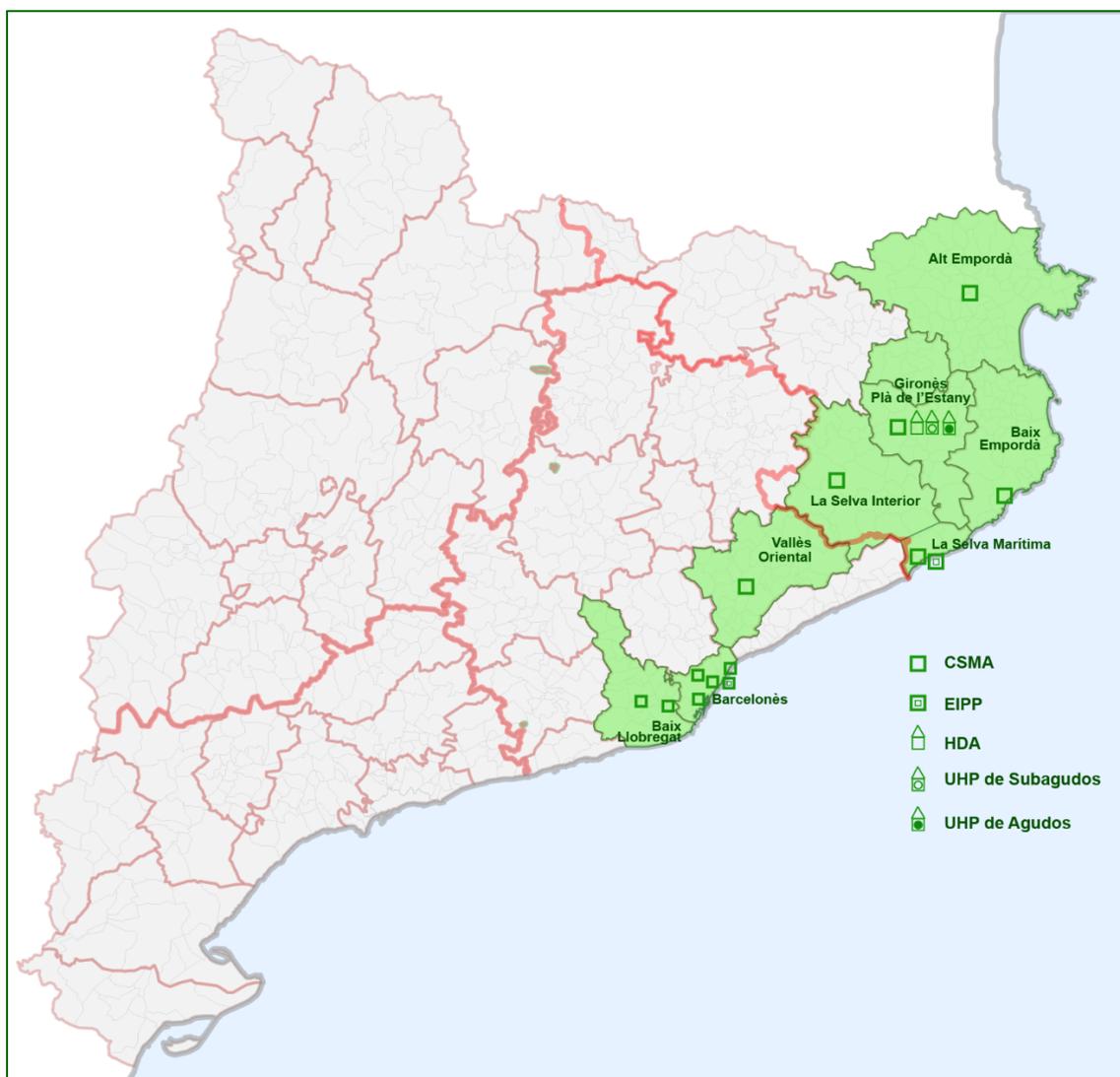


Figura 12. Situación geográfica de los dispositivos asistenciales (n=347)

### **3.3. Población y muestra de estudio**

---

La población objeto de estudio fueron todos los pacientes, sin distinción de género, con un trastorno psicótico (psicosis incipiente o esquizofrenia), atendidos en los diferentes dispositivos asistenciales elegidos para el estudio.

Para la selección de la muestra se aplicaron los criterios de inclusión/exclusión que se detallan a continuación.

#### **3.3.1. Criterios de inclusión**

##### **Del grupo de Psicosis Incipiente**

- Pacientes que estuvieron diagnosticados de Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) por el/la psiquiatra referente, que presentaran: 1) síntomas psicóticos atenuados, 2) historia de síntomas psicóticos breves y limitados o 3) historia familiar positiva de psicosis y disminución persistente del nivel funcional previo.
- Pacientes que hubieran presentado un Primer Episodio Psicótico (PEP) y que estuvieran diagnosticados según la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de Trastorno Psicótico Breve (American Psychiatric Association, 2013).
- Pacientes que estuvieran en fase de recuperación del mencionado diagnóstico.

##### **Del grupo de esquizofrenia**

- Pacientes que estuvieran diagnosticados de esquizofrenia según la clasificación del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).
- Pacientes que estuvieran en una fase de estabilización o de recuperación del mencionado diagnóstico.

##### **Común para ambos grupos**

- Pacientes con edad  $\leq$  18 años.
- Pacientes con conocimiento del catalán o castellano.
- Pacientes que hubieran aceptado su participación en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

### 3.3.2. Criterios de exclusión

#### **Común para ambos grupos**

- Pacientes que estuvieran diagnosticado según la clasificación del DSM-5 de retraso mental de cualquier tipo o cuadros orgánicos tipo demencias (American Psychiatric Association, 2013).
- Pacientes que estuvieran diagnosticado según la clasificación del DSM-5 de trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, trastorno psicótico debido a otra afectación médica, trastorno delirante, trastorno esquizofreniforme o trastorno esquizoafectivo (American Psychiatric Association, 2013).
- Pacientes que estuvieran en una fase aguda, es decir, que presentaran sintomatología de 'crisis de la enfermedad' en el momento de la valoración.
- Pacientes que estuvieran en situación de incapacitación legal.

### 3.3.3. Cálculo del tamaño muestral

Inicialmente el cálculo del tamaño de la muestra estaba relacionado con el objetivo principal de esta investigación, que es 'evaluar el nivel de salud mental positiva (SM+), así como su relación con la recuperación, el bienestar subjetivo (satisfacción con ámbitos específicos de la vida y satisfacción global con la vida), el *insight* y la capacidad funcional, en personas con trastorno psicótico atendidas en diferentes dispositivos asistenciales de salud mental de Cataluña y según las fases de evolución del trastorno (psicosis incipiente *versus* esquizofrenia)'. Para llevar a cabo el cálculo, se partió de la investigación de Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro (2013) realizada con una muestra de pacientes diagnosticados de trastorno mental, en la que se utilizó el CSM+, calculando la media de SM+ global de los participantes con psicosis incipiente y con esquizofrenia.

A partir de esto, para conseguir una potencia del 80% para detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula  $H_0: \mu_1 = \mu_2$  mediante una prueba t de Student bilateral para dos muestras independientes, teniendo en cuenta que el nivel de significación fuera del 5% y asumiendo que la media del 'grupo de referencia' (psicosis incipiente) fuera de 115,92 unidades, y teniendo en cuenta que la media

del 'grupo experimental' (esquizofrenia) fuera de 110,13 unidades y la desviación típica de ambos grupos fuera de 14,75 unidades, eran necesario incluir 103 participante en el 'grupo de psicosis incipiente' y 103 participantes en el 'grupo de esquizofrenia', totalizando 206 participantes en el estudio.

No obstante, se detectó que para lograr el objetivo 'desarrollar una versión catalana del Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) adaptada a la población catalana, conceptual y lingüísticamente equivalente al cuestionario original en español y determinar sus principales propiedades psicométricas: consistencia interna, estabilidad temporal test-retest, validez convergente y validez de constructo', se necesitaría más muestra.

A pesar de que no existe un criterio único para determinar el tamaño de la muestra adecuado para el procedimiento de validación de un cuestionario, se utilizó la razón de entre 2-10 participantes por ítem (Casas Anguita, Repullo Labrador, y Pereira Candel, 2001). Siguiendo este criterio se optó por una razón de 5 participantes por ítem más un 10% adicional para evitar posibles pérdidas de participantes. Se calculó que la muestra estuviera configurada por un total de 214 sujetos.

#### **3.3.4. Muestra de estudio**

Finalmente la muestra objeto de estudio estuvo constituida por un total de 347 personas diagnosticadas de un trastorno psicótico, según las fases de evolución de la enfermedad: psicosis incipiente o esquizofrenia, atendidas en diversos dispositivos asistenciales: los CSMA, los EIPP, en el HDA, en la UHP de agudos y en la UHP de subagudos, de diversas instituciones de Cataluña: el IAS, el PSM, el CASM de Benito Menni y el PSSJD, durante febrero del 2015 y mayo del 2016 y que cumplieron los criterios de selección.

Se realizó un muestreo consecutivo hasta completar el tamaño de la muestra.

A continuación, en la tabla 12 se presenta la distribución de los participantes en función de las instituciones.

**Tabla 12. Distribución de la muestra en función de las instituciones que han participado en el estudio (n=347)**

Institución					Total	
	Hombre		Mujer		N	%
	N	%	N	%		
IAS	166	47,9	66	19,0	232	66,9
PSM	25	7,2	30	8,6	55	15,8
CASM de Benito Menni	36	10,4	15	4,3	51	14,7
PSSJD	5	1,4	4	1,2	9	2,6
<b>Total</b>	232	66,9	115	33,1	347	100,0

### 3.4. Variables

---

Las variables que configuraron el estudio fueron las siguientes:

#### *Variables referidas a características sociodemográficas de la muestra*

- **Edad** (cuantitativa): en años.
- **Sexo** (categórica): hombre; mujer.
- **Estado civil** (categórica): soltero/a; casado/a o con pareja; separado/a o divorciado/a; viudo/a. La variable se recodificó para el análisis estadístico en: soltero/a; casado/a o con pareja; otros (separado/a o divorciado/a y viudo/a).
- **Nivel de estudios** (categórica): sin estudios/estudios no completos; estudios primarios; estudios secundarios; estudios universitarios.
- **Situación laboral** (categórica): trabajador activo; trabajador inactivo; estudiante; sus labores; en paro; baja médica; invalidez; jubilado/a. La variable se recodificó para el análisis estadístico en: trabajador activo; trabajador inactivo; invalidez; otras situaciones (estudiante; sus labores; en paro; baja médica; jubilado/a).
- **Personas con las que se convive en el hogar** (categórica): solo/a; con los padres; con la pareja; con los hijos; con otros familiares; con amigos; con la pareja e hijos; con los padres e hijos; con los padres y la pareja; con los padres, la pareja e hijos; con personas de la residencia o piso protegido. La variable se recodificó para el análisis estadístico en: solo/a; acompañado (con los padres; con la pareja; con los hijos; con otros familiares; con amigos; con la pareja e hijos; con los padres e hijos; con los padres y la pareja; con los padres, la pareja e hijos; con personas de la residencia o piso protegido).
- **Número de personas con las que convive en el hogar** (cuantitativa): en números ordinales.
- **Inmigrante** (categórica): persona que nació fuera de España y que llegó hacía menos de 5 años, para fijar su residencia (en el momento del estudio). Sí, No.

### ***Variables referidas a características clínicas de la muestra***

- **Diagnóstico principal del trastorno psicótico** (categórica): psicosis incipiente; esquizofrenia (Codificado con el DSM-5).
- **Años de evolución del trastorno psicótico** (cuantitativa): años.
- **Antecedentes familiares de trastorno mental** (categórica): Sí; No.
- **Número de ingresos hospitalarios en salud mental** (cuantitativa): en números ordinales.
- **Tiempo transcurrido desde el último ingreso hospitalario en salud mental** (cuantitativa): años.
- **Antecedentes médicos** (categórica): Sí; No.
- **Vía de administración del/de los antipsicótico/s prescrito/s**: oral; parenteral; oral y parenteral.
- **Número de antipsicóticos prescritos**: (cuantitativa): en números ordinales. La variable se recodificó para el análisis estadístico en: un antipsicótico; dos antipsicóticos; tres o más antipsicóticos.
- **Tratamiento con ansiolíticos** (categórica): Sí; No.
- **Tratamiento con antidepresivos** (categórica): Sí; No.
- **Tentativas autolíticas** (categórica): Sí; No.
- **Consumo de tóxicos** (categórica): Sí; No.

### ***Variables referidas a la SM+***

Las variables de este apartado se definieron a través del Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch (1999), descrito en el apartado 1.2.2. del marco conceptual. Planteó seis factores específicos de SM+, y junto con el análisis global del constructo, configuraron un total de 7 variables:

- **Nivel global de SM+**: (cuantitativa).
- **Nivel de SM+ en cada uno de los seis factores específicos del modelo**:
  - Satisfacción Personal: (cuantitativa).
  - Actitud Prosocial: (cuantitativa).
  - Autocontrol: (cuantitativa).
  - Autonomía: (cuantitativa).
  - Resolución de Problemas y Autoactualización: (cuantitativa).
  - Habilidades de Relación Interpersonal: (cuantitativa).

### **Variable referida a la capacidad de recuperación**

Dicha variable se definió a través de la definición de recuperación de *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (2005). Drapalski et al. (2012) la operativizaron en seis ámbitos: 1) empoderamiento, 2) holística, 3) no lineal, 4) basado en fortalezas, 5) con sentido de la responsabilidad y 6) esperanza. Configuraron una única variable:

- **Nivel de capacidad de recuperación:** (cuantitativa).

### **Variable referida al bienestar subjetivo**

Las variables de este apartado se definieron, por un lado, a través de la Teoría Homeostática del bienestar subjetivo de Cummins (2010), descrita en el apartado 1.4.2. del marco teórico. Los autores plantearon un análisis global del bienestar subjetivo, a través de la evaluación de la satisfacción con varios ámbitos de la vida: nivel de vida, la salud, los logros en la vida, las relaciones con otras personas, la seguridad presente, las relaciones con la comunidad y seguridad en el futuro. Configuraron una única variable:

- **Nivel de satisfacción con ámbitos específicos de la vida** (cuantitativa).

Por otro lado, Campbell et al. (1976) subrayaron la importancia de incluir en los estudios sobre bienestar subjetivo una escala de ítem único sobre satisfacción global con la vida. Configuraron una única variable:

- **Nivel de satisfacción global con la vida:** (cuantitativa).

### **Variables referidas al insight**

Las variables de este apartado se definieron a través del Modelo Multidimensional del Insight de David (1990), descrito en el apartado 1.5.2. del marco teórico. El autor planteó tres dimensiones específicas de *insight*, y junto con el análisis global del constructo, configuraron un total de 4 variables:

- **Nivel global de *insight*:** (cuantitativa).
- **Nivel de *insight* en cada una de las tres dimensiones específicas del modelo:**
  - Correcta atribución de los síntomas a la enfermedad: (cuantitativa).
  - Conciencia de tener una enfermedad mental: (cuantitativa).
  - Conciencia de la necesidad de recibir tratamiento: (cuantitativa).

***Variable referida a la capacidad funcional***

La variable de este apartado fue incorporada como Eje 5 en el DSM-versiones III-TR, IV y IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). Dicha variable fue definida como la puntuación total de la valoración del funcionamiento global:

- **Nivel de capacidad funcional:** (cuantitativa).

### 3.5. Instrumentos

Para evaluar las variables del estudio se utilizaron diversos instrumentos que se detallan a continuación:

#### 1- *Formulario de datos sociodemográficos y clínicos*

Para las variables referidas a características sociodemográficas y clínicas se elaboró un formulario *ad hoc* que se adjunta en el anexo 1 y en el anexo 2.

#### 2- *Cuestionario de Salud Mental Positiva*

Para evaluar la SM+ se utilizó el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) (Anexo 3). El CSM+ fue construido a partir del Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch (1999) y descrito de forma detallada en el apartado 1.2.2. del marco teórico.

Se trata de un instrumento autoaplicado, compuesto por 39 ítems, distribuidos de forma desigual entre los seis factores que definen el constructo: F1-Satisfacción Personal, F2-Actitud Prosocial, F3-Autocontrol, F4-Autonomía, F5-Resolución de Problemas y Autoactualización y F6-Habilidades de Relación Interpersonal (Lluch, 1999, 2003) (Tabla 13).

**Tabla 13. Distribución por factores de los ítems del CSM+ y valores máximos y mínimos de cada factor y del cuestionario global**

Factores	Ítems	Valores mínimos y máximos
F1-Satisfacción Personal	4*, 6, 7, 12, 14, 31,38, 39	8 - 32
F2- Actitud Prosocial	1, 3, 23*, 25*, 37*	5 - 20
F3- Autocontrol	2, 5*, 21*, 22*, 26	5 - 20
F4- Autonomía	10, 13, 19, 33, 34	5 - 20
F5- Resolución de Problemas y Autoactualización	15*, 16*, 17*, 27*, 28*, 29*, 32*, 35*, 36*	9 - 36
F6-Habilidades de Relación Interpersonal	8, 9, 11*, 18*, 20*, 24*, 30	7 - 28
<b>Total puntuación del CSM+</b>		<b>39 - 156</b>

Nota: \* indica ítems negativos

Los ítems están formulados como afirmaciones (positivas y negativas) y la respuesta a cada ítem se valora en una escala de 1 a 4 puntos de acuerdo con el grado de frecuencia: nunca o casi nunca, algunas veces, con bastante frecuencia y siempre o casi siempre. Para su análisis, los ítems negativos han de ser invertidos.

El cuestionario proporciona una puntuación global de SM+ (suma de las puntuaciones de todos los ítems), así como valores específicos para cada uno de los factores. Los valores mínimos y máximos del CSM+ global y de los diferentes factores se muestran en la tabla 13. En general, los valores bajos se asocian con una baja SM+ en tanto que los valores altos indican una elevada SM+.

Los análisis psicométricos iniciales del CSM+ realizados con una muestra de 347 estudiantes universitarios de enfermería fueron favorables (Lluch, 1999, 2003).

Concretamente:

- A nivel de análisis de ítems, todos los ítems obtuvieron índices de discriminación interna superior a 0,25.
- A nivel de fiabilidad, la consistencia interna, analizada mediante la  $\alpha$  de Cronbach, de la escala global fue de 0,91 y por factores los valores obtenidos oscilaron entre 0,83 (del factor F1-Satisfacción Personal) y 0,58 (del factor F2-Actitud Prosocial).
- En el análisis de estabilidad temporal se obtuvo una correlación test-retest de 0,85.
- A nivel de validez de constructo, en el análisis factorial exploratorio (AFE) los seis factores extraídos explicaron el 46,8% de la varianza total del cuestionario. En la matriz factorial resultante, la carga de cada ítem respecto del factor extraído fue superior a 0,40 en todos los casos.

El CSM+ en su versión original está en lengua castellana (Lluch, 1999, 2003). Por otro lado, también ha sido validado en lengua portuguesa, con resultados psicométricos favorables. (Sequeira et al., 2014). Recientemente, se han llevado a cabo diversos estudios psicométricos del CSM+, y también han aportado resultados psicométricos sólidos (Hurtado-Pardos et al., 2017; Roldán-Merino et al., 2017; Sequeira et al., 2019).

Para el presente estudio se ha realizado una TACV a lengua catalana (Anexo 4). Los resultados psicométricos obtenidos se presentan en el apartado de resultados.

### **3- Versión bilingüe (española y catalana) de la *Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale***

Para evaluar la variable recuperación se utilizó la *Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale* (MARS) (Drapalski et al., 2012). La MARS es un instrumento autoaplicado que mide la recuperación de las personas con enfermedad mental. El instrumento está compuesto de 25 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos: nada en absoluto, un poco, algo, bastante y mucho. La medida fue desarrollada a partir de la definición de recuperación de SAMHSA. Evalúa seis ámbitos: empoderamiento, recuperación holística, recuperación no lineal, basado en fortalezas, con sentido de la responsabilidad y esperanza.

El instrumento proporciona una puntuación global de la capacidad de recuperación (suma de las puntuaciones de todos los ítems), que oscila entre 25 (baja capacidad de recuperación) y 156 puntos (elevada capacidad de recuperación).

Los análisis psicométricos de la MARS fueron favorables (Drapalski et al., 2012; Drapalski et al., 2016). Concretamente:

- En cuanto a la fiabilidad, los resultados indicaron que la consistencia interna del instrumento fue aceptable ( $\alpha$  de Cronbach=0,95).
- En el análisis de estabilidad temporal se obtuvo una correlación test-retest de 0,898.
- La validez de constructo convergente demostró unas correlaciones fuertes entre la puntuación total de la MARS y otras medidas relacionadas con la recuperación, como el *Herth Hope Index* ( $r=0,64$ ), la *Rogers Empowerment Scale* ( $r=0,50$ ), la *Sherer's General Self-Efficacy Scale* ( $r=0,52$ ), la *Personal and Interpersonal Self-Agency Scale* ( $r=0,65$ ) y la puntuación total de la *Internalized Stigma of Mental Illness Inventory* ( $r=-0,52$ ).

- El AFE y el análisis factorial confirmatorio (AFC) de la MARS respalda una estructura de un único factor.

La traducción y adaptación cultural de la MARS a la versión española la realizó el Grupo de Investigación Psiquiátrica de Segovia (dirigido por el Dr. Vargas) y actualmente está en proceso de validación. Para el presente estudio se realizó una traducción y adaptación cultural a lengua catalana. Y finalmente se utilizó la versión bilingüe (española y catalana) de la MARS para su validación (Anexo 5). Los resultados psicométricos obtenidos se presentan en el apartado de resultados.

#### **4- *Personal Wellbeing Index-Adult version***

Para evaluar el bienestar subjetivo se utilizó el *Personal Wellbeing Index-Adult version* (PWI-A) (Cummins et al., 2003; International Wellbeing Group, 2013). El PWI-A es una escala autoaplicada, comprende 7 ítems relacionados con la satisfacción con diferentes ámbitos de la vida: el nivel de vida, la salud, los logros conseguidos en la vida, las relaciones con las otras personas, la seguridad presente, las relaciones con la comunidad y la seguridad en relación al futuro.

Los ítems se valoran en una escala que oscila entre 0 (completamente insatisfecho) y 10 puntos (totalmente satisfecho). La puntuación final se obtiene mediante el cálculo de la puntuación media de los ítems y el ajuste a una escala de 0 a 100.

La versión original de las áreas incluidas en el PWI-A y su re-traducción del español y catalán al inglés ha sido llevada a cabo por Casas et al. (2008) (Anexos 6 y 7). Fruto de este proceso de adaptación, la dimensión de satisfacción con las relaciones con la comunidad fue sustituida por la satisfacción con los grupos a los que pertenece el encuestado/a.

Según el *International Wellbeing Group* (IWG) (2013) el rango normativo del PWI-A de la población de países occidentales es de 70 a 80 puntos.

Los análisis psicométricos del PWI-A muestran que (International Wellbeing Group, 2013):

- El  $\alpha$  de Cronbach se encuentra entre 0,70 y 0,85 en Australia y en el extranjero.
- Las correlaciones ítem-total fueron al menos de 0,50.
- La fiabilidad test-retest en el intervalo de 1 a 2 semanas fue satisfactoria ( $r=0,84$ ).
- La validez convergente obtuvo una correlación con la Escala de Satisfacción con la vida de 0,78.

### **5- Overall Life Satisfaction**

Para evaluar el bienestar subjetivo, también se utilizó la *Overall Life Satisfaction scale* (OLS) (Campbell et al., 1976). Es una escala de ítem único que evalúa la satisfacción con la vida considerada globalmente, se puntúa en una escala que oscila entre 0 (muy insatisfecho) y 10 puntos (muy satisfecho).

La formulación en la versión castellana más habitual es “¿Actualmente, hasta qué punto te encuentras satisfecho o satisfecha con toda tu vida, considerada globalmente?” (Casas, 2010, p. 92).

Campbell et al. (1976) propusieron complementar la OLS con escalas para evaluar la satisfacción con ámbitos específicos. El IWG también recomienda incluir la OLS para evaluar la satisfacción global con la vida, aunque ésta no forme parte del *Personal Wellbeing Index* (International Wellbeing Group, 2013).

### **6- Insight Scale**

Para evaluar el *insight* se utilizó la *Insight Scale* (IS) (Birchwood et al., 1994). Es una escala autoaplicada que evalúa el *insight* o la conciencia de enfermedad desde una perspectiva multidimensional, basada en el Modelo Multidimensional del *Insight* de David (1990). Está compuesta por 8 ítems que evalúan tres

dimensiones: la consciencia de tener síntomas, la consciencia de tener una enfermedad mental y la consciencia de la necesidad de recibir tratamiento.

La escala proporciona una puntuación global del *insight*, así como valores específicos de las tres dimensiones. La puntuación máxima es de 12 (*insight* elevado) y la puntuación mínima es de 0 (ausencia de *insight*). A partir de 9 está considerado un *insight* adecuado. Las dimensiones consciencia de síntomas y consciencia de enfermedad están formada por dos ítems. La dimensión necesidad de tratamiento está formada por cuatro ítems, estos se suman y se dividen entre 2. La puntuación para las tres dimensiones oscila entre 3 o 4 (*insight* adecuado) y 1 o 2 (*insight* bajo) (Tabla 14).

**Tabla 14. Distribución por dimensiones de los ítems de la IS y valores máximos y mínimos de cada dimensión y de la escala global**

Dimensiones	Ítems	Valores mínimos y máximos
Conciencia de síntomas	1, 8	0-4
Conciencia de enfermedad	2, 7	0-4
Necesidad de tratamiento	3, 4, 5, 6	0-4
<b>Total puntuación de la IS</b>		<b>0-12</b>

Los análisis psicométricos de la IS validada al español, realizados con una muestra de 61 pacientes ingresados con diagnóstico de trastorno psicótico obtuvieron unas propiedades psicométricas satisfactorias (Camprubi et al., 2008) (Anexo 8). Concretamente:

- En cuanto a la fiabilidad, los resultados indicaron que la consistencia interna es aceptable ( $\alpha$  de Cronbach=0,71) y comparable al resultado obtenido en la escala original ( $\alpha$  de Cronbach=0,75).
- La fiabilidad test-retest para una semana fue satisfactoria ( $r=0,76$ ).
- En relación con la validez de constructo, el análisis factorial demostró que la versión española de la escala presenta tres factores que se ajustan a los obtenidos en la escala original. El porcentaje de varianza explicado, de acuerdo con el análisis factorial, por la versión española de la IS (68,32%) se situó en torno a los valores ofrecidos por el estudio original (60,4%) y al estudio de la validación italiana (62%).

- La validez de constructo convergente, entre la puntuación de la IS y la *Drug Attitude Inventory* fue moderada ( $r=0,41$ ).
- En relación a la validez de constructo divergente se observó que no existía relación significativa entre la conciencia de enfermedad valorada con la IS y el grado de psicopatología determinado con la entrevista *Brief Psychiatric Rating Scale*.

### **7- Global Assessment of Functioning Scale**

Para evaluar la capacidad funcional se utilizó la *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF) (American Psychiatric Association, 2002). Es un instrumento ampliamente utilizado en el ámbito clínico de la salud mental y presenta una evaluación multiaxial del funcionamiento global de la persona. Contempla la actividad psicológica, social y profesional de las personas mayores de 18 años, en un continuum de salud-enfermedad mental. Se excluyen los daños físicos y ambientales.

Consta de un único ítem que se puntúa con una escala que oscila entre 100 (actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas) y 1 punto (expectativa manifiesta de muerte).

La GAF se deriva de la *Global Assessment Scale* (GAS) (Endicott, Spitzer, Fleiss, y Cohen, 1976). Esta escala fue desarrollada para el uso clínico y también fue incorporada como Eje 5 en el DSM-versiones III-TR, IV y IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) (Anexo 9). La escala ha sido utilizada en poblaciones psiquiátricas diversas, independientemente del diagnóstico. Presenta unas buenas propiedades psicométricas.

### 3.6. Procedimiento y recogida de datos

---

Tras recibir la autorización de los autores de la MARS y la autora del CSM+ para su utilización, se procedió al proceso de traducción, adaptación cultural y validación (TACV) de los dos instrumentos al catalán. Se realizó en dos etapas:

1. La traducción y adaptación cultural.
2. La validación en el idioma de destino.

Para la primera etapa, traducción y adaptación cultural de la MARS y del CSM+ al catalán, se hizo la traducción de los instrumentos partiendo de su versión original y procurando mantener sus estructuras, así como la equivalencia semántica, idiomática, conceptual y experimental con los originales (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, y Rubiales, 2011).

Se detalla a continuación los pasos que se hicieron para realizar la traducción y el proceso de adaptación, siguiendo las recomendaciones de Acquadro, Conway, Hareendran, Aaronson, y European Regulatory Issues and Quality of Life Assessment (ERIQA) Group (2008) y Beaton, Bombardier, Guillemin, y Ferraz (2000). Este proceso se llevó a cabo en ambos instrumentos con el siguiente orden:

1. *Traducción directa*: se realizó una traducción conceptual del instrumento. Participaron dos traductores bilingües independientes cuya lengua materna era el catalán.
2. *Síntesis de traducciones*: Las traducciones fueron comparadas por los traductores. Se identificaron y se discutieron las discrepancias entre las versiones traducidas hasta alcanzar un consenso.
3. *Traducción inversa (retro-traducción)*: La versión de síntesis fue retro traducida al idioma original, por dos traductores profesionales bilingües cuya lengua materna fue la del cuestionario original, en el caso de la MARS el inglés y en la del CSM+ el español. Los traductores trabajaron de forma independiente, sin tener conocimiento de la versión original del instrumento. Los traductores señalaron las redacciones difíciles de entender y las incertidumbres encontradas durante el proceso de traducción. La traducción no dio lugar a diferencias semánticas o

conceptuales importantes entre los instrumentos originales y las versiones de síntesis obtenidas en el paso anterior.

4. *Consolidación por un comité de expertos*: Se constituyó un comité de expertos bilingües sobre salud mental, con el objetivo de llegar a construir un único cuestionario consolidado pre-final adaptado al idioma de destino. En este paso se disponía de las traducciones directas (paso 1), la versión de síntesis (paso 2) y las retro-traducciones (paso 3). Se identificaron y discutieron las discrepancias encontradas. Se valoró que la versión pre-final fuera totalmente comprensible y equivalente al instrumento original.
5. *Pre-test (aplicabilidad / viabilidad)*: La realización del pre-test permitió evaluar la calidad de la traducción, la adaptación cultural y la aplicabilidad o viabilidad de los instrumentos. Asimismo, permitió calcular si el tiempo de cumplimentación se encuentra dentro de límites razonables.

Una vez terminado este proceso se realizó una reunión de consenso entre un grupo de expertos en salud mental. Después se realizaron dos retrotraducciones de la versión catalana a la versión original por otros dos traductores independientes. La nueva versión se comparó con la versión original y finalmente se realizó una revisión lingüística que nos permitió obtener la versión final (Acquadro et al., 2008; Beaton et al., 2000).

La segunda etapa del TACV fue la de evaluación de la fiabilidad y la validez de la versión catalana del CSM+ y de la versión bilingüe (española y catalana) de la MARS.

Tras la disposición de todos los instrumentos necesarios para la ejecución clínica del proyecto, se prepararon los documentos oficiales para gestionar las autorizaciones oportunas de los diferentes centros participantes y del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC). El proyecto de estudio fue valorado y aprobado por parte del CEIC del *Institut d'Assistència Sanitària* (código CEIC: S041-1094) (Anexo 10), de *les Germanes Hospitalaries del Sagrat Cor de Jesús de Benito Menni* (código CEIC: PR-2015-19) (Anexo 11), del *Parc de Salut Mar* (código CEIC: 2015/6303/I) (Anexo 12) y por la comisión de investigación del *Parc Sanitari Sant Joan de Déu* (Anexo 13) y posteriormente se inició la recogida de datos.

Asimismo, se presentó el proyecto a la dirección asistencial de las cuatro instituciones y a los equipos asistenciales dónde se llevó a cabo la recogida de datos.

Se seleccionaron a los sujetos que acudían a los CSMA, los EIPP, al HDA, o que estaban ingresados en la UHP de agudos o subagudos por el/la enfermero/a referente teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión (ver apartado 3.3.1. y 3.3.2.).

Posteriormente el/la enfermero/a referente informó al posible participante sobre el estudio y le entregó la 'Hoja informativa de participación' (Anexo 14), que contenía la información relevante y necesaria para que el paciente pudiera decidir acerca de su participación en el estudio.

Antes de la recogida de datos la investigadora responsable o los investigadores colaboradores del estudio aclararon a los participantes todas sus dudas y estos pudieron hacerles las preguntas que consideraron oportunas, y, de acuerdo con la normativa vigente, obtuvieron el consentimiento informado escrito del sujeto.

Una vez firmado el consentimiento informado (Anexo 15) por el participante, se inició la recogida de datos de los diferentes instrumentos. En primer lugar, el/la investigador/a recogió las variables sociodemográficas y clínicas, posteriormente el participante autocomplementó los siguientes instrumentos: el CSM+, el PWI-A, la OLS, la MARS y la IS. La GAF la proporcionó el psiquiatra referente.

El estudio requirió dos sesiones. Antes de iniciar la recogida de datos, se le propuso al participante rellenar de nuevo el CSM+ y la MARS a los 15 días posteriores a la primera sesión. A los participantes que no lo aceptaron, únicamente se recopilaban los datos de las características sociodemográficas y clínicas, y de los siguientes instrumentos: el CSM+, el PWI-A, la OLS, la MARS y la IS. La duración aproximada de la recogida de datos fue de 30-45 minutos por sesión.

### 3.7. Análisis de datos

---

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio. Se calcularon las frecuencias y los porcentajes para las variables cualitativas y las medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas.

En segundo lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo bivalente, realizando un análisis dos a dos, entre las variables independientes y las variables dependientes, para conocer su grado de relación. Entre dos variables cuantitativas se calculó el coeficiente de correlación de Pearson. Las relaciones entre una variable cuantitativa y una cualitativa se analizó mediante la prueba de t de Student o el análisis de la variancia de un factor ANOVA, en función de las modalidades de respuesta de cada variable.

Posteriormente, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple utilizando las variables explicativas (la recuperación, el bienestar subjetivo incluyendo la satisfacción con ámbitos específicos de la vida y la satisfacción global con la vida, el *insight*, la capacidad funcional y las variables sociodemográficas y clínicas) sobre la variable respuesta (la SM+ global).

Para validar la versión catalana del CSM+ y la versión bilingüe (española y catalana) de la MARS se analizaron las propiedades psicométricas de los dos instrumentos. En concreto, la fiabilidad en términos de consistencia interna se valoró mediante el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, que se consideró adecuado cuando se obtuvieron valores superiores a 0,70 (Nunnally, y Bernstein 1994). Se calcularon las correlaciones individuales de cada uno de los ítems con la puntuación global obtenida, así como el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach sin el ítem incluido en la escala, con el fin de valorar la adecuación de la inclusión de cada uno de los ítems. También se calculó el coeficiente de homogeneidad de los ítems corregidos, estimando las correlaciones de cada uno de los ítems con la escala global y con cada uno de sus factores correspondientes, en el caso del CSM+, y se aceptó como valor mínimo una correlación de 0,20 (Clark, y Watson, 1995).

Para evaluar la estabilidad temporal test-retest se aplicó el coeficiente de correlación intraclase (CCI) entre las puntuaciones del CSM+ obtenidas en la valoración inicial y las puntuaciones del CSM+ obtenidas al cabo de 15 días. Se realizó el mismo proceso para la MARS.

Para evaluar la validez de la versión catalana del CSM+ y la versión bilingüe (española y catalana) de la MARS se analizó la validez convergente y la validez de constructo.

La validez convergente, se estableció a partir del cálculo del coeficiente de correlación de Pearson entre la puntuación global del CSM+ y otras medidas relacionadas con la SM+, como son las puntuaciones de la MARS, el PWI-A, la OLS, y también con medidas clínicas, como son las puntuaciones de la IS total y la GAF. Como se ha indicado anteriormente, no existe ningún instrumento que evalúe la SM+ traducido al catalán. Por otro lado, se analizaron las correlaciones entre los diferentes factores del cuestionario general y también entre el resultado de cada factor y el cuestionario general, en base a la hipótesis de que la correlación entre cada factor y el cuestionario general debería ser mayor que las correlaciones entre los factores, y las correlaciones entre factores inferiores a 0,70 (Fayers, y Machin, 2000).

Para el análisis de la validez convergente de la MARS, se realizó el mismo proceso que para el CSM+, se realizó entre la puntuación global de la MARS y otras medidas relacionadas con la recuperación, como son las puntuaciones del CSM+, el PWI-A, la OLS, y también con medidas clínicas, como son las puntuaciones de la IS total y la GAF.

La validez de constructo del CSM+ se determinó mediante la aplicación de un análisis factorial confirmatorio (AFC), siguiendo el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch de seis factores (Lluch, 1999). El AFC se realizó mediante la estimación de parámetros por el método de mínimos cuadrados generalizados, tal y como se realizó en la versión española con estudiantes universitarios del CSM+, que fue el único estudio que llevó a cabo el AFC. (Roldán-Merino et al., 2017). Este método tiene las mismas propiedades que el método de máxima verosimilitud, aunque con criterios de normalidad menos

estrictos utilizándose principalmente para medir elementos ordinales (Batista-Foguet, y Coenders, 2000).

Para evaluar el ajuste del modelo planteado en el AFC del CSM+ se utilizaron los indicadores de ajuste absoluto, incremental y parsimonia:

- Índice de ajuste absoluto: Para este estudio se utilizó el *Googness-of-fit Index* (GFI), el *Comparative Fit Index* (CFI) y el *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) y la *Standardized Root Mean square Residual* (SRMR). El índice GFI y el CFI varían entre 0 y 1, con 1 indicando un ajuste perfecto. Valores superiores a 0,90 sugieren un ajuste satisfactorio entre las estructuras teóricas y los datos empíricos y valores de 0,95 o superiores un ajuste óptimo. Sin embargo, son considerados óptimos cuando los valores de RMSEA son inferiores a 0,06 y de SRMR inferiores a 0,08 (Hu, y Bentler, 1999).
- Índice de ajuste incremental: En este estudio se utilizó el *Adjusted Goodness of Fit Index* (AGFI), el *Bentler Bonnet Normed Fit Index* (BBNFI) y el *Bentler Bonnet Non Normed Fit Index* (BBNNFI). Estos tres índices presentan valores que oscilan entre 0 (ajuste nulo del modelo a los datos) y 1 (ajuste perfecto) considerándose adecuados a 0,90 (Bentler, y Bonett, 1980).
- Índice de parsimonia: En este estudio se utilizó el chi cuadrado ( $\chi^2$ ) normalizado definido como la ratio entre el valor del  $\chi^2$  y el número de grados de libertad ( $\chi^2/gl$ ). Valores inferiores a 2 indican un buen ajuste (Tabachnick, y Fidell, 2007).

En relación a la validez de constructo de la MARS, en primer lugar, se realizó el análisis factorial exploratorio (AFE), técnica estadística que reduce datos por la correlación entre sus elementos (Reise, Waller, y Comrey, 2000). Por esa razón, se verificaron las medidas de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), cuyos valores próximos a la unidad sugieren que los indicadores son explicados por un factor subyacente (Kaiser, 1974) y el test de esfericidad de Barlett cuya significación estadística rechaza la idea de una matriz de identidad; ambos elementos sugieren que es posible realizar el AFE (Hair, Anderson, Tatham, y Black, 2009). La pertenencia de un ítem a un factor se consideró con cargas

superiores a 0,30 (Nunnally, 1987). Para la determinación de número de factores se utilizó la prueba de sedimentación (Cattell, 1966) y el análisis paralelo (Horn, 1965). Para el análisis se utilizó el programa de sintaxis de O'Connor para *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

En segundo lugar, se realizó el AFC de la MARS mediante la estimación de parámetros por el método de máxima verosimilitud, tal y como se realizó en la versión original (Drapalski et al., 2012) y en un estudio posterior que lo llevó a cabo el mismo equipo de investigadores con el objetivo de evaluar más a fondo las propiedades psicométricas de la MARS (Drapalski et al., 2016). Para evaluar el ajuste del modelo planteado en el AFC se utilizaron los siguientes índices de ajuste: el  $\chi^2$ , ( $\chi^2/gl$ ), el RMSEA y el SRMR, el CFI y BBNFI. Se han asumido como aceptables los resultados de  $\chi^2$  inferiores a 2 (Tabachnick, y Fidell, 2007), el CFI y BBNFI por encima de 0,90 y como óptimos por encima 0,95, y el RMSEA y el SRMR por debajo de 0,06 y de 0,08 respectivamente (Bentler, y Bonett, 1980; Hu, y Bentler, 1999).

Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y se consideró que la diferencia entre variables era significativa cuando el nivel de significación estadístico fue menor o igual a 0,05. Para los análisis descriptivos, univariantes y bivariantes se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 25.0. El AFE de la MARS se realizó mediante el programa de sintaxis de O'Connor para SPSS. Para el AFC de la MARS se utilizó el programa estadístico AMOS para Windows, versión 18.0. y para el AFC del CSM+ el EQS para Windows, versión 6.1. Finalmente, el análisis multivariante se llevó cabo con el programa STATA, versión 13.1.

### 3.8. Aspectos éticos, protección de datos y control de calidad

---

El estudio se realizó siguiendo las normas deontológicas recogidas en la Declaración de Helsinki (actualizada en 2013 en la Declaración de Brasil) y las normas de Buenas Práctica Clínica.

El presente estudio fue evaluado y aprobado por el CEIC del *Institut d'Assistència Sanitària* (código CEIC: S041-1094; Fecha: 25/03/2015) (Anexo 10), de *les Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús de Benito Menni* (código CEIC: PR-2015-19; Fecha: PR-2015-19) (Anexo 11), del *Parc de Salut Mar* (código CEIC: 2015/6303/I; Fecha: 15/09/2015) (Anexo 12) y por la comisión de investigación del *Parc Sanitari Sant Joan de Déu* (Fecha: 5/04/2016) (Anexo 13).

Los pacientes participantes en el estudio firmaron el consentimiento informado (Anexo 15) después de haber recibido y entendido la información referente a la participación en el estudio, entregándoles un documento escrito denominado 'Hoja informativa de participación' (Anexo 14).

Los datos del estudio fueron introducidos en un fichero anonimizado, y tratados conforme a lo que dispone la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y acorde con el Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea, para el desarrollo y buen fin del estudio. La identificación de los sujetos, tanto en el cuaderno de recogida de datos (CRD) como en la base de datos, se realizó a través de un número de identificación (núm. del 1 al 350 aproximadamente), en el que no consta ni el nombre, ni datos como el DNI, NIE, CIP, etc. Los datos registrados en la base de datos central son propiedad de la investigadora principal. Sólo tienen acceso a los datos, la investigadora principal, el CEIC y las autoridades sanitarias pertinentes.

## 4. RESULTADOS

---



En primer lugar, se describe la muestra de estudio. Posteriormente se presentan los resultados obtenidos siguiendo los objetivos de esta investigación. En segundo lugar, se muestran las propiedades psicométricas de la versión catalana del Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+). En tercer lugar, se detallan las propiedades psicométricas de la versión bilingüe (española y catalana) de la *Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale* (MARS). En cuarto lugar, se describen las variables objeto de estudio y su relación según el trastorno psicótico (psicosis incipiente *versus* esquizofrenia). En quinto y sexto lugar, se explica la relación entre el nivel de salud mental positiva (SM+) y las variables sociodemográficas y variables clínicas. En octavo lugar y último lugar, se evalúa globalmente toda la información recogida.

## 4.1. Descripción de la muestra de estudio

Se incluyeron en el estudio 347 personas diagnosticadas de un trastorno psicótico, según las fases de evolución de la enfermedad: psicosis incipiente o esquizofrenia, atendidas en diversos dispositivos asistenciales de salud mental: los centro de salud mental de adultos (CSMA), los equipos de intervención precoz en la psicosis (EIPP), en el hospital de día de adultos (HDA) y en la unidad de hospitalización de psiquiatría (UHP) de agudos y en la UHP de subagudos, de diversas instituciones de Cataluña: *Institut d'Assistència Sanitària (IAS)*, *del Complex Assistencial en Salut Mental (CASM) Benito Menni*, *del Parc de Salut y Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD)*, durante febrero del 2015 y mayo del 2016.

Asimismo, en la tabla 15 se presenta la distribución de los participantes en función de los dispositivos asistenciales donde han estado atendidos.

**Tabla 15. Distribución de la muestra en función de los dispositivos asistenciales que han participado en el estudio (n=347)**

Institución					Total	
	Hombre		Mujer			
	N	%	N	%	N	%
CSMA	158	45,6	74	21,3	232	66,9
EIPP	17	4,9	9	2,6	26	7,5
HDA	5	1,5	7	2,0	12	3,5
UHP de agudos	36	10,4	10	2,9	46	13,3
UHP de subgudos	16	4,6	15	4,3	31	8,9
<b>Total</b>	<b>232</b>	<b>66,9</b>	<b>115</b>	<b>33,1</b>	<b>347</b>	<b>100,0</b>

En las tablas 16 y 17 se detallan los resultados obtenidos a partir de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra estudiada en su totalidad y según el sexo, teniendo en cuenta que el 66,9% de la muestra eran hombres.

**En relación a las variables sociodemográficas destaca que (Tabla 16):**

- **Edad.** La edad de los participantes oscilaba entre 18 y 75 años, con una media de 41,29 años (DT=11,99). De éstos, el 50,4% de los sujetos tenían entre 18 y 49 años y eran hombres.
- **Estado civil.** Se observó un elevado porcentaje de sujetos solteros (75,2%), de los cuales el 57,1% eran hombres, en comparación con el resto de situaciones.
- **Nivel de estudios.** Destacó un elevado porcentaje de participantes con estudios (89,3%). Únicamente el 8,1% no tenían estudios o no los habían completado.
- **Situación laboral.** Respecto a la situación laboral el 57,1% estaba en situación de invalidez y tan sólo un 11,2% eran trabajadores activos.
- **Personas con las que se convive en el hogar.** Únicamente el 19% de los sujetos de estudio vivían solos, mientras que el 81% restante vivía en compañía de la pareja, padres, hijos, familiares, amigos o en pisos protegidos.
- **Número de personas con las que se convive en el hogar.** La media de personas con las que convivían los participantes fue de 1,86 (DT=1,38).
- **Inmigrante.** Un 14,1% de los participantes eran inmigrantes, definida la variable inmigrante como la persona nacida fuera de España y que había llegado hacía menos de 5 años para fijar su residencia.

**Tabla 16. Características sociodemográficas de la muestra estudiada (n=347)**

Variables	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer		N	%
	N	%	N	%		
<b>Edad</b>	M=39,76 DT=11,99		M=44,37 DT=11,41		M=41,29 DT=11,99	
18-28	53	15,0	10	2,9	62	17,9
29-38	58	16,7	27	7,8	85	24,5
39-49	65	18,7	40	11,5	105	30,2
>49	57	16,4	38	11,0	95	27,4
<b>Estado civil</b>	Soltero/a		198		57,1	
	63	18,1	261	75,2		
	Casado/a o con pareja		19		5,5	
	28	8,1	47	13,6		
	Separado/a, divorciado/a, viudo/a		15		4,3	
	24	6,9	39	11,2		
<b>Nivel de estudios</b>	Sin estudios o estudios no completos		18		5,2	
	10	2,9	28	8,1		
	Estudios primarios		100		28,8	
	48	13,8	148	42,6		
	Estudios secundarios		92		26,5	
	42	12,1	134	38,6		
	Estudios universitarios		22		6,4	
	15	4,3	37	10,7		
<b>Situación laboral</b>	Trabajador activo		27		7,8	
	12	3,4	39	11,2		
	Trabajador inactivo		32		9,2	
	16	4,6	48	13,8		
	Invalidez		131		37,8	
	67	19,3	198	57,1		
	Otras situaciones		42		12,1	
	20	5,8	62	17,9		
<b>Personas con las que conviven en el hogar</b>	Solo/a		38		11,0	
	28	8,1	66	19,0		
	Acompañado/a		194		55,9	
	87	25,1	281	81,0		
<b>Número de personas con las que convive en el hogar</b>	M=1,96 DT=1,37		M=1,68 DT=1,38		M=1,86 DT=1,38	
<b>Inmigrante</b>	Sí		35		10,1	
	15	4,0	49	14,1		
	No		197		56,8	
	101	29,1	298	85,9		

M=Media. DT=Desviación Típica.

**En relación a las variables clínicas destaca que (Tabla 17):**

- **Trastorno psicótico.** El 18,4% presentaban un diagnóstico de psicosis incipiente y el 81,6% de esquizofrenia.
- **Años de evolución del trastorno psicótico.** La duración media de los años de evolución de la patología psiquiátrica fue de 12,57 años, aunque cabe destacar que la desviación típica (DT) fue de 10,17 años.
- **Antecedentes familiares de trastorno mental.** Un porcentaje elevado refirió tener un familiar directo con trastorno mental (47,3%).

- **Número de ingresos hospitalarios en salud mental.** La media de ingresos en hospitalización de psiquiatría fue de 3,37, con una DT de 9,79 ingresos. El intervalo osciló entre 0 y 31 ingresos.
- **Tiempo transcurrido desde el último ingreso hospitalario en salud mental.** El tiempo medio trascurrido desde el último ingreso en hospitalización de psiquiatría fue de 4,50 años, con una DT de 5,82 años. El intervalo osciló entre 0 y 31 años. En esta variable no se tuvo en cuenta los participantes que estaban ingresados.
- **Antecedentes médicos.** El 46,1% de los participantes tenían algún problema orgánico. La media de patologías orgánicas fue de 0,72, con una DT de 0,95 patologías orgánicas. El intervalo osciló entre 0 y 6 patologías orgánicas.
- **Vía de administración del/de los antipsicótico/s prescrito/s.** La mitad de la muestra tenía prescrita tratamiento antipsicótico oral (49,3%), un 22% únicamente tratamiento intramuscular, y el resto la combinación de ambos.
- **Número de antipsicóticos prescritos.** La media de antipsicóticos prescritos fue de 1,57 antipsicóticos, con una DT de 0,72 antipsicóticos. El intervalo osciló entre 1 y 4 antipsicóticos. Más de la mitad de la muestra tenía prescrito únicamente un antipsicótico (54,8%).
- **Tratamiento con ansiolíticos.** El 35,4% tenían pautado algún tipo de ansiolítico.
- **Tratamiento con antidepresivos.** El 28,5% tenían prescritos algún tipo de antidepresivo.
- **Consumo de tóxicos.** Los datos relativos al consumo de tóxicos mostraron un elevado porcentaje de participantes (17,3%) que afirmaron ser consumidores de algún tipo de tóxico. Este dato incluye tanto los que afirmaron consumirlos esporádicamente u ocasionalmente, como los que informaron de un consumo habitual.
- **Tentativas autolíticas.** El 24,8% realizaron algún intento autolítico a lo largo de su enfermedad.

Tabla 17. Características clínicas de la muestra estudiada (n=347)

Variables	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer		N	%
	N	%	N	%		
<b>Trastorno psicótico</b>						
Psicosis Incipiente	46	13,2	18	5,2	64	18,4
Esquizofrenia	186	53,6	97	28,0	283	81,6
<b>Años de evolución del trastorno psicótico</b>						
	M=12,66 DT=10,37		M=12,39 DT=9,79		M=12,57 DT=10,17	
0 a 2 años	54	15,6	24	6,9	78	22,5
3 a 10 años	66	19,0	36	10,4	102	29,4
> 10 años	112	32,3	55	15,8	167	48,1
<b>Antecedentes familiares de trastorno mental</b>						
Sí	101	29,1	63	18,2	164	47,3
No	131	37,7	52	15,0	183	52,7
<b>Número de ingresos hospitalarios en salud mental</b>						
	M=3,39 DT=3,14		M=3,14 DT=2,90		M=3,37 DT=3,79	
<b>Tiempo transcurrido desde el último ingreso</b>						
	M=4,45 DT=5,93		M=4,59 DT=5,61		M=4,50 DT=5,82	
<b>Antecedentes médicos</b>						
	M=0,72 DT=0,97		M=0,72 DT=0,93		M=0,72 DT=0,95	
Sí	103	29,7	57	16,4	160	46,1
No	129	37,2	58	16,7	187	53,9
<b>Vía de administración del/de los antipsicótico/s prescrito/s</b>						
Medicación oral	115	33,1	56	16,1	171	49,2
Medicación parenteral	46	13,3	31	8,9	77	22,2
Medicación oral más parenteral	71	20,5	28	8,1	99	28,6
<b>Número de antipsicóticos prescritos</b>						
	M=1,63 DT=0,75		M=1,47 DT=0,64		M=1,57 DT=0,72	
1 antipsicótico prescritos	118	34	72	20,7	190	54,7
2 antipsicóticos prescritos	86	24,8	34	9,8	120	34,6
3 o más antipsicóticos prescritos	28	8,1	9	2,6	37	10,7
<b>Tratamiento con ansiolíticos</b>						
Sí	80	23	43	12,4	123	35,4
No	152	43,8	72	20,8	224	64,6
<b>Tratamiento con antidepresivos</b>						
Sí	59	17	40	11,5	99	28,5
No	173	49,9	75	21,6	248	71,5
<b>Consumo de tóxicos</b>						
Sí	48	13,8	12	3,5	60	17,3
No	184	53	103	29,7	287	82,7
<b>Tentativas autolíticas</b>						
Sí	58	16,7	28	8,1	86	24,8
No	174	50,1	87	25,1	261	75,2

M=Media. DT=Desviación Típica.

## 4.2. Propiedades psicométricas de la versión catalana del Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+)

Finalmente se incluyeron a 226 participantes, de las cuatro instituciones de Cataluña, para la validación del Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+). Para el cálculo del tamaño muestral, se optó por una razón de 5 por cada ítem del cuestionario, más un 10% adicional para evitar posibles pérdidas de participantes (Casas Anguita et al., 2001). Se calculó que la muestra estuviera configurada como mínimo por 214 sujetos.

En la tabla 18 se presenta la distribución de frecuencias de los participantes en función de las instituciones desde donde fueron atendidos.

**Tabla 18. Distribución de la muestra en función de las instituciones que han participado en el estudio, para la validación del CSM+ (n=226)**

Institución	N	%
<i>Institut d'Assistència Sanitària</i>	168	74,3
<i>Parc de Salut Mar</i>	26	11,5
<i>Complex Assistencial en Salut Mental de Benito Menni</i>	25	11,1
<i>Parc Sanitari Sant Joan de Déu</i>	7	3,1
Total	226	100,0

### 4.2.1. Análisis descriptivo de los ítems

Para comprobar la distribución de los datos del CSM+ en la versión catalana, se realizó la prueba Kolmogorov-Smirnov de la puntuación global de los 226 participantes, presentando una distribución normal ( $Zk-s = 0,76$ ;  $p=0,070$ ).

La media de la puntuación total del CSM+ fue de 116,92 puntos ( $DT=18,95$ ) con una mediana de 117 puntos, siendo el valor mínimo 66 puntos y el valor máximo 154. La distribución fue platicúrtica ( $curtosis=-0,64$ ) con una ligera asimetría negativa, ( $curtosis=-0,17$ ), tal y como se observa en el siguiente histograma (Figura 13).

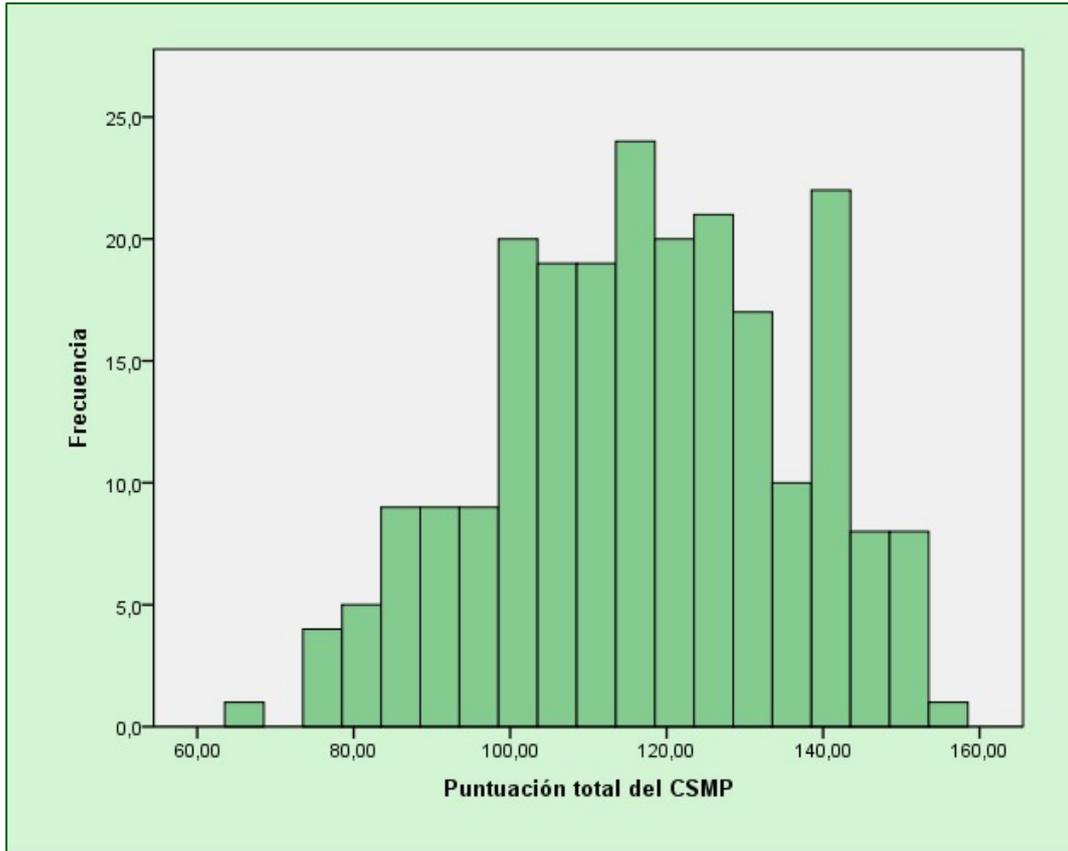


Figura 13. Histograma de frecuencias de la puntuación total del CSMP+ (n=226)

Los valores de tendencia central, variabilidad, efecto suelo, efecto techo, asimetría y curtosis para cada uno de los 39 ítems del CSMP+ se muestran en la tabla 19. La media de los ítems evaluados osciló entre 2,19 (ítem 18) y 3,46 (ítem 23 y ítem 31) (en una escala de 1 a 4 puntos) y la DT fue de 0,69 (ítem 17) a 1,08 (ítem 19). El ítem con el mayor efecto techo fue el ítem 31 ('...crec que sóc un/a inútil i no serveixo per a res') (60,6%) y el ítem con el mayor efecto suelo fue el ítem 18 ('...em considero "un/a bon/a psicòleg/a') (27,9%). Se observó una asimetría negativa en la totalidad de los ítems del cuestionario. Así como también se observó una curtosis negativa en la mayoría de los ítems.

Tabla 19. Estadísticos descriptivos de los ítems del CSM+ (n=226)

	Media	Desviación típica	Mediana	Suelo %	Techo %	Curtosis	Asimetría
Ítem 1	3,19	0,83	3,00	4,4	40,7	0,15	-0,83
Ítem 2	2,73	0,83	3,00	9,3	15,5	-0,28	-0,42
Ítem 3	3,23	0,84	3,00	3,1	46,5	-0,30	-0,78
Ítem 4	2,86	0,97	3,00	7,5	33,2	-1,13	-0,21
Ítem 5	2,95	0,97	3,00	8,0	36,3	-0,92	-0,44
Ítem 6	3,34	0,72	3,00	2,2	46,5	0,85	-0,97
Ítem 7	3,10	0,86	3,00	4,9	37,2	-0,30	-0,66
Ítem 8	2,94	0,94	3,00	9,7	31,4	-0,52	-0,59
Ítem 9	2,59	1,01	3,00	17,3	21,7	-1,08	-0,11
Ítem 10	2,83	1,04	3,00	14,2	32,7	-1,01	-0,42
Ítem 11	2,83	0,92	3,00	8,0	27,0	-0,81	-0,29
Ítem 12	2,89	1,00	3,00	11,1	33,6	-0,88	-0,46
Ítem 13	2,85	0,96	3,00	10,2	29,6	-0,82	-0,40
Ítem 14	3,26	0,89	4,00	5,8	50,4	0,16	-1,03
Ítem 15	3,20	0,83	3,00	1,3	45,6	-0,97	-0,54
Ítem 16	2,96	0,95	3,00	6,6	36,3	-0,96	-0,39
Ítem 17	3,38	0,69	3,50	0,4	50,0	-0,27	-0,76
Ítem 18	2,19	0,98	2,00	27,9	12,4	-0,82	0,42
Ítem 19	2,71	1,08	3,00	19,5	28,3	-1,14	-0,35
Ítem 20	2,86	0,96	3,00	8,0	32,3	-1,04	-0,26
Ítem 21	3,09	0,88	3,00	3,5	39,8	-0,83	-0,49
Ítem 22	2,99	0,85	3,00	4,0	31,4	-0,68	-0,38
Ítem 23	3,46	0,73	4,00	1,3	58,8	0,62	-1,17
Ítem 24	3,07	0,90	3,00	5,8	38,1	-0,49	-0,62
Ítem 25	2,69	0,94	3,00	9,3	23,9	-0,99	-0,01
Ítem 26	2,74	0,97	3,00	10,2	27,4	-1,07	-0,12
Ítem 27	3,16	0,78	3,00	2,2	37,6	-0,32	-0,58
Ítem 28	3,00	0,91	3,00	5,8	35,8	-0,76	-0,47
Ítem 29	2,68	1,04	3,00	14,6	27,9	-1,18	-0,12
Ítem 30	3,10	0,94	3,00	8,0	41,6	-0,36	-0,77
Ítem 31	3,46	0,76	4,00	1,8	60,6	0,70	-1,24
Ítem 32	3,18	0,81	3,00	2,2	41,2	-0,56	-0,59
Ítem 33	3,29	0,81	3,00	3,5	48,2	0,34	-0,98
Ítem 34	2,73	0,95	3,00	12,8	22,1	-0,74	-0,36
Ítem 35	2,83	1,01	3,00	8,0	35,4	-1,31	-0,12
Ítem 36	3,26	0,81	3,00	2,2	46,9	-0,37	-0,75
Ítem 37	3,23	0,86	3,00	3,1	47,8	-0,46	-0,76
Ítem 38	3,02	0,93	3,00	7,5	36,7	-0,56	-0,61
Ítem 39	3,04	0,97	3,00	10,2	38,5	-0,42	-0,75

## **4.2.2. Análisis de la fiabilidad**

### **4.2.2.1. Análisis de la consistencia interna**

El coeficiente de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) para el total del cuestionario fue de 0,935 y para cada uno de los factores se obtuvieron puntuaciones superiores a 0,70, a excepción del factor F2-Actitud Prosocial, que obtuvo una puntuación de 0,605. Estos resultados indican una buena consistencia interna para el CSM+ de 39 ítems.

También se calcularon los valores de  $\alpha$  de Cronbach excluyendo cada uno de los ítems del cuestionario, no observándose que la exclusión de ninguno mejorase la consistencia interna de la puntuación total del CSM+ de forma relevante (Tabla 20).

El coeficiente de homogeneidad de los ítems para cada factor se presenta en la tabla 21, habiéndose obtenido valores superiores a 0,20 en todos ellos.

Tabla 20. Coeficiente de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) del CSM+ (n=226)

Ítems	$\alpha$ de Cronbach		
	Total subescala	Total subescala sin ítem	Total escala sin ítem
<b>F1- Satisfacción Personal</b>	0,855		
4. M'agrada com sóc		0,832	0,932
6. Sento que estic a punt d'explotar		0,865	0,935
7. Per a mi, la vida és avorrida i monòtona		0,834	0,933
12. Veig el meu futur amb pessimisme		0,819	0,932
14. Em considero una persona menys important que la resta de persones que m'envolten		0,834	0,933
31. Crec que sóc un/a inútil i no serveixo per a res		0,824	0,932
38. Em sento insatisfet/a de mi mateix/a		0,813	0,931
39. Em sento insatisfet/a del meu aspecte físic		0,839	0,933
<b>F2- Actitud Prosocial</b>	0,605		
1. A mi, em resulta especialment difícil acceptar els altres quan tenen actituds diferents de les meves		0,582	0,935
3. A mi, em resulta especialment difícil escoltar les persones que m'expliquen els seus problemes		0,564	0,934
23. Penso que sóc una persona digna de confiança		0,555	0,934
25. Penso en les necessitats dels altres		0,541	0,935
37. M'agrada ajudar els altres		0,507	0,935
<b>F3- Autocontrol</b>	0,822		
2. Els problemes em bloquegen fàcilment		0,815	0,933
5. Sóc capaç de controlar-me quan experimento emocions negatives		0,785	0,933
21. Sóc capaç de controlar-me quan tinc pensaments negatius		0,768	0,934
22. Sóc capaç de mantenir un bon nivell d'autocontrol en les situacions conflictives de la meua vida		0,774	0,933
26. Si estic vivint pressions exteriors desfavorables sóc capaç de continuar mantenint el meu equilibri personal		0,792	0,933
<b>F4- Autonomia</b>	0,782		
10. Em preocupa molt el que els altres pensen de mi		0,714	0,933
13. Les opinions dels altres m'influeixen molt a l'hora de prendre les meves decisions		0,719	0,933
19. Em preocupa que la gent em critiqui		0,699	0,934
33. Em resulta difícil tenir opinions personals		0,783	0,934
34. Quan he de prendre decisions importants em sento molt insegur/a		0,775	0,932
<b>F5- Resolución de Problemas y Autoactualización</b>	0,829		
15. Sóc capaç de prendre decisions per mi mateix/a		0,801	0,932
16. Intento treure els aspectes positius de les coses dolentes que em passen		0,809	0,933
17. Intento millorar com a persona		0,814	0,933
27. Quan hi ha canvis en el meu entorn intento adaptar-me		0,808	0,933
28. Davant d'un problema sóc capaç de demanar informació		0,821	0,934
29. Els canvis que s'esdevenen en la meua rutina habitual m'estimulen		0,819	0,934
32. Intento desenvolupar i potenciar les meves bones aptituds		0,810	0,933
35. Sóc capaç de dir no quan vull dir no		0,829	0,933
36. Quan se'm planteja un problema intento buscar possibles solucions		0,798	0,932
<b>F6- Habilidades de Relación Interpersonal</b>	0,783		
8. A mi, em resulta especialment difícil donar suport emocional		0,733	0,933
9. Tinc dificultats per establir relacions interpersonals profundes i satisfactòries amb algunes persones		0,741	0,932
11. Crec que tinc molta capacitat per posar-me en el lloc dels altres i comprendre les seves respostes		0,775	0,935
18. Em considero "un/a bon/a psicòleg/a"		0,781	0,935
20. Crec que sóc una persona sociable		0,754	0,933
24. A mi, em resulta especialment difícil entendre els sentiments dels altres		0,755	0,934
30. Tinc dificultats per relacionar-me obertament amb els meus professors/caps		0,744	0,933
<b>Total CSM+</b>	<b>0,935</b>		

**Tabla 21. Correlación Ítem-total del CSM+ (n=226)**

Ítems	α de Cronbach		
	Total subescala	Total subescala sin ítem	Total escala sin ítem
<b>F1- Satisfacción Personal</b>	0,855		
4. M'agrada com sóc		0,620	0,600
6. Sento queestic a punt d'explotar		0,297	0,263
7. Per a mi, la vida és avorrida i monòtona		0,549	0,587
12. Veig el meu futur amb pessimisme		0,682	0,696
14. Em considero una persona menys important que la resta de persones que m'envolten		0,554	0,587
31. Crec que sóc un/a inútil i no serveixo per a res		0,639	0,691
38. Em sento insatisfet/a de mi mateix/a		0,703	0,749
39. Em sento insatisfet/a del meu aspecte físic		0,516	0,551
<b>F2- Actitud Prosocial</b>	0,605		
1. A mi, em resulta especialment difícil acceptar els altres quan tenen actituds diferents de les meves		0,325	0,299
3. A mi, em resulta especialment difícil escoltar les persones que m'expliquen els seus problemes		0,445	0,335
23. Penso que sóc una persona digna de confiança		0,372	0,356
25. Penso en les necessitats dels altres		0,266	0,379
37. M'agrada ajudar els altres		0,322	0,439
<b>F3- Autocontrol</b>	0,822		
2. Els problemes em bloquegen fàcilment		0,545	0,514
5. Sóc capaç de controlar-me quan experimento emocions negatives		0,502	0,623
21. Sóc capaç de controlar-me quan tinc pensaments negatius		0,441	0,682
22. Sóc capaç de mantenir un bon nivell d'autocontrol en les situacions conflictives de la meva vida		0,524	0,665
26. Siestic vivint pressions exteriors desfavorables sóc capaç de continuar mantenint el meu equilibri personal		0,549	0,605
<b>F4- Autonomia</b>	0,782		
10. Em preocupa molt el que els altres pensen de mi		0,516	0,633
13. Les opinions dels altres m'influeixen molt a l'hora de prendre les meves decisions		0,535	0,623
19. Em preocupa que la gent em critiqui		0,483	0,673
33. Em resulta difícil tenir opinions personals		0,453	0,415
34. Quan he de prendre decisions importants em sento molt insegur/a		0,610	0,448
<b>F5- Resolución de Problemas y Autoactualización</b>	0,829		
15. Sóc capaç de prendre decisions per mi mateix/a		0,628	0,639
16. Intento treure els aspectes positius de les coses dolentes que em passen		0,546	0,562
17. Intento millorar com a persona		0,508	0,533
27. Quan hi ha canvis en el meu entorn intento adaptar-me		0,533	0,579
28. Davant d'un problema sóc capaç de demanar informació		0,436	0,455
29. Els canvis que s'esdevenen en la meva rutina habitual m'estimulen		0,452	0,493
32. Intento desenvolupar i potenciar les meves bones aptituds		0,520	0,553
35. Sóc capaç de dir no quan vull dir no		0,551	0,410
36. Quan se'm planteja un problema intento buscar possibles solucions		0,633	0,669
<b>F6- Habilidades de Relación Interpersonal</b>	0,783		
8. A mi, em resulta especialment difícil donar suport emocional		0,564	0,618
9. Tinc dificultats per establir relacions interpersonals profundes i satisfactòries amb algunes persones		0,622	0,574
11. Crec que tinc molta capacitat per posar-me en el lloc dels altres i comprendre les seves respostes		0,302	0,402
18. Em considero "un/a bon/a psicòleg/a"		0,376	0,375
20. Crec que sóc una persona sociable		0,551	0,514
24. A mi, em resulta especialment difícil entendre els sentiments dels altres		0,423	0,512
30. Tinc dificultats per relacionar-me obertament amb els meus professors/caps		0,505	0,563
<b>Total CSM+</b>	<b>0,935</b>		

#### 4.2.2.2. Análisis de la estabilidad temporal

De los 226 participantes que fueron incluidos en el estudio, a seis de ellos no se les realizó la segunda pasación: dos de ellos fueron ingresados en las unidades de hospitalización de psiquiatría por descompensación y los otros cuatro no se presentaron a la cita. Finalmente fueron incluidos para este análisis 220 participantes que tenían las dos entrevistas realizadas con el CSM+ (CSM+ 1 pre-test y CSM+ 2 post-test).

El coeficiente de correlación intraclase (CCI) demostró que la confiabilidad de dos semanas fue de 0,933 con un intervalo de confianza 95% (0,915-0,947) fue satisfactoria y también para los seis factores (Tabla 22).

Tabla 22. Coeficiente de correlación intraclase (CCI) test-retest del CSM+ (n=220)

	$\alpha$ de Cronbach	Coeficiente Correlación Intraclase	Intervalo Confianza 95%
<b>F1-Satisfacción Personal</b>	0,855	0,890	0,810-0,910
<b>F2-Actitud Prosocial</b>	0,605	0,790	0,760-0,870
<b>F3-Autocontrol</b>	0,822	0,910	0,876-0,930
<b>F4-Autonomía</b>	0,782	0,910	0,886-0,942
<b>F5-Resolución de Problemas y Autoactualización</b>	0,829	0,909	0,874-0,921
<b>F6-Habilidades de Relación Interpersonal</b>	0,783	0,911	0,899-0,950
<b>SM+ Global</b>	0,935	0,933	0,915-0,947

#### 4.2.3. Análisis de la validez

##### 4.2.3.1. Análisis de la validez convergente

La validez convergente se verificó a partir del cálculo del coeficiente de correlación de Pearson entre la puntuación global del CSM+ y otras medidas relacionadas con la SM+, como son la recuperación, evaluada mediante la *Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale* (MARS), el bienestar subjetivo, evaluado mediante el *Personal Wellbeing Index-Adult*

version (PWI-A) y la *Overall Life Satisfaction scale* (OLS), y también con medidas clínicas, como son el *insight*, evaluado mediante la *Insight Scale* (IS) y la capacidad funcional, evaluada mediante la *Global Assessment of Functioning scale* (GAF).

En la tabla 23 se observan correlaciones elevadas y significativas con la puntuación global del CSM+ y las otras medidas relacionadas con la SM+, como la recuperación (MARS ( $r=0,753$ )), el bienestar subjetivo (PWI-A ( $r=0,720$ )) y OLS ( $r=0,597$ )) y una correlación más débil, aunque significativa con medidas clínicas como el *insight* (IS ( $r=-0,326$ )) y la capacidad funcional (GAF ( $r=0,290$ )).

**Tabla 23. Validez convergente. Coeficientes de correlaciones de Pearson entre las puntuaciones del CSM+ y las puntuaciones de la MARS, el PWI-A, la OLS, la IS y la GAF**

	CSM+
MARS	0,753**
PWI-A	0,720**
OLS	0,597**
IS	-0,326**
GAF	0,290**

\*\*  $p < 0,01$ .

Por otro lado, se analizaron las correlaciones entre los seis factores del CSM+ y también con la SM+ global. Este análisis mostró correlaciones elevadas entre la mayoría de los factores y la SM+ global. El factor F1-Satisfacción Personal y el factor F5-Habilidades de Relación Interpersonal correlacionaron de manera elevada con la SM+ global ( $r=0,864$ ;  $r=0,862$ , respectivamente), mientras que el F2-Actitud Prosocial mostró una correlación un poco más débil con la SM+ global ( $r=0,612$ ). Las correlaciones entre cada factor y el nivel de SM+ global fueron superiores que las correlaciones entre los factores y las correlaciones entre los factores fueron inferiores a 0,70. Todas las correlaciones fueron significativas (Tabla 24).

Tabla 24. Correlación de Pearson entre las subescalas del CSM+ (n=226)

	F1	F2	F3	F4	F5	F6
<b>F1-Satisfacción Personal</b>	1					
<b>F2-Actitud Prosocial</b>	0,366**	1				
<b>F3-Autocontrol</b>	0,607**	0,254**	1			
<b>F4-Autonomía</b>	0,673**	0,264**	0,544**	1		
<b>F5-Resolución de Problemas y Autoactualización</b>	0,678**	0,512**	0,560**	0,527**	1	
<b>F6-Habilidades de Relación Interpersonal</b>	0,551**	0,616**	0,357**	0,489**	0,61**	1
<b>SM+ Global</b>	0,864**	0,612**	0,714**	0,759**	0,862**	0,784**

\*\* p<0,01.

#### **4.2.3.2. Análisis de la validez de constructo: Análisis factorial confirmatorio**

La estructura factorial del CSM+ se analizó mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC) en el que se planteó un modelo de seis factores, siguiendo la estructura del Modelo Multidimensional de Salud Mental Positiva descrito por Lluch (1999). La estimación de los parámetros se realizó mediante el método de mínimos cuadrados.

En la tabla 25 se muestra la matriz de saturación con el peso de cada uno de los ítems del CSM+, obteniendo pesos que van desde 0,340 a 0,800, siendo todas las saturaciones estadísticamente significativas.

**Tabla 25. Cargas de factores derivadas de la estimación LS (mínimos cuadrados) del análisis factorial confirmatorio ( $\lambda_{ij}$ )**

Ítem	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Ítem4	0,699*					
Ítem6	0,340*					
Ítem7	0,615*					
Ítem12	0,768*					
Ítem14	0,633*					
Ítem31	0,730*					
Ítem38	0,800*					
Ítem39	0,590*					
Ítem1		0,421*				
Ítem3		0,610*				
Ítem23		0,503*				
Ítem25		0,399*				
Ítem37		0,455*				
Ítem2			0,718*			
Ítem5			0,683*			
Ítem21			0,622*			
Ítem22			0,705*			
Ítem26			0,727*			
Ítem10				0,645*		
Ítem13				0,665*		
Ítem19				0,613*		
Ítem33				0,534*		
Ítem34				0,735*		
Ítem15					0,713*	
Ítem16					0,617*	
Ítem17					0,572*	
Ítem27					0,602*	
Ítem28					0,489*	
Ítem29					0,520*	
Ítem32					0,587*	
Ítem35					0,610*	
Ítem36					0,715*	
Ítem8						0,691*
Ítem9						0,745*
Ítem11						0,373*
Ítem18						0,452*
Ítem20						0,663*
Ítem24						0,520*
Ítem30						0,617*

\*  $p < 0,05$ .

### Bondad de ajuste del modelo

El resultado de la prueba chi cuadrado ( $\chi^2$ ) fue significativo ( $\chi^2=2930,07$ ;  $p<0,001$ ), lo que indica que la hipótesis de un ajuste de modelo perfecto debe ser rechazada. Asimismo, se consideró que se necesitaban otros índices de bondad de ajuste para evaluar el modelo, debido a la sensibilidad de la prueba  $\chi^2$  al tamaño de la muestra.

Los índices de ajuste absoluto como el GFI y CFI fueron de 0,958 y 0,970, respectivamente, lo que sugieren un ajuste óptimo. El RMSEA fue de 0,02 y el SRMR fue de 0,06, estando por debajo de los límites recomendados que son 0,06 y 0,08, respectivamente. Los valores de los índices de ajuste incremental fueron para AGFI de 0,952 y para BBNFI de 0,968, que están por encima de 0,95. La razón de ajuste ( $\chi^2/gl$ ) fue de 1,90, que está dentro del valor aceptable que es inferior a 2. De acuerdo con los resultados obtenidos, el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch (1999) de seis factores se ajusta satisfactoriamente con los datos (Tabla 26).

**Tabla 26. Índices de bondad de ajuste del Modelo Confirmatorio del CSM+**

Índice	Valor
<b>GFI</b>	0,958
<b>CFI</b>	0,970
<b>RMSEA</b>	0,02
<b>SRMR</b>	0,06
<b>AGFI</b>	0,952
<b>BBNFI</b>	0,812
<b>BBNNFI</b>	0,968
<b>Prueba de Bondad de Ajuste</b>	$\chi^2=1308,628$ ; $gl=687$ ; $p<0,0001$
<b>Razón de ajuste</b>	$\chi^2/gl=1,90$

$\chi^2$ =Chi cuadrado.  $gl$ =grados de libertad. **BBNFI**= *Bentler Bonnet Normed Fit Index*. **BBNNFI**= *Bentler Bonnet Non Normed Fit Index*. **GFI**= *Goodness of Fit Index*. **AGFI**= *Adjusted Goodness of Fit Index*. **CFI**= *Comparative Fit Index*. **SRMR**= *Standardized Root Mean Square Residual*. **RMSEA**= *Root Mean Square Error of Approximation*.

Los parámetros estimados por el modelo fueron significativamente diferentes de cero (Figura 14). Ningún ítem presentó cargas inferiores a 0,30 en el AFC (Kline, 2011, citado por Roldán-Merino et al., 2017).

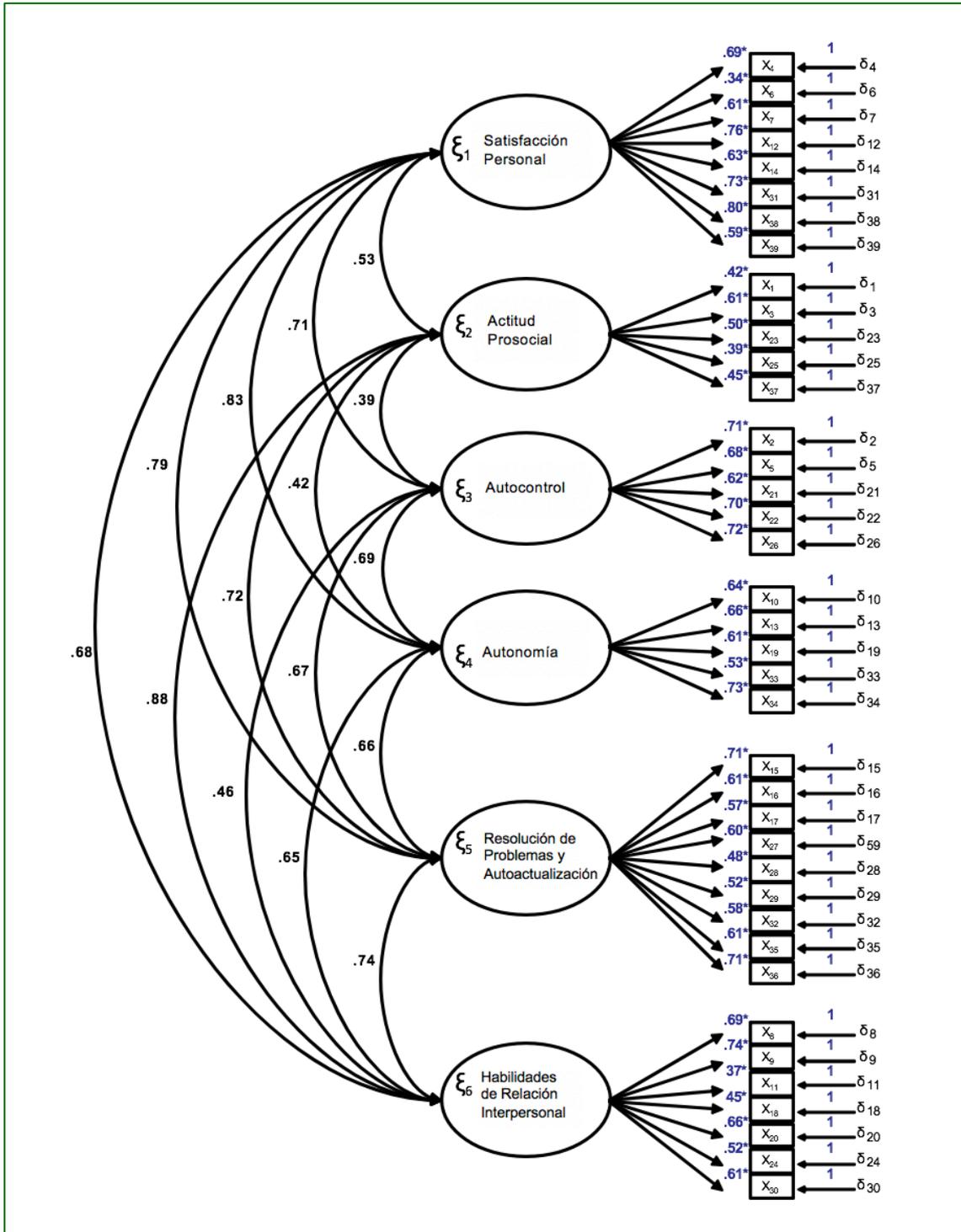


Figura 14. Parámetros estandarizados del modelo de SM+

### 4.3. Propiedades psicométricas de la versión bilingüe (española y catalana) de la *Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale* (MARS)

#### 4.3.1. Análisis descriptivo de los ítems

El primer análisis que se llevó a cabo fue para comprobar la distribución de los datos de la versión bilingüe (española y catalana) de la *Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale* (MARS). Se realizó la prueba Kolmogorov-Smirnov de la puntuación global de los 347 participantes, independientemente del idioma en que respondieron la escala, y ésta presentó una distribución normal ( $Zk-s=0,76$ ;  $p=0,70$ ).

La media de la puntuación total de la MARS fue de 91,63 puntos ( $DT=19,26$ ) con una mediana de 93 puntos, siendo el valor mínimo obtenido 43 puntos y el valor máximo 125 puntos. La distribución fue platicúrtica ( $curtosis=-0,50$ ), con una asimetría negativa ( $curtosis=-0,38$ ) (Figura 15).

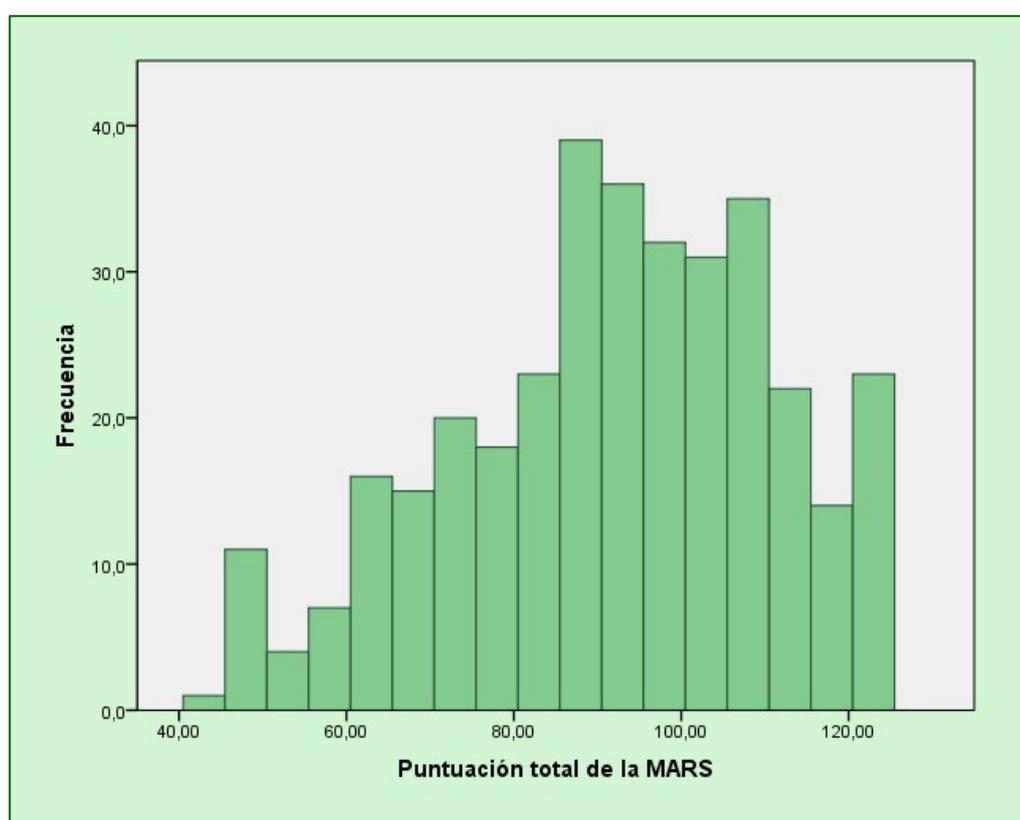


Figura 15. Histograma de frecuencias de la puntuación total de la MARS (n=347)

Los valores de tendencia central, variabilidad, efecto suelo, efecto techo, asimetría y curtosis para cada uno de los 25 ítems de la MARS se muestran en la tabla 27. La media de los ítems evaluados osciló entre 4,09 (ítem 7) y 3,28 (ítem 5) (en una escala tipo Likert de 1 a 5) y la DT fue de 0,65 (ítem 25) a 1,28 (ítem 18). El ítem con el mayor efecto suelo fue el ítem 17 ('Estoy esperanzado sobre el futuro') (9,2%) y el ítem con el mayor efecto techo fue el ítem 7 ('Superar los problemas me ayuda a aprender y a crecer') (41,5%). Existe una asimetría y una curtosis negativa en todos los ítems del cuestionario.

Tabla 27. Estadísticos descriptivos de los ítems de la MARS (n=347)

Ítems de la MARS	Media	DT	Mediana	Suelo %	Techo %	Curtois	Asimetría
1.Puedo influir sobre asuntos importantes en mi vida	3,49	1,10	4,00	4,3	20,7	-0,62	-0,32
2.Tengo aptitudes que pueden ayudarme a alcanzar mis objetivos	3,48	1,14	4,00	5,2	19,9	-0,67	-0,40
3.Creo que es posible mejorar	4,02	0,96	4,00	0,9	38,0	-0,21	-0,71
4.Cuando tengo una recaída, estoy seguro de que puedo volver a encarrilarme	3,76	1,10	4,00	3,2	28,5	-0,31	-0,63
5.Tengo habilidades que me ayudan a tener éxito	3,28	1,18	3,00	8,4	17,3	-0,76	-0,23
6.Mis fortalezas son más importantes que mis debilidades	3,39	1,19	3,00	7,2	21,6	-0,77	-0,28
7.Superar los problemas me ayuda a aprender y a crecer	4,09	0,97	4,00	1,4	41,5	0,26	-0,93
8.Puedo tener una vida plena y satisfactoria	3,66	1,16	4,00	5,2	28,5	-0,52	-0,57
9.Me corresponde a mí marcarme mis propias metas	3,96	1,00	4,00	1,2	36,9	-0,36	-0,65
10.Creo que tomo buenas decisiones en mi vida	3,40	1,05	3,00	4,3	15,3	-0,50	-0,29
11.Soy responsable de hacer cambios en mi vida	3,74	1,05	4,00	3,2	25,1	-0,09	-0,70
12.Me siento bien conmigo mismo aunque otros me menosprecien por mi enfermedad	3,50	1,27	4,00	8,6	27,7	-0,84	-0,45
13.Estoy seguro de que puedo hacer cambios positivos en mi vida	3,96	1,04	4,00	1,7	37,8	-0,19	-0,77
14.Soy responsable de cuidar mi salud física	4,01	1,00	4,00	1,7	38,0	0,22	-0,90
15.Trabajo duro para encontrar las maneras de afrontar los problemas en mi vida	3,54	1,11	4,00	3,7	23,1	-0,70	-0,34
16.Creo que soy una persona fuerte	3,63	1,18	4,00	5,2	28,8	-0,65	-0,52
17.Estoy esperanzado sobre el futuro	3,43	1,28	4,00	9,2	26,2	-0,92	-0,35
18.Me siento querido	3,69	1,19	4,00	4,6	31,7	-0,72	-0,55
19.Suelo saber qué es lo mejor para mí	3,61	1,06	4,00	4,3	21,3	-0,19	-0,54
20.Sé que puedo hacer cambios en mi vida aunque tenga una enfermedad mental	3,75	1,08	4,00	4,3	27,4	-0,06	-0,72
21.Soy capaz de establecer mis propias metas en la vida	3,53	1,18	4,00	5,8	24,8	-0,71	-0,42
22.Soy optimista acerca de poder resolver los problemas que afronte en el futuro	3,52	1,18	4,00	5,8	24,4	-0,74	-0,42
23.Puedo reponerme de mis problemas	3,67	1,02	4,00	1,7	23,3	-0,55	-0,39
24.Me siento aceptado tal y como soy	3,55	1,19	4,00	6,1	26,2	-0,69	-0,44
25.Quiero tomar decisiones por mí mismo, incluso aunque a veces me equivoque	3,97	0,95	4,00	1,2	24,0	-0,06	-0,67

DT= Desviación Típica.

### **4.3.2. Análisis de la fiabilidad**

#### **4.3.2.1. Análisis de la consistencia interna**

El coeficiente de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) para el total de la escala fue de 0,955. También se calcularon los valores de  $\alpha$  de Cronbach excluyendo cada uno de los ítems de la escala, no observándose que la exclusión de ninguno mejorase la consistencia interna de la puntuación total de la MARS de forma relevante (Tabla 28).

El índice de homogeneidad corregido de los ítems que configura la MARS se presenta en la tabla 28, observándose correlaciones positivas y superiores a 0,51 entre los ítems y la puntuación total de la MARS.

**Tabla 28. Coeficiente de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) y correlación Ítem-total de la MARS (n=347)**

Ítems de la MARS	Total escala sin ítem ( $\alpha$ de Cronbach)	Correlación Ítem-total escala corregida
1. Puedo influir sobre asuntos importantes en mi vida	0,954	0,678
2. Tengo aptitudes que pueden ayudarme a alcanzar mis objetivos	0,953	0,759
3. Creo que es posible mejorar	0,954	0,626
4. Cuando tengo una recaída, estoy seguro de que puedo volver a encarrilarme	0,954	0,655
5. Tengo habilidades que me ayudan a tener éxito	0,953	0,711
6. Mis fortalezas son más importantes que mis debilidades	0,954	0,662
7. Superar los problemas me ayuda a aprender y a crecer	0,994	0,652
8. Puedo tener una vida plena y satisfactoria	0,953	0,740
9. Me corresponde a mí marcarme mis propias metas	0,954	0,667
10. Creo que tomo buenas decisiones en mi vida	0,954	0,605
11. Soy responsable de hacer cambios en mi vida	0,954	0,618
12. Me siento bien conmigo mismo aunque otros me menosprecien por mi enfermedad	0,954	0,645
13. Estoy seguro de que puedo hacer cambios positivos en mi vida	0,953	0,728
14. Soy responsable de cuidar mi salud física	0,955	0,511
15. Trabajo duro para encontrar las maneras de afrontar los problemas en mi vida	0,954	0,653
16. Creo que soy una persona fuerte	0,954	0,663
17. Estoy esperanzado sobre el futuro	0,954	0,668
18. Me siento querido	0,955	0,543
19. Suelo saber qué es lo mejor para mí	0,954	0,615
20. Sé que puedo hacer cambios en mi vida aunque tenga una enfermedad mental	0,954	0,685
21. Soy capaz de establecer mis propias metas en la vida	0,953	0,758
22. Soy optimista acerca de poder resolver los problemas que afronte en el futuro	0,953	0,771
23. Puedo reponerme de mis problemas	0,953	0,779
24. Me siento aceptado tal y como soy	0,954	0,657
25. Quiero tomar decisiones por mí mismo, incluso aunque a veces me equivoque	0,955	0,579
<b>Total MARS</b>	<b>0,955</b>	

#### **4.3.2.2. Análisis de la estabilidad temporal**

De los 347 participantes que fueron incluidos en el estudio, a siete de ellos no se les realizó la segunda pasación: dos de ellos fueron ingresados en las unidades de hospitalización de psiquiatría de agudos por descompensación y los otros cinco no se presentaron a la cita.

Finalmente, fueron incluidos para este análisis 340 participantes que tenían las dos pruebas realizadas con la MARS (MARS 1 pre-test y MARS 2 post-test).

El CCI de la escala fue de 0,955 con un intervalo de confianza del 95% (0,953-0,964).

#### **4.3.3. Análisis de la validez**

##### **4.3.3.1. Análisis de la validez convergente**

En la tabla 29 se muestran los datos relativos a la validez convergente, comparando los coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones de la MARS, y otras medidas relacionadas con la recuperación, como la SM+, evaluada con el CSM+, el bienestar subjetivo, evaluado con el PWI-A y la OLS y con medidas clínicas, como el *insight*, evaluado con la IS y la capacidad funcional, a través de la GAF.

Las correlaciones bivariadas entre la puntuación total de la MARS y del CSM+, el PWI-A y la OLS fueron elevadas, positivas y estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ). En el sentido que altos niveles de recuperación se asociaron con un nivel elevado de SM+ global ( $r = 0,760$ ) y también con los seis factores que configuran el CSM+ y con niveles elevados de bienestar subjetivo (PWI-A:  $r = 0,702$  y OLS:  $r = 0,646$ ).

En cambio, la correlación entre la puntuación total de la MARS y las medidas clínicas, fueron más débiles, aunque estadísticamente significativas, lo que indicó que la recuperación del paciente también estaba asociada con el *insight* y la capacidad funcional. Por un lado, la MARS y la IS se relacionaron de forma negativa ( $r = -0,342$ ). En el sentido que altos niveles de recuperación se

encontraron asociados con un bajo nivel de *insight*. Por otro lado, la MARS y la GAF se relacionaron de forma positiva ( $r=0,285$ ), en el sentido que altos niveles de recuperación se asociaron a altos niveles de capacidad funcional.

**Tabla 29. Validez convergente. Coeficientes de correlaciones de Pearson entre las puntuaciones de la MARS y las puntuaciones del CSM+, el PWI-A, la OLS, la IS y la GAF**

	<b>MARS</b>
<b>F1-Satisfacción Personal</b>	0,709**
<b>F2-Actitud Prosocial</b>	0,439**
<b>F3-Autocontrol</b>	0,496**
<b>F4-Autonomía</b>	0,489**
<b>F5-Resolución de Problemas y Autoactualización</b>	0,716**
<b>F6-Habilidades de Relación Interpersonal</b>	0,574**
<b>SM+ Global</b>	0,760**
<b>PWI-A</b>	0,702**
<b>OLS</b>	0,646**
<b>IS</b>	-0,342**
<b>GAF</b>	0,285**

\*\*  $p<0,01$ .

### 4.3.3.2. Análisis de la validez de constructo: Análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio

#### Análisis factorial exploratorio

En el análisis factorial exploratorio (AFE), tanto la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), con un valor de 0,967, como la prueba de esfericidad de Bartlett ( $\chi^2(300)=5011,516$ ;  $p<0,0001$ ) indicaron la idoneidad de los datos. Si bien con el criterio de KMO se extraían dos factores, el gráfico de sedimentación y el análisis paralelo aconsejaron la extracción de un factor que explicaba el 48,89% de la varianza (Figura 16).

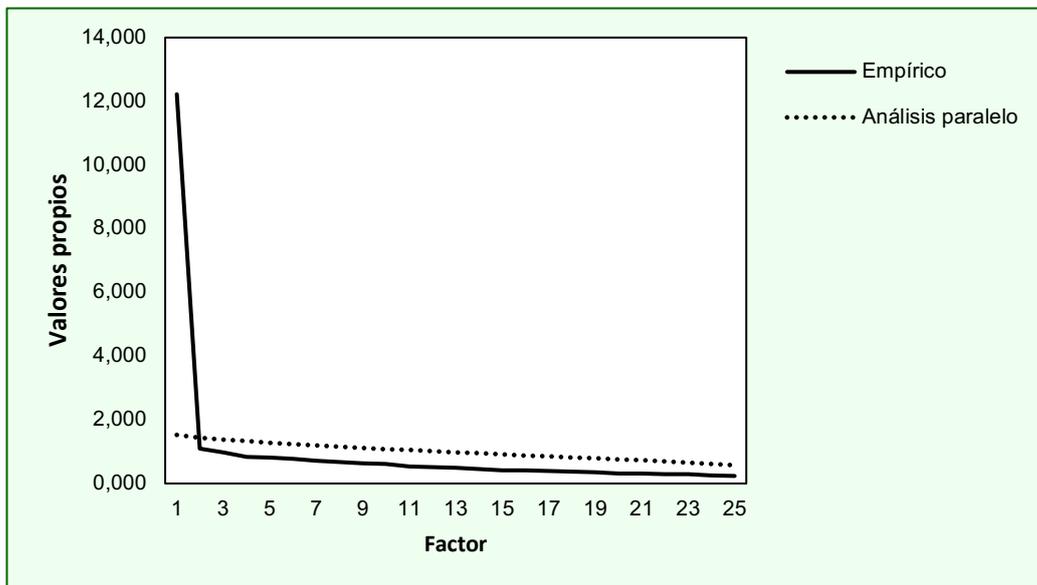


Figura 16. Gráfico de sedimentación y análisis paralelo de la MARS

En la tabla 30 se muestra la matriz de saturación con el peso de cada uno de los ítems, obteniendo pesos desde 0,544 a 0,805.

**Tabla 30. Estructura factorial de la MARS (n=347)**

Ítems de la MARS	Componente 1
1.Puedo influir sobre asuntos importantes en mi vida	0,711
2.Tengo aptitudes que pueden ayudarme a alcanzar mis objetivos	0,788
3.Creo que es posible mejorar	0,660
4.Cuando tengo una recaída, estoy seguro de que puedo volver a encarrilarme	0,688
5.Tengo habilidades que me ayudan a tener éxito	0,741
6.Mis fortalezas son más importantes que mis debilidades	0,693
7.Superar los problemas me ayuda a aprender y a crecer	0,685
8.Puedo tener una vida plena y satisfactoria	0,768
9.Me corresponde a mí marcarme mis propias metas	0,701
10.Creo que tomo buenas decisiones en mi vida	0,636
11.Soy responsable de hacer cambios en mi vida	0,652
12.Me siento bien conmigo mismo aunque otros me menosprecien por mi enfermedad	0,676
13.Estoy seguro de que puedo hacer cambios positivos en mi vida	0,760
14.Soy responsable de cuidar mi salud física	0,544
15.Trabajo duro para encontrar las maneras de afrontar los problemas en mi vida	0,684
16.Creo que soy una persona fuerte	0,692
17.Estoy esperanzado sobre el futuro	0,700
18.Me siento querido	0,573
19.Suelo saber qué es lo mejor para mí	0,645
20.Sé que puedo hacer cambios en mi vida aunque tenga una enfermedad mental	0,718
21.Soy capaz de establecer mis propias metas en la vida	0,788
22.Soy optimista acerca de poder resolver los problemas que afronte en el futuro	0,797
23.Puedo reponerme de mis problemas	0,805
24.Me siento aceptado tal y como soy	0,685
25.Quiero tomar decisiones por mí mismo, incluso aunque a veces me equivoque	0,613

### Análisis factorial confirmatorio

Una vez realizado el AFE, el siguiente paso fue ajustar un modelo de AFC teniendo en cuenta un único factor latente de recuperación usando la misma muestra que en el AFE.

La tabla 31 muestra los índices de bondad de ajuste para los dos modelos. En el primer modelo se tienen en consideración los 25 ítems de la MARS sin covarianzas de error, y en el segundo modelo con covarianzas de error. El segundo modelo es el que mejor se ajusta, obteniendo unos índices de ajuste satisfactorios (Figura 17).

El índice de ajuste absoluto CFI, fue de 0,956, lo que sugiere un ajuste óptimo. El RMSEA que fue de 0,048 y el SRMR fue de 0,044, están por debajo de los límites críticos recomendados que son 0,06 y 0,08, respectivamente. El valor del índice de ajuste incremental fue para BBNFI de 0,917, que están por encima de 0,90, es decir satisfactorio. La razón de ajuste ( $\chi^2/gl$ ) fue de 1,81, que está dentro del valor aceptable que es inferior a 2. De acuerdo con los resultados obtenidos, el modelo propuesto para un único factor encaja satisfactoriamente con los datos, teniendo en cuenta las covarianzas de error (Tabla 31).

**Tabla 31. Índices de bondad de ajuste de los diferentes modelos calculados para la MARS**

Índice	Modelo 1	Modelo 2
$\chi^2$	650,062	478,86
gl	275	264
$\chi^2/gl$	2,36	1,81
RMSEA	0,063	0,048
SRMR	0,051	0,044
CFI	0,923	0,956
BBNFI	0,874	0,917

Modelo 1: 25 ítems sin errores de covarianza

Modelo 2: 25 ítems con errores de covarianza

$\chi^2$ = Chi cuadrado. gl= grados de libertad. RMSEA= Root Mean Square Error of Approximation.

SRMR= Standardized Root Mean Residual. CFI= Comparative Fit Index. BBNFI= Bentler Bonnet Normed Fit Index.

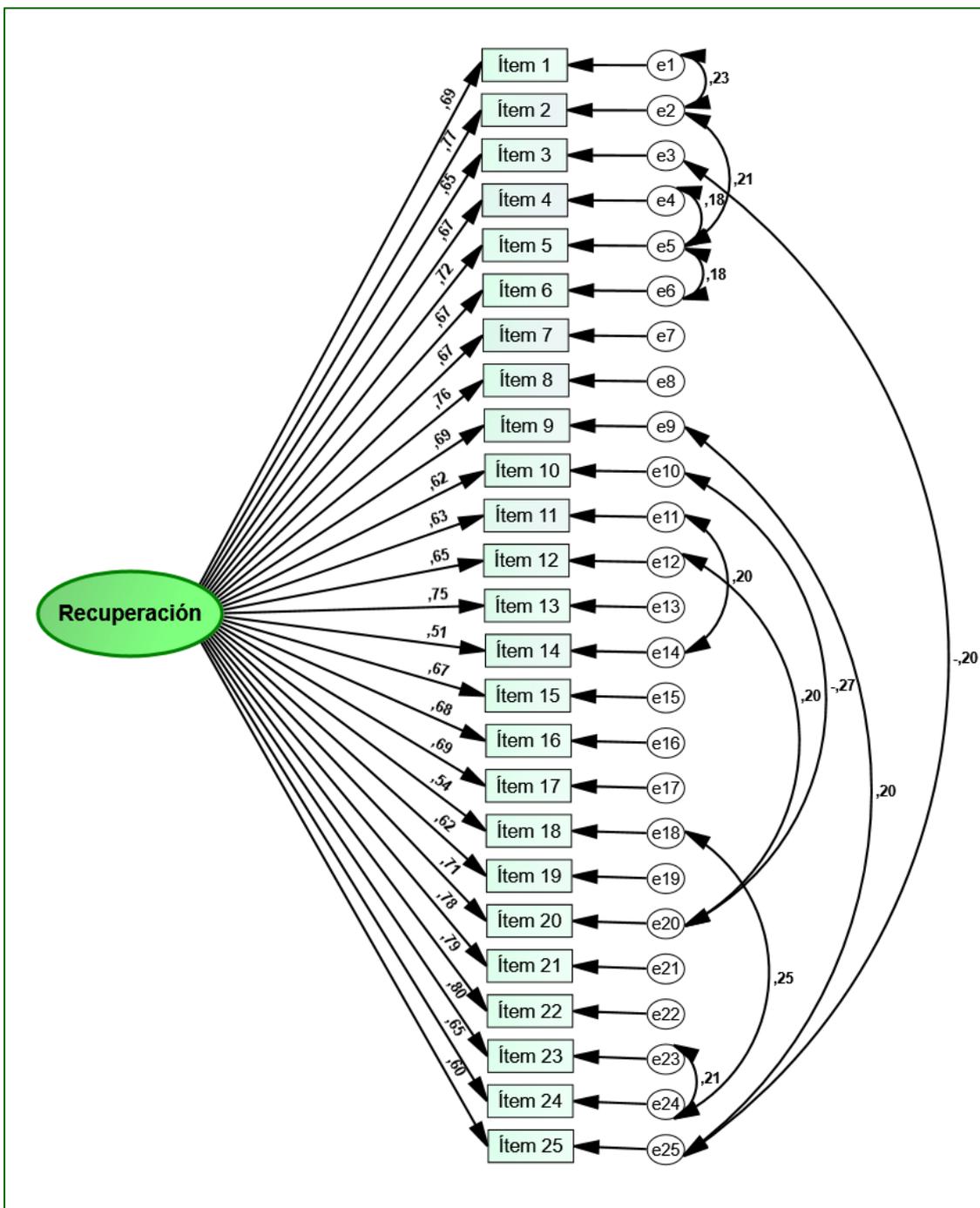


Figura 17. Análisis factorial confirmatorio de los ítems de la MARS

## 4.4. Análisis descriptivo de las variables objeto de estudio y su relación según el trastorno psicótico

### 4.4.1. La salud mental positiva

En la tabla 32 se muestran las medias y desviaciones típicas del nivel global y por factores de la **salud mental positiva** (SM+) de la muestra analizada, y también diferenciando según las fases del trastorno psicótico (psicosis incipiente *versus* esquizofrenia).

La media del nivel global de SM+ fue de 116,16 puntos (DT=19,39), en una escala de 39 a 156 puntos. Siendo el valor mínimo obtenido 62 puntos y el valor máximo 154 puntos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la fase del trastorno psicótico (psicosis incipiente *versus* esquizofrenia) y en la SM+ a nivel global ( $t=2,96$ ;  $p=0,003$ ) y también en todos los factores que la configuran, exceptuando el factor F4-Autonomía. Los pacientes diagnosticados de psicosis incipiente manifestaron tener mayor nivel de SM+ global y en los factores F1-Satisfacción Personal, F2-Actitud Prosocial, F3-Autocontrol, F5-Resolución de Problemas y Autoactualización y F6-Habilidades de Relación Interpersonal, en comparación con los diagnosticados de esquizofrenia.

**Tabla 32. Medias y desviaciones típicas del nivel global y por factores de la SM+ (n=347)**

	Total (n=347)		Psicosis Incipiente (n=64)		Esquizofrenia (n=283)		t
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	
<b>F1-Satisfacción Personal</b>	24,95	5,18	26,44	5,11	24,62	5,15	2,56**
<b>F2-Actitud Prosocial</b>	15,66	2,78	16,48	2,54	15,48	2,80	2,64**
<b>F3-Autocontrol</b>	14,55	3,51	15,36	3,49	14,36	3,49	2,06*
<b>F4-Autonomía</b>	14,36	3,60	14,33	3,76	14,36	3,57	-0,07
<b>F5-Resolución de Problemas y Autoactualización</b>	27,44	5,28	29,59	5,23	26,96	5,18	3,67***
<b>F6-Habilidades de Relación Interpersonal</b>	19,20	4,46	20,37	4,29	18,93	4,46	2,36*
<b>SM+ global</b>	116,16	19,39	122,58	19,47	114,71	19,11	2,96**

DT= Desviación Típica. t= t de Student. \*  $p<0,05$ . \*\*  $p<0,01$ . \*\*\*  $p<0,001$ .

#### 4.4.2. La recuperación

En cuanto al nivel de la **recuperación** de la muestra la puntuación media obtenida, en una escala de 25 a 125 puntos, fue de 91,63 puntos (DT=19,26), siendo el valor mínimo obtenido 43 puntos y el valor máximo 125 puntos.

Como se puede apreciar en la tabla 33, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la fase del trastorno psicótico (psicosis incipiente *versus* esquizofrenia) y la recuperación ( $t=5,01$ ;  $p<0,001$ ). Los pacientes diagnosticados de psicosis incipiente obtuvieron niveles más elevados de capacidad de recuperación en comparación con los diagnosticados de esquizofrenia.

**Tabla 33. Medias y desviaciones típicas del nivel de recuperación (n=347)**

	Total (n=347)		Psicosis Incipiente (n=64)		Esquizofrenia (n=283)		t
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	
<b>Recuperación</b>	91,63	19,26	102,16	17,52	89,25	18,87	5,01***

DT= Desviación Típica. t= t de Student. \*\*\*  $p<0,001$ .

#### 4.4.3. El bienestar subjetivo

En las tablas 34 y 35 se presentan las medias y desviaciones típicas del nivel de **bienestar subjetivo**, analizando la satisfacción con ámbitos específicos de la vida incluidos dentro del *Personal Wellbeing Index-Adult version* (PWI-A) y la satisfacción global con la vida evaluada mediante la *Overall Life Satisfaction scale* (OLS) de la muestra analizada, también diferenciando según las fases del trastorno psicótico (psicosis incipiente *versus* esquizofrenia).

La puntuación media de PWI-A se situó en los 60,20 puntos (DT=19,11), en una escala de 0 a 100 puntos, siendo el valor mínimo obtenido de 0 puntos y el valor máximo de 100 puntos. Sin embargo, según las recomendaciones de Cummins et al. (2003), se calculó también el PWI-A sin los casos que dieron respuestas extremas. En la muestra de esta investigación sólo hubo 12 casos, si se

eliminaban del cálculo, la media era de 56,05 puntos. Se realizó la prueba de comparación de medias y se observó que la diferencia entre ellas no fue estadísticamente significativa ( $t=-0,48$ ,  $p=0,630$ ), con lo cual se continuó trabajando con la totalidad de la muestra.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la fase del trastorno psicótico (psicosis incipiente *versus* esquizofrenia) y el PWI-A global y el ámbito de satisfacción con la salud. Los pacientes diagnosticados de psicosis incipiente indicaron tener mayor puntuación el PWI-A global ( $t=2,00$ ;  $p=0,044$ ) y mayor satisfacción con la salud ( $t=3,49$ ;  $p=0,001$ ) en comparación con los diagnosticados de esquizofrenia.

**Tabla 34. Medias y desviaciones típicas de la satisfacción con los diferentes ámbitos de la vida incluidos en el PWI-A (n=347)**

	Total (n=347)		Psicosis Incipiente (n=64)		Esquizofrenia (n=283)		t
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	
Nivel de vida	5,91	2,46	6,11	2,26	5,87	2,50	0,71
Salud	5,96	2,56	6,95	2,10	5,73	2,61	3,49**
Logros en la vida	6,19	2,56	6,38	2,56	6,14	2,57	0,65
Relaciones con otras personas	6,38	2,75	6,58	2,82	6,34	2,73	0,63
Seguridad	6,27	2,58	6,63	2,64	6,19	2,56	1,23
Grupos de gente de los que forma parte	6,00	2,59	6,65	2,61	5,88	2,58	1,87
Seguridad por el futuro	5,42	2,81	5,95	2,68	5,30	2,83	1,67
PWI-A global	60,20	19,11	64,49	18,56	59,23	19,13	2,00*

DT= Desviación Típica. t= t de Student. \*  $p<0,05$ . \*\*  $p<0,01$ .

En cuanto a la satisfacción global con la vida de la muestra, la puntuación media obtenida, en una escala de 0 a 10 puntos, fue de 6,41 puntos (DT=2,91).

Como se puede apreciar en la tabla 35, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la fase del trastorno psicótico (psicosis incipiente *versus* esquizofrenia) y la satisfacción global con la vida ( $t=2,96$ ;  $p=0,003$ ). Los pacientes con psicosis incipiente indicaron tener mayor nivel de satisfacción global con la vida en comparación con los pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

**Tabla 35. Medias y desviaciones típicas del nivel de satisfacción global con la vida (n=347)**

	Total (n=347)		Psicosis Incipiente (n=64)		Esquizofrenia (n=283)		t
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	
Satisfacción global con la vida	6,41	2,91	7,17	1,95	6,24	2,33	2,96**

DT= Desviación Típica. t= t de Student. \*\*  $p<0,01$ .

#### 4.4.4. El insight

La puntuación media del *insight* de los participantes, en una escala de 0 a 12 puntos, fue de 8,83 puntos (DT=3,06). El 45,3% de los sujetos presentaron un *insight* adecuado ( $\geq 9$  puntos). Según las dimensiones de la *Insight Scale* (IS) se obtuvo un mayor *insight* respecto a la necesidad de tratamiento, en comparación con la consciencia de síntomas y la consciencia de enfermedad (Tabla 36).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas según las fases del trastorno psicótico (psicosis incipiente *versus* esquizofrenia) y el nivel global del *insight* ( $t=-5,22$ ;  $p<0,001$ ) y en las tres dimensiones que lo configuran. Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia manifestaron tener mayor nivel de *insight* global y en las tres dimensiones que lo configuran, es decir, mayor nivel de consciencia de tener síntomas, de consciencia de tener una enfermedad y de consciencia de la necesidad de tratamiento, en comparación con los pacientes diagnosticados de psicosis incipiente.

**Tabla 36. Medias y desviaciones típicas del nivel global y por dimensiones del *insight* (n=347)**

	Total (n=347)		Psicosis Incipiente (n=64)		Esquizofrenia (n=283)		t
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	
Conciencia de síntomas	2,99	1,32	2,39	1,55	3,13	1,23	-3,56**
Conciencia de enfermedad	2,45	1,28	1,69	1,28	2,63	1,22	-5,52***
Necesidad de tratamiento	3,39	1,07	2,58	1,45	3,57	0,87	-5,19***
<i>Insight</i> Global	8,83	3,06	6,66	3,88	9,32	2,62	-5,22***

DT= Desviación Típica. t= t de Student. \*\* p<0,01. \*\*\* p<0,001.

#### 4.4.5. La capacidad funcional

En cuanto a la **capacidad funcional** de la muestra, la puntuación media obtenida en una escala de 0 a 100 puntos fue de 61,46 puntos (DT=12,30), siendo el valor mínimo obtenido de 35 puntos y el máximo de 95 puntos.

En la tabla 37, se pueden observar las diferencias estadísticamente significativas encontradas entre la fase del trastorno psicótico (psicosis incipiente *versus* esquizofrenia) y la capacidad funcional (t=8,37; p<0,001). Los pacientes diagnosticados de psicosis incipiente presentaron un mayor nivel de capacidad funcional en comparación con los diagnosticados de esquizofrenia.

**Tabla 37. Medias y desviaciones típicas del nivel de capacidad funcional (n=337)**

	Total (n=337)		Psicosis Incipiente (n=63)		Esquizofrenia (n=274)		t
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	
Capacidad Funcional	61,46	12,30	72,11	12,28	59,01	10,95	8,37***

DT= Desviación Típica. t= t de Student. \*\*\* p<0,001.

## 4.5. Relación entre el nivel de salud mental positiva y las variables sociodemográficas

Respecto al **sexo**, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en dos de los factores que integran el constructo SM+, el F2-Actitud Prosocial ( $t=-3,62$ ;  $p<0,001$ ) y el F6-Habilidades de Relación Interpersonal ( $t=-3,31$ ;  $p=0,001$ ).

Las mujeres expresaron tener una mayor actitud prosocial, así como habilidades de relación interpersonal (Tabla 38).

Tabla 38. Medias y desviaciones típicas a nivel global y por factores de la SM+ según el sexo (n=347)

	Hombre (n=64)		Mujer (n=283)		t
	Media	DT	Media	DT	
F1-Satisfacción Personal	25,00	5,09	24,85	5,38	0,26
F2-Actitud Prosocial	15,29	2,72	16,42	2,75	-3,62***
F3-Autocontrol	14,65	3,47	14,33	3,60	0,81
F4-Autonomía	14,24	3,47	14,60	3,83	-0,88
F5-Resolución de Problemas y Autoactualización	24,27	5,18	27,79	5,47	-0,86
F6-Habilidades de Relación Interpersonal	18,65	4,47	20,30	4,24	-3,31**
SM+ global	115,10	19,36	118,10	19,36	-1,45

DT= Desviación Típica. t= t de Student. \*\*  $p<0,01$ . \*\*\*  $p<0,001$ .

En cuanto al **estado civil**, excepto en los factores F1-Satisfacción Personal y F3-Autocontrol, en los que no se dio significación estadística, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todos los demás factores que integran el constructo SM+: F2-Actitud Prosocial (F=10,84; p<0,001), F4-Autonomía (F=4,22; p=0,015), F5-Resolución de Problemas y Autoactualización (F=3,78; p=0,024), F6-Habilidades de Relación Interpersonal (F=3,23; p=0,041) y a nivel global (F=3,37; p=0,036) (Tabla 39).

Los separados/as, divorciados/as y viudos/as presentaron un nivel de SM+ global y de autonomía mayor en comparación con los solteros/as y casados/as o con pareja. Por otro lado, los casados/as o con pareja expresaron tener una mayor actitud prosocial, resolución de problemas y autoactualización y habilidad de relación interpersonal en comparación con los solteros/as o las otras situaciones (separados/as, divorciados/as y viudos/as). En cambio, los solteros/as fueron los que manifestaron una menor actitud prosocial, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y habilidades de relación interpersonal y también una menor SM+ global en comparación con los otros grupos.

**Tabla 39. Medias y desviaciones típicas a nivel global y por factores de la SM+ según el estado civil (n=347)**

	Soltero/a (n=261)		Casado/a o con pareja (n=47)		Otros (n=39)		F (gl)
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	
<b>F1-Satisfacción Personal</b>	24,78	5,18	25,81	4,86	25,05	5,60	0,78 (2)
<b>F2-Actitud Prosocial</b>	15,27	2,80	17,02	2,31	16,59	2,46	10,84*** (2)
<b>F3-Autocontrol</b>	14,46	3,50	14,79	3,55	14,82	3,57	0,30 (2)
<b>F4-Autonomía</b>	14,24	3,54	14,74	3,81	15,85	3,44	4,22* (2)
<b>F5-Resolución de Problemas y Autoactualización</b>	27,00	5,23	28,81	5,36	28,77	5,14	3,78* (2)
<b>F6-Habilidades de Relación Interpersonal</b>	18,85	4,40	20,34	4,44	20,13	4,62	3,23* (2)
<b>SM+ global</b>	114,62	19,38	120,51	17,75	121,20	20,15	3,37* (2)

DT= Desviación Típica. F= ANOVA. gl= grados de libertad. \* p<0,05. \*\*\* p<0,001.

En cuanto a la **situación laboral**, en la tabla 40 se observan diferencias estadísticamente significativas entre la situación laboral y tres de los factores que integran el constructo SM+, el factor F2-Actitud Prosocial ( $F=5,04$ ;  $p=0,002$ ), el factor F5-Resolución de Problemas y Autoactualización ( $F=4,90$ ;  $p=0,002$ ) y el factor F6-Habilidades de Relación Interpersonal ( $F=3,80$ ;  $p=0,010$ ), y en la SM+ a nivel global ( $F=4,17$ ;  $p=0,006$ ).

Los participantes trabajadores en activo expresan una mayor actitud prosocial, resolución de problemas y autoactualización y habilidades de relación interpersonal, y un mayor nivel de SM+ global en comparación con los otros grupos. Los trabajadores inactivos expresaron menores habilidades de relación interpersonal. Por lo contrario, los participantes con algún tipo de invalidez son los que manifestaron una actitud prosocial, resolución de problemas y autoactualización, y un nivel de SM+ global más bajos.

**Tabla 40. Medias y desviaciones típicas a nivel global y por factores de la SM+ según la situación laboral (n=347)**

	Trabajador/a activo (n=39)		Trabajador/a inactivo (n=48)		Invalidez (n=198)		Otros (n=62)		F (gl)
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	
<b>F1-Satisfacción Personal</b>	26,44	4,71	25,06	5,47	24,52	5,29	25,31	4,80	1,63 (3)
<b>F2-Actitud Prosocial</b>	16,85	2,68	15,65	2,77	15,24	2,69	16,27	2,87	5,04** (3)
<b>F3-Autocontrol</b>	15,67	3,09	14,62	3,25	14,21	3,56	14,87	3,67	2,15 (3)
<b>F4-Autonomía</b>	14,54	3,73	14,87	3,68	14,11	3,51	14,64	3,75	0,82 (3)
<b>F5-Resolución de Problemas y Autoactualización</b>	30,15	44,42	27,81	5,01	26,74	5,31	27,71	5,38	4,90** (3)
<b>F6-Habilidades de Relación Interpersonal</b>	21,26	4,48	18,65	4,42	18,80	4,36	19,60	4,48	3,80* (3)
<b>SM+ global</b>	124,90	17,85	116,67	18,30	113,62	19,10	118,40	20,55	4,17** (3)

DT= Desviación Típica. F= ANOVA. gl= grados de libertad. \*  $p<0,05$ . \*\*  $p<0,01$ .

Respecto a las **personas con las que conviven en el hogar**, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en uno de los factores que integran el constructo SM+, en el factor F4-Autonomía ( $t=2,39$ ;  $p=0,017$ ). Concretamente, los pacientes que vivían solos expresaron tener una mayor autonomía en comparación con los que viven acompañados (Tabla 41).

**Tabla 41. Medias y desviaciones típicas a nivel global y por factores de la SM+ según las personas con las que convive en el hogar (n=347)**

	Solo/a (n=66)		Acompañado/a (n=281)		T
	Media	DT	Media	DT	
<b>F1-Satisfacción Personal</b>	25,21	4,79	24,89	5,28	0,45
<b>F2-Actitud Prosocial</b>	15,94	2,62	15,60	2,82	0,90
<b>F3-Autocontrol</b>	15,26	2,97	14,38	3,61	1,83
<b>F4-Autonomía</b>	15,30	3,58	14,13	3,57	2,39*
<b>F5-Resolución de Problemas y Autoactualización</b>	27,94	4,84	27,33	5,38	0,85
<b>F6-Habilidades de Relación Interpersonal</b>	19,65	4,14	19,09	4,53	0,92
<b>SM+ Global</b>	119,30	17,42	115,42	19,78	1,46

DT= Desviación Típica. t= t de Student. \*  $p<0,05$ .

Para el resto de variables sociodemográficas consideradas en este estudio (edad, nivel de estudios, número de personas con las que se convive en el hogar y ser o no inmigrante), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 42).

**Tabla 42. Relación entre la SM+ a nivel global y por factores y la edad, nivel de estudios, número de personas con las que se convive en el hogar y ser o no inmigrante (n=347)**

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	SM+ Global
	M (DT)						
<b>Edad</b>							
<b>r</b>	0,006	0,027	0,088	0,091	-0,056	0,025	0,028
<b>Nivel de Estudios</b>							
Sin estudios	24,75 (6,08)	15,93 (3,25)	14,04 (4,11)	14,32 (4,06)	28,29 (4,21)	18,43 (5,34)	115,75 (19,73)
Estudios primarios	24,57 (5,15)	15,48 (2,71)	14,49 (3,41)	14,16 (3,54)	26,68 (5,37)	18,93 (4,22)	114,31 (18,35)
Estudios secundarios	25,43 (4,97)	15,64 (2,80)	14,69 (3,49)	14,62 (3,52)	28,04 (5,17)	19,46 (4,39)	117,90 (19,80)
Estudios universitarios	24,95 (5,18)	16,29 (2,60)	14,68 (3,57)	14,24 (3,83)	27,68 (5,80)	19,86 (4,92)	117,59 (21,71)
<b>F</b>	0,66	0,74	0,30	0,40	1,88	0,87	0,88
<b>Personas con las que se convive en el hogar</b>							
<b>r</b>	-0,007	-0,069	-0,087	-0,060	-0,014	-0,094	-0,064
<b>Inmigrante</b>							
Si	24,37 (5,91)	15,37 (2,78)	14,49 (3,64)	13,98 (3,26)	27,86 (5,00)	18,35 (4,43)	114,41 (18,57)
No	25,05 (5,06)	15,71 (2,78)	14,56 (3,49)	14,42 (3,65)	27,38 (5,33)	19,34 (4,45)	116,45 (19,53)
<b>t</b>	-0,86	-0,8	-0,12	-0,79	0,59	-1,44	-0,68

M= Media. DT= Desviación Típica. r= coeficiente de correlación de Pearson. F= ANOVA. t= t de Student.

## 4.6. Relación entre el nivel de salud mental positiva y las variables clínicas

Relacionando los niveles de SM+ con los **años de evolución del trastorno psicótico**, a través de la prueba de correlación bivariada de Pearson, se encontró una relación negativa y significativa, aunque baja, entre los años de evolución del trastorno psicótico y el factor F5-Resolución de Problemas y Autoactualización ( $r=-0,106$ ;  $p=0,049$ ) (Tabla 43).

El sentido negativo de la correlación indica que, a menos años de evolución del trastorno psicótico, mayor capacidad de resolución de problemas y autoactualización.

**Tabla 43. Correlación de Pearson entre el nivel global y por factores de la SM+ y los años de evolución del trastorno psicótico (n=347)**

	Evolución del trastorno psicótico
<b>F1-Satisfacción Personal</b>	-0,014
<b>F2-Actitud Prosocial</b>	-0,050
<b>F3-Autocontrol</b>	-0,032
<b>F4-Autonomía</b>	-0,049
<b>F5-Resolución de Problemas y Autoactualización</b>	-0,106*
<b>F6-Habilidades de Relación Interpersonal</b>	-0,046
<b>SM+ global</b>	-0,035

\*  $p<0,05$ .

Respecto a los **antecedentes familiares de trastorno mental**, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en uno de los factores que integran el constructo SM+, en el factor F3-Autocontrol ( $t=-3,55$ ;  $p<0,001$ ) y también en la SM+ a nivel global ( $t=-2,16$ ;  $p=0,031$ ) (Tabla 44).

Los participantes con antecedentes familiares de trastorno mental mostraron menor capacidad de autocontrol y menor SM+ global.

**Tabla 44. Medias y desviaciones típicas a nivel global y por factores de la SM+ según los antecedentes familiares de trastorno mental (n=347)**

	Sí (n=164)		No (n=183)		t
	Media	DT	Media	DT	
<b>F1-Satisfacción Personal</b>	24,38	5,47	25,46	4,87	-1,95
<b>F2-Actitud Prosocial</b>	15,47	2,98	15,84	2,58	-1,23
<b>F3-Autocontrol</b>	13,85	3,69	15,17	3,22	-3,55***
<b>F4-Autonomía</b>	14,10	3,80	14,58	3,40	-1,24
<b>F5-Resolución de Problemas y Autoactualización</b>	26,86	5,56	27,96	4,97	-1,94
<b>F6-Habilidades de Relación Interpersonal</b>	19,12	4,89	19,26	4,04	-0,29
<b>SM+ global</b>	113,80	21,13	118,28	17,47	-2,16*

DT= Desviación Típica. t= t de Student. \*  $p<0,05$ . \*\*\*  $p<0,001$ .

Como se puede apreciar en la tabla 45, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la variable **número prescrito de antipsicóticos** (clasificados en un antipsicótico prescrito, dos antipsicóticos prescritos y tres o más antipsicóticos prescritos) y la SM+ a nivel global (F=8,34; p<0,001) y en todos los factores que la configuran, F1-Satisfacción Personal (F=11,91; p<0,001), F3-Autocontrol (F=6,28; p=0,002), F4-Autonomía (F=4,83; p=0,009), F5-Resolución de Problemas y Autoactualización (F=4,85; p=0,008) y F6-Habilidades de Relación Interpersonal(F=3,86; p=0,022), exceptuando el factor F2-Actitud Prosocial.

Los participantes que tenían pautados tres o más antipsicóticos expresaron una menor satisfacción personal, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y habilidades de relación interpersonal, y un menor nivel de SM+ global en comparación con los que tenían prescrito uno o dos antipsicóticos.

**Tabla 45. Medias y desviaciones típicas a nivel global y por factores de la SM+ según el número prescrito de antipsicóticos (n=347)**

	1 (n=190)		2 (n=120)		≥ 3 (n=37)		F (gl)
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	
<b>F1-Satisfacción Personal</b>	25,14	5,06	25,80	4,55	21,24	6,22	11,91*** (2)
<b>F2-Actitud Prosocial</b>	15,89	2,70	15,47	2,86	15,13	2,86	1,60 (2)
<b>F3-Autocontrol</b>	14,74	3,49	14,83	3,21	12,65	4,01	6,28** (2)
<b>F4-Autonomía</b>	14,50	3,69	14,65	3,34	12,65	3,56	4,83** (2)
<b>F5-Resolución de Problemas y Autoactualización</b>	27,63	5,47	27,92	4,64	24,95	5,69	4,85** (2)
<b>F6-Habilidades de Relación Interpersonal</b>	19,65	4,21	19,01	4,53	17,49	5,09	3,86* (2)
<b>SM+ global</b>	117,55	20,05	117,65	16,45	104,11	20,97	8,34*** (2)

DT= Desviación Típica. F= ANOVA. gl= grados de libertad. \* p<0,05. \*\* p<0,01. \*\*\* p<0,001.

Respecto al **tratamiento con ansiolíticos**, excepto en los factores F1-Satisfacción Personal y F2-Actitud Prosocial en los que no se dio significación estadística, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todos los demás factores que integran el constructo SM+, en el factor F3-Autocontrol ( $t=-2,13$ ;  $p=0,034$ ), en el factor F4-Autonomía ( $t=-2,23$ ;  $p=0,027$ ), en el factor F5-Resolución de Problemas y Autoactualización ( $t=-2,91$ ;  $p=0,004$ ) y en el factor F6-Habilidades de Relación Interpersonal ( $t=-2,08$ ;  $p=0,039$ ) y también a nivel de SM+ global ( $t=-2,72$ ;  $p=0,007$ ) (Tabla 46).

Los participantes que tomaban ansiolíticos prescritos manifestaron un menor autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y habilidades de relación interpersonal, así como un menor nivel de SM+ global.

**Tabla 46. Medias y desviaciones típicas a nivel global y por factores de la SM+ según el tratamiento con ansiolíticos (n=347)**

	Sí (n=123)		No (n=224)		t
	Media	DT	Media	DT	
<b>F1-Satisfacción Personal</b>	24,31	5,58	25,31	4,93	-1,72
<b>F2-Actitud Prosocial</b>	15,41	2,86	15,80	2,73	-1,27
<b>F3-Autocontrol</b>	14,01	3,38	14,84	3,55	-2,13*
<b>F4-Autonomía</b>	13,78	3,80	14,67	3,45	-2,23*
<b>F5-Resolución de Problemas y Autoactualización</b>	26,34	5,54	28,05	5,04	-2,91**
<b>F6-Habilidades de Relación Interpersonal</b>	18,53	4,57	19,56	4,36	-2,08*
<b>SM+ global</b>	112,37	20,13	118,24	18,69	-2,72**

DT= Desviación Típica. t= t de Student. \*  $p<0,05$ . \*\*  $p<0,01$ .

Se observan diferencias estadísticamente significativas en el **tratamiento con antidepresivos** y la SM+ a nivel global ( $t=-3,29$ ;  $p=0,001$ ) y en todos los factores que la configuran, en el factor F1-Satisfacción Personal ( $t=-3,34$ ;  $p=0,001$ ), en el factor F3-Autocontrol ( $t=-3,16$ ;  $p=0,002$ ), en el factor F4-Autonomía ( $t=-3,23$ ;  $p=0,001$ ), en el factor F5-Resolución de Problemas y Autoactualización ( $t=-3,03$ ;  $p=0,003$ ) y en el factor F6-Habilidades de Relación Interpersonal ( $t=-2,13$ ;  $p=0,034$ ), exceptuando el factor F2-Actitud Prosocial (Tabla 47).

Los participantes en tratamiento con antidepresivos mostraron una menor satisfacción personal, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y habilidades de relación interpersonal y también una menor SM+ global.

**Tabla 47. Medias y desviaciones típicas a nivel global y por factores de la SM+ según el tratamiento con antidepresivos (n=347)**

	Sí (n=99)		No (n=261)		t
	Media	DT	Media	DT	
<b>F1-Satisfacción Personal</b>	23,50	5,63	25,53	4,88	-3,34**
<b>F2-Actitud Prosocial</b>	15,82	2,74	15,60	2,80	0,66
<b>F3-Autocontrol</b>	13,62	3,51	14,92	3,44	-3,16**
<b>F4-Autonomía</b>	13,38	3,69	14,75	3,49	-3,23**
<b>F5-Resolución de Problemas y Autoactualización</b>	26,10	5,37	27,98	5,15	-3,03**
<b>F6-Habilidades de Relación Interpersonal</b>	18,39	4,50	19,52	4,41	-2,13*
<b>SM+ global</b>	110,82	20,20	118,29	18,67	-3,29**

DT= Desviación Típica. t= t de Student. \*  $p<0,05$ . \*\*  $p<0,01$ .

Respeto al **consumo de tóxicos**, se encontraron diferencias estadísticamente significativas únicamente en el factor F5-Resolución de Problemas y Autoactualización ( $t=2,23$ ;  $p=0,027$ ). En el sentido que los participantes consumidores de algún tipo de tóxico presentaron mayor resolución de problemas y autoactualización (Tabla 48).

**Tabla 48. Medias y desviaciones típicas a nivel global y por factores de la SM+ según el consumo de tóxicos (n=347)**

	Sí (n=60)		No (n=287)		t
	Media	DT	Media	DT	
<b>F1-Satisfacción Personal</b>	25,68	5,50	24,80	5,11	1,20
<b>F2-Actitud Prosocial</b>	15,91	2,32	15,61	2,87	0,89
<b>F3-Autocontrol</b>	14,70	3,49	14,51	3,52	0,37
<b>F4-Autonomía</b>	14,97	3,72	14,23	3,56	1,44
<b>F5-Resolución de Problemas y Autoactualización</b>	28,82	4,55	27,16	5,38	2,23*
<b>F6-Habilidades de Relación Interpersonal</b>	20,10	4,33	19,01	4,47	1,73
<b>SM+ global</b>	120,18	19,03	115,32	19,39	1,77

DT= Desviación Típica. t= t de Student. \*  $p<0,05$ .

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las **tentativas autolíticas**, el nivel de SM+ global ( $t=-3,90$ ;  $p<0,001$ ), y en cuatro de los factores que la configuran: F1-Satisfacción Personal ( $t=-3,38$ ;  $p<0,001$ ), F3-Autocontrol ( $t=-3,87$ ;  $p<0,001$ ), F4-Autonomía ( $t=-2,68$ ;  $p=0,008$ ) y F5-Resolución de Problemas y Autoactualización ( $t=-3,52$ ;  $p<0,001$ ) (Tabla 49). Los participantes que habían realizado alguna tentativa autolítica presentaron una menor satisfacción personal, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y también una menor SM+ global.

**Tabla 49. Medias y desviaciones típicas a nivel global y por factores de la SM+ según las tentativas autolíticas (n=347)**

	Sí (n=86)		No (n=261)		t
	Media	DT	Media	DT	
<b>F1-Satisfacción Personal</b>	22,93	22,93	25,62	4,75	-3,84***
<b>F2-Actitud Prosocial</b>	15,23	15,23	15,80	2,78	-1,66
<b>F3-Autocontrol</b>	13,30	13,30	14,96	3,49	-3,87***
<b>F4-Autonomía</b>	13,46	13,46	14,65	3,45	-2,68**
<b>F5-Resolución de Problemas y Autoactualización</b>	25,72	25,73	28,01	5,15	-3,52***
<b>F6-Habilidades de Relación Interpersonal</b>	18,57	15,57	19,0	4,34	-1,50
<b>SM+ global</b>	109,23	109,23	118,44	18,51	-3,90***

DT= Desviación Típica. t= t de Student. \*\*  $p<0,01$ . \*\*\*  $p<0,001$ .

En el resto de variables clínicas (número de ingresos hospitalarios en salud mental, tiempo transcurrido desde el último ingreso hospitalario en salud mental, antecedentes médicos y vía de administración del/ de los antipsicóticos/s prescritos) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 50).

**Tabla 50. Relación entre la SM+ a nivel global y por factores y número de ingresos, tiempo transcurrido desde el último ingreso hospitalario en salud mental, antecedentes médicos y vía de administración del/ de los antipsicóticos/s prescritos (n=347)**

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	SM+ Global
	M (DT)						
<b>Número de ingresos</b>							
r	0,001	-0,050	-0,045	0,062	-0,052	0,004	-0,017
<b>Tiempo transcurrido desde el último ingreso hospitalario</b>							
r	0,081	0,001	0,050	0,025	0,006	0,009	0,039
<b>Antecedentes médicos</b>							
Si	24,58 (5,28)	15,69 (2,80)	14,39 (3,55)	14,47 (3,80)	27,19 (5,11)	19,18 (4,42)	115,50 (18,67)
No	25,27 (5,09)	15,64 (2,77)	14,68 (3,48)	14,26 (3,43)	27,66 (5,42)	19,21 (4,50)	116,73 (20,02)
t	-1,24	0,19	-0,79	0,53	-0,84	-0,06	-0,59
<b>Vía de administración del/ de los antipsicóticos/s prescritos</b>							
Medicación oral	25,00 (5,05)	15,57 (2,80)	14,54 (3,43)	14,21 (3,64)	27,36 (5,37)	19,07 (4,57)	115,75 (19,76)
Medicación parenteral	25,35 (5,04)	16,04 (2,62)	14,96 (3,51)	15,09 (3,36)	28,22 (4,84)	19,69 (3,91)	119,35 (18,64)
Medicación oral y parenteral	24,56 (5,53)	15,53 (2,87)	14,23 (3,64)	14,03 (3,65)	26,99 (5,42)	19,03 (4,67)	114,38 (19,21)
F	0,51	0,91	0,93	2,15	1,22	0,60	1,50

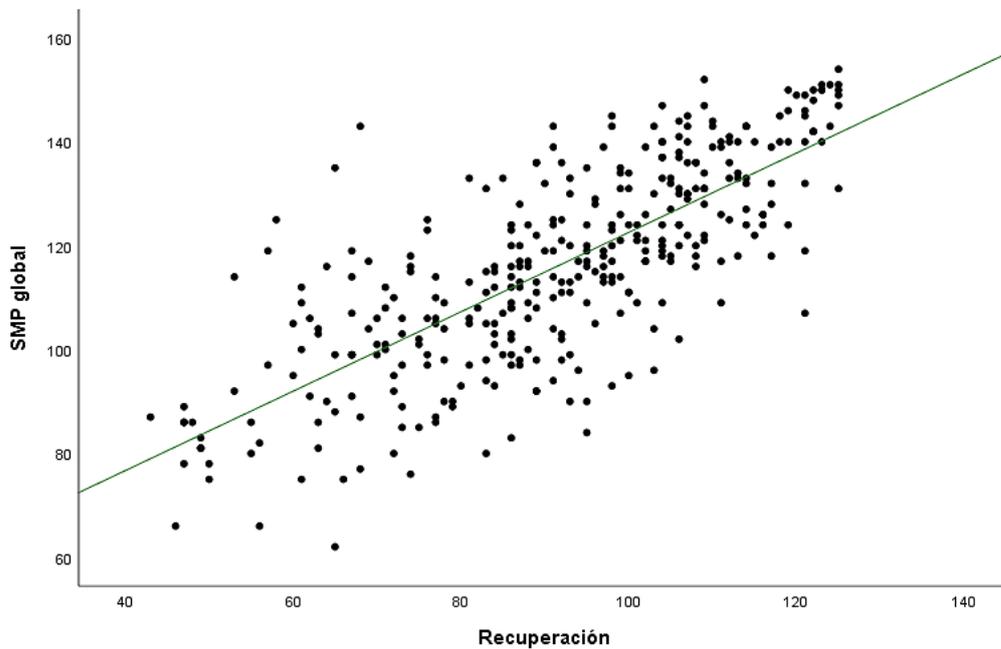
M= Media. DT= Desviación Típica. r= coeficiente de correlación de Pearson. F= ANOVA. t= t de Student.

## 4.7. Relación entre el nivel de salud mental positiva y de recuperación, bienestar subjetivo, *insight* y capacidad funcional

---

### 4.7.1. La salud mental positiva y la recuperación

La correlación bivariada entre los constructos de salud mental positiva (SM+), evaluado a través del CSM+, y la recuperación, evaluado a través de la MARS, a nivel global fue de 0,760 (Tabla 51). El sentido positivo de la correlación indica que, a mayor SM+ global, mayor recuperación y viceversa (Figura 18).



---

**Figura 18. Correlación entre la SM+ global y la recuperación**

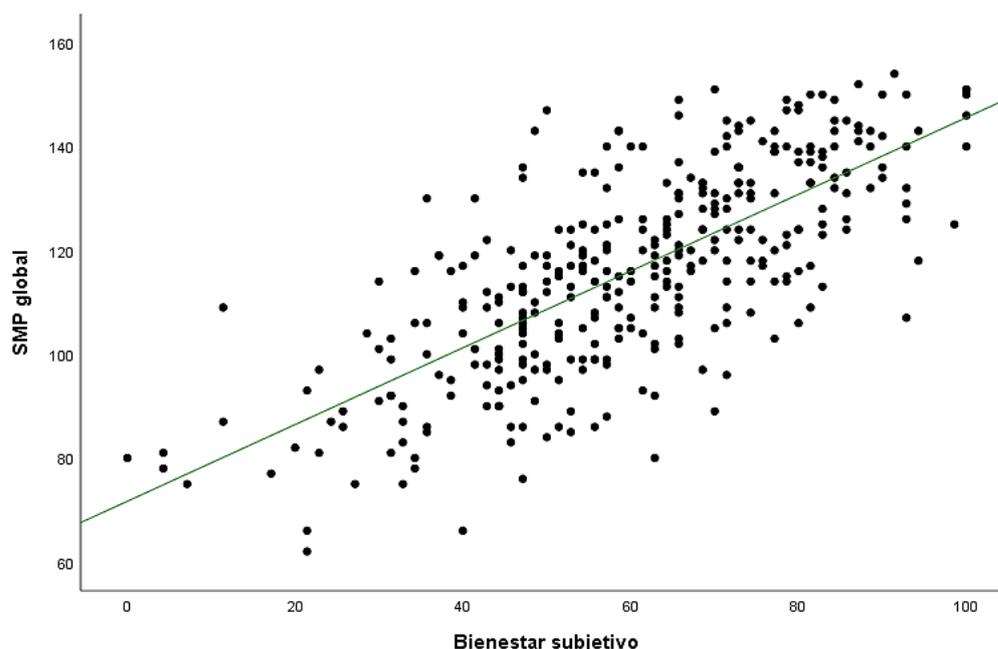
---

Al analizar la relación entre los factores específicos de SM+ y la recuperación, se puede observar en la tabla que todos los factores correlacionaron de forma positiva y significativa. La correlación osciló entre 0,439 del factor F2-Actitud Prosocial, hasta la correlación más elevada que fue de 0,716 en el factor F5-Resolución de Problemas y Autoactualización (Tabla 51).

#### 4.7.2. La salud mental positiva y el bienestar subjetivo

Por otra parte, la correlación entre la SM+ y el bienestar subjetivo, evaluado a través del PWI-A y la OLS, a nivel global, la correlación entre la SM+ y el PWI-A fue de 0,728. El sentido positivo de la correlación indica que, a mayor SM+, mayor bienestar subjetivo y viceversa (Figura 19).

Del análisis de la relación entre los factores de SM+ y el PWI-A se puede observar en la tabla 51 que todos los factores correlacionaron de forma positiva y significativa. La correlación osciló entre 0,429 del factor F2-Actitud Prosocial hasta la correlación más elevada que fue de 0,724 del factor F1-Satisfacción Personal.



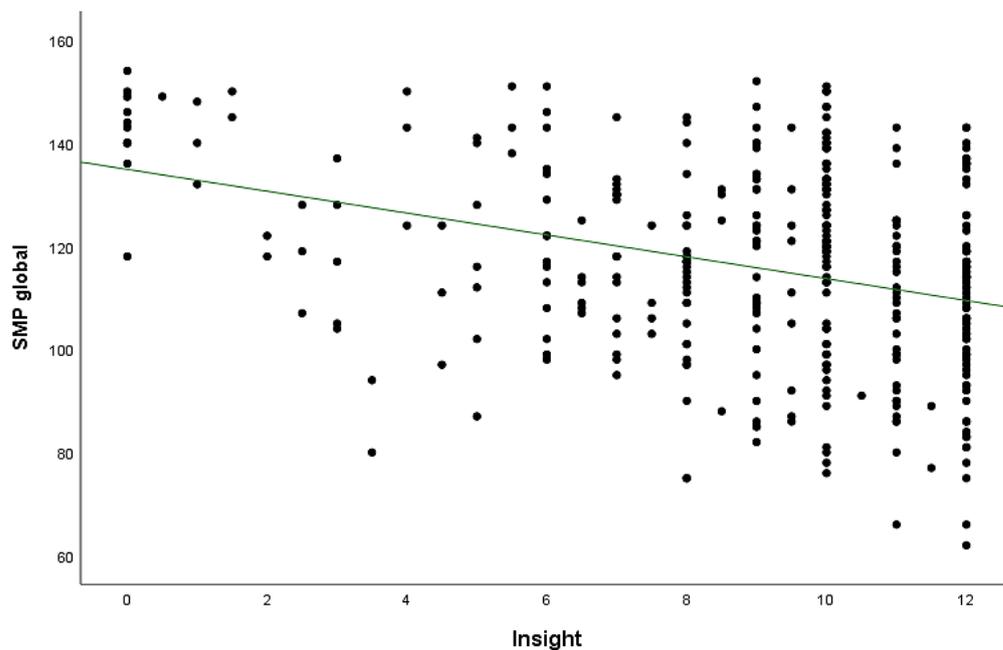
**Figura 19. Correlación entre la SM+ global y el bienestar subjetivo (PWI-A)**

Asimismo, con la OLS se pueden observar que también correlacionó de forma positiva y significativa con el nivel global de la SM+ ( $r=0,602$ ) (Tabla 51). En sentido positivo de la correlación indica que, a mayor SM+ global, mayor satisfacción global con la vida y viceversa.

Del análisis de la relación entre los factores que configuran el constructo SM+ y la satisfacción global con la vida se puede observar en la tabla 50 que todos los factores correlacionaron de forma positiva y significativa. La correlación osciló entre 0,302 del factor F2-Actitud Prosocial hasta la correlación más elevada que fue de 0,637 del factor F1-Satisfacción Personal (Tabla 51).

#### 4.7.3. La salud mental positiva y el insight

La correlación entre la SM+ y el *insight*, evaluado a través de la IS, a nivel global fue de -0,335 (Tabla 51). El sentido negativo de la correlación indica que, a mayor SM+ global, menor sentido de *insight* y viceversa (Figura 20).



**Figura 20. Correlación entre la SM+ global y el *insight***

Al analizar la relación entre los factores específicos del CSM+ y las tres dimensiones de la IS, se puede observar en la tabla 51 que todos los factores/dimensiones correlacionaron de forma negativa y significativa. La correlación osciló entre -0,117 del factor F2-Actitud Prosocial y la dimensión conciencia de síntomas hasta la correlación más elevada que fue de -0,394 en el factor F1-Satisfacción Personal y la dimensión conciencia de enfermedad.

#### 4.7.4. La salud mental positiva y la capacidad funcional

Por otra parte, la correlación entre la SM+ y la capacidad funcional, evaluada a través de la GAF, a nivel global fue de 0,243. El sentido positivo de la correlación indica que, a mayor SM+ global, mayor capacidad funcional y viceversa.

Del análisis de la relación entre los factores de la SM+ y la capacidad funcional se puede observar en la tabla 51 que todos los factores correlacionaron de forma positiva y significativa con la capacidad funcional. La correlación osciló entre 0,133 del factor F4-Autonomía hasta la correlación más elevada que fue de 0,236 del factor F2-Actitud Prosocial.

**Tabla 51. Correlaciones de Pearson entre la SM+ a nivel global y por factores, la recuperación, el bienestar subjetivo (PWI-A y OLS), el *insight* y la capacidad funcional (n=347, excepto la GAF n=337)**

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	SM+ Global
<b>Recuperación</b>	0,709**	0,439**	0,496**	0,489**	0,716**	0,574**	0,760**
<b>Bienestar Subjetivo</b>							
<b>PWI-A</b>	0,724**	0,429**	0,509**	0,463**	0,604**	0,570**	0,728**
<b>OLS</b>	0,637**	0,302**	0,424**	0,374**	0,541**	0,415**	0,602**
<b>D1-Conciencia de síntomas</b>	-0,171**	-0,117*	-0,191**	-0,136*	-0,160**	-0,145**	-0,199**
<b>D2-Conciencia de enfermedad</b>	-0,394**	-0,232**	-0,310**	-0,293**	-0,283**	-0,318**	-0,399**
<b>D3-Necesidad de tratamiento</b>	-0,206**	-0,132*	-0,177**	-0,171**	-0,200**	-0,180**	-0,234**
<b><i>Insight</i> Total</b>	-0,311**	-0,194**	-0,274**	-0,242**	-0,258**	-0,259**	-0,335**
<b>Capacidad funcional</b>	0,221**	0,236**	0,168**	0,133**	0,180**	0,201**	0,243**

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ .

## 4.8. Análisis multivariante de los factores asociados con la salud mental positiva

---

Los resultados del análisis de regresión lineal múltiple se presentan en la tabla 52. Se puede observar que la recuperación ( $\beta=0,47$ ;  $p<0,001$ ), el bienestar subjetivo (PWI-A: ( $\beta=0,38$ ;  $p<0,001$ ), la capacidad funcional ( $\beta=0,11$ ;  $p=0,45$ ), la edad ( $\beta=0,16$ ;  $p=0,04$ ) y el hecho de estar separado/a, divorciado/a o viudo/a ( $\beta=5,18$ ;  $p=0,008$ ) mostraron una asociación estadísticamente significativa y positiva con la SM+ global.

En cambio, la capacidad de *insight* ( $\beta=-0,46$ ;  $p=0,031$ ) y tener antecedentes familiares de trastorno mental ( $\beta=-2,63$ ;  $p=0,029$ ) mostraron una asociación estadísticamente significativa y negativa con la SM+ global.

Tabla 52. Análisis de regresión multivariado de factores asociados con la SM+ (n=347)

	Modelo crudo				Modelo ajustado			
	$\beta$	DT	(IC95%)	p	$\beta$	DT	(IC95%)	p
Recuperación (MARS)	0,76	0,04	(0,70 a 0,83)	<0,001	0,47	0,05	(0,37 a 0,56)	<0,001
Satisfacción con ámbitos específicos (PWI-A)	0,74	0,04	(0,67 a 0,81)	<0,001	0,38	0,05	(0,29 a 0,47)	<0,001
Satisfacción global con la vida (OLS)	5,10	0,36	(4,38 a 5,81)	<0,001				
Insight total (IS)	-2,12	0,32	(-2,75 a -1,49)	<0,001	-0,46	0,21	(-0,87 a -0,04)	0,031
Capacidad funcional (GAF)	0,38	0,08	(0,22 a 0,55)	<0,001	0,11	0,53	(0,003 a 0,21)	0,045
Edad	0,05	0,09	(-0,13 a 0,22)	0,597	0,16	0,06	(0,05 a 0,27)	0,004
<b>Sexo</b>								
Hombre	ref							
Mujer	3,19	2,21	(-1,15 a 7,53)	0,149				
<b>Estado civil</b>								
Soltero/a	ref				ref			
Casado/a o con pareja	5,89	3,05	(-0,12 a 11,89)	0,055	-0,36	1,76	(-3,83 a 3,12)	0,840
Separado/a, divorciado/a, viudo/a	6,58	3,31	(0,08 a 13,08)	0,047	5,18	1,95	(1,34 a 9,01)	0,008
<b>Nivel de estudios</b>								
Sin estudios o estudios no completos	ref							
Estudios primarios	-1,44	4,00	(-9,30 a 6,42)	0,719				
Estudios secundarios	2,15	4,03	(-5,78 a 10,07)	0,595				
Estudios universitarios	1,84	4,86	(-7,71 a 11,40)	0,704				
<b>Situación laboral</b>								
Trabajador activo	ref							
Trabajador inactivo	-8,23	4,12	(-16,34 a -0,12)	0,047				
Invalidez	-11,28	3,35	(-17,87 a -4,69)	0,001				
Otras situaciones	-6,49	3,91	(-14,18 a 1,19)	0,098				
<b>Personas con las que convive en el hogar</b>								
Solo/a	ref							
Acompañado/a	-3,88	2,65	(-9,09 a 1,33)	0,144				
<b>Trastorno psicótico</b>								
Psicosis incipiente	ref							
Esquizofrenia	-7,87	2,65	(-13,09 a -2,65)	0,003				
<b>Años de evolución del trastorno psicótico</b>	-0,07	0,10	(-0,27 a 0,13)	0,510				
<b>Numero ingresos hospitalarios en salud mental</b>	-0,09	0,28	(-0,63 a 0,45)	0,754				
<b>Antecedentes familiares de trastorno mental</b>								
No	ref				ref			
Si	-4,48	2,07	(-8,56 a -0,40)	0,031	-2,63	1,20	(-4,98 a -0,27)	0,029
<b>Numero antipsicóticos prescritos</b>								
1 antipsicótico prescrito	ref							
2 antipsicóticos prescritos	0,12	2,21	(-4,23 a 4,48)	0,956				
3 o más antipsicótico prescrito	-13,44	3,41	(-20,16 a -6,73)	<0,001				
<b>Tratamiento con ansiolíticos</b>								
No	ref							
Si	-5,87	2,16	(-10,11 a -1,63)	0,007				
<b>Tratamiento con antidepresivos</b>								
No	ref							
Si	-7,48	2,27	(-11,95 a -3,01)	0,001				
<b>Consumo de tóxicos</b>								
No	ref							
Si	4,86	2,74	(-0,53 a 10,26)	0,077				
<b>Tentativas autolíticas</b>								
No	ref							
Si	-9,21	2,36	(-13,86 a -4,56)	<0,001				

$\beta$ = coeficiente Beta. DT= Desviación Típica. IC 95%= intervalo de confianza del 95%. p= p-valor.



## 5. DISCUSIÓN

---



## 5.1. Discusión

---

En este trabajo de investigación se ha estudiado el nivel de salud mental positiva (SM+), así como su relación con la recuperación, el bienestar subjetivo (satisfacción con ámbitos específicos de la vida y satisfacción global con la vida), el *insight* y la capacidad funcional, en personas con trastorno psicótico atendidas en diferentes dispositivos asistenciales de salud mental de Cataluña y según las fases de evolución del trastorno psicótico (psicosis incipiente *versus* esquizofrenia). La falta de estudios de este tipo nos permite afirmar que se trata de un estudio pionero tanto a nivel de la demarcación, como a nivel nacional e internacional.

En relación a las características sociodemográficas de los 347 pacientes que configuraron la muestra del estudio, se encontraron que la media de edad fue de 41,29 años (DT=11,99), mayoritariamente eran hombres (56,8%), solteros (75,2%), con un nivel de estudios primarios o secundarios (81,2%), en situación de invalidez (57,1%), vivían acompañados (81,0%) y no eran inmigrantes (85,9%). Referente a las variables clínicas de la muestra estudiada y teniendo en cuenta las fases de evolución del trastorno psicótico, el 18,4% estaban diagnosticados de psicosis incipiente y un 81,6% de esquizofrenia. Se encontraron que la media de años de evolución del trastorno psicótico fue de 12,57 años (DT=10,17), el 47,3% tenían antecedentes de familiares con trastorno mental, la media de ingresos hospitalarios en salud mental fue de 3,37 ingresos (DT=3,79), el 46,1% tenían antecedentes de patologías orgánicas, con un mayor predominio de pacientes que tomaban medicación oral (49,2%) y un 35,4% que estaban en tratamiento con ansiolíticos y un 28,5% en tratamiento con antidepresivos, un 17,3% afirmaron ser consumidores de algún tipo de tóxico y un 24,8% había realizado alguna tentativa autolítica.

Las características sociodemográficas y clínicas de las muestras de este estudio son similares a las de otros estudios realizados con personas afectadas de un trastorno psicótico (psicosis incipiente y esquizofrenia) en nuestro contexto (p. ej. Domínguez-Martínez, Cristóbal-Narváez, Barrantes-Vidal, y Kwapil, 2017; Miguel, 2014; Pinho, Pereira, y Chaves, 2017; Roldán-Merino et al., 2014).

Para facilitar el orden de la discusión se ha organizado la misma en función de los objetivos específicos de este trabajo de investigación.

**Discusión de los resultados obtenidos en relación al Objetivo 1.** *Desarrollar una versión catalana del Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) adaptada a la población catalana, conceptual y lingüísticamente equivalente al cuestionario original en español y determinar sus principales propiedades psicométricas: consistencia interna, estabilidad temporal test-retest, validez convergente y validez de constructo.*

Después del análisis métrico del CSM+, creado por Lluch (1999) y basado en el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch, se encontró que los resultados globales de la presente investigación apoyaron los resultados originales obtenidos por Lluch (1999, 2003) apuntando que el CSM+ es un buen instrumento, sensible para la finalidad para la que se creó, que fue valorar el constructo de SM+ considerando seis factores: F1-Satisfacción Personal, F2-Actitud Prosocial, F3-Autocontrol, F4-Autonomía, F5-Resolución de Problemas y Autoactualización y F6-Habilidades de Relación Interpersonal.

Tal y como se ha ido señalando, para este estudio se ha realizado el proceso de traducción, adaptación cultural y validación (TACV) del CSM+ al catalán. El proceso de traducción fue sistemático y conducido de forma rigurosa, para conseguir una equivalencia semántica, idiomática, conceptual y experimental al instrumento original (Carvajal et al., 2011).

Para la discusión se han comparado los resultados métricos obtenidos en la versión catalana del CSM+ con los se obtuvieron con la versión original del CSM+ (Lluch, 1999, 2003), con la versión portuguesa (Sequeira et al., 2014) y con la versión española con estudiantes universitarios (Roldán-Merino et al., 2017). Asimismo, se han considerado otros estudios que miden el constructo SM+, que han permitido discutir algunas propiedades métricas del CSM+.

Tal y como se ha expuesto, los resultados obtenidos en relación a las características psicométricas de la versión catalana del CSM+ fueron favorables. En relación a la fiabilidad, tanto la consistencia interna, medida por el índice  $\alpha$  de

Cronbach, como la estabilidad temporal test-retest, medida por el coeficiente de correlación intraclase (CCI), fueron adecuadas. En relación a la validez, el análisis de la validez convergente, mostró una correlación de moderada a fuerte con medidas relacionadas con la SM+, como la *Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale* (MARS), el *Personal Wellbeing Index-Adult version* (PWI-A) y la *Overall Life Satisfaction scale* (OLS), y una correlación más débil con medidas clínicas como la *Insight Scale* (IS) y la *Global Assessment of Functioning scale* (GAF). Por otro lado, también se confirmó que existían correlaciones significativas y elevadas entre los seis factores y la puntuación global del cuestionario y mostraron correlaciones estadísticamente significativas entre los seis factores del CSM+, y las correlaciones entre los factores estuvieron por debajo de 0,70. La validez de constructo, explorado mediante el análisis factorial confirmatorio (AFC), mostró la existencia de seis factores o variables latentes, con una buena validez concurrente.

Comparando los resultados psicométricos de la versión catalana del CSM+ con los obtenidos por Lluch (1999, 2003) en la versión original del CSM+ en lengua española, con la versión portuguesa (Sequeira et al., 2014) y con la versión española con estudiantes universitarios (Roldán-Merino et al., 2017), se puede destacar que:

- En relación a la fiabilidad, los resultados obtenidos en la versión catalana del CSM+ mostraron unos niveles de consistencia interna global muy satisfactorios ( $\alpha=0,93$ ), similares a la versión original ( $\alpha=0,91$ ), a la versión portuguesa del CSM+ ( $\alpha=0,92$ ) y a la versión española con estudiantes universitarios ( $\alpha=0,89$ ).
- La versión catalana del CSM+ presentó niveles de consistencia interna favorables para todos sus factores, que oscilaron entre 0,60 y 0,85, excepto para el factor F2-Actitud Prosocial que obtuvo un nivel de 0,60, inferior al valor considerado como aceptable ( $\alpha=0,70$ ). Estos resultados son similares a la versión original, que también obtuvo una puntuación más baja en el índice  $\alpha$  de Cronbach del factor F2-Actitud Prosocial ( $\alpha=0,58$ ), en la versión portuguesa ( $\alpha=0,51$ ) y también en la versión española con estudiantes universitarios ( $\alpha=0,54$ ) del CSM+.

- En las cuatro versiones del CSM+, incluyendo la catalana, la consistencia interna de todos los ítems de cada factor fue óptima, ya que en ningún caso la exclusión de un ítem incrementaba el índice  $\alpha$  de Cronbach global del factor.
- El coeficiente de homogeneidad de los 39 ítems para cada factor fue superior a 0,25 en todos ellos, estos resultados se han observado en la versión catalana del CSM+ y en la versión original. En cambio, en la versión portuguesa y en la versión española con estudiantes universitarios algunos de los ítems obtuvieron una correlación ítem/factor inferior a 0,25.
- En relación a la estabilidad temporal, los resultados obtenidos del CCI para la escala global en las cuatro versiones del CSM+ fueron muy satisfactorios: en la versión catalana ( $r=0,93$ ), en la versión original ( $r=0,85$ ), en la versión en portugués ( $r=0,98$ ) y en la versión española con estudiantes universitarios ( $r=0,95$ ). Para cada uno de los seis factores tanto en la versión catalana, en la versión portuguesa y en la versión española con estudiantes universitarios del CSM+ se obtuvieron valores para el CCI superiores a 0,70 en todos los casos. Estos resultados son más óptimos que los obtenidos en la versión original del CSM+, donde el factor F2-Actitud Prosocial obtuvo un valor de 0,60, aunque fue estadísticamente significativo.
- El análisis de la validez convergente en el presente estudio mostró una correlación elevada entre la puntuación global del CSM+ y otras medidas relacionadas con la SM+, como como la recuperación (MARS ( $r=0,75$ )), el bienestar subjetivo (PWI-A ( $r=0,72$ ) y OLS ( $r=0,60$ )) y una correlación más débil, aunque significativa con medidas clínicas como el *insight* (IS ( $r=-0,33$ )) y la capacidad funcional (GAF ( $r=0,29$ )).
- En relación a la validez convergente, las cuatro versiones del CSM+ mostraron correlaciones significativas y elevadas entre los seis factores y la puntuación global del cuestionario y también se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre los seis factores del CSM+, y las correlaciones entre los factores estuvieron por debajo de 0,70.
- En cuanto a la validez de constructo, el estudio de Roldán-Merino et al., 2017, sobre la versión española con estudiantes universitarios del CSM+,

fue el único que llevó a cabo el AFC. Ambos estudios muestran que el modelo propuesto para los factores se ajusta satisfactoriamente a los datos y los parámetros estimados por el modelo fueron significativamente diferentes de cero. Los resultados obtenidos están de acuerdo con los datos factoriales iniciales de la versión original del CSM+ obtenidos en el análisis factorial exploratorio (AFE) de Lluch (1999, 2003). Todos los ítems puntuaron con cargas factoriales superiores a 0,30, obteniendo pesos que van desde 0,34 a 0,80. Se obtuvieron resultados similares en la versión española con estudiantes universitarios, en el que la saturación del ítem varió de 0,42 a 0,78. Ambos estudios confirman la distribución de los ítems en los factores, así como la estructura multifactorial del CSM+ de acuerdo con el modelo propuesto en apoyo del instrumento.

Al comparar los resultados de esta investigación con los que utilizaron el *Positive Mental Health instrument* (PMH-I) de Vaingankar et al. (2014), la fiabilidad fue similar a la versión catalana del CSM+, con valores del índice de  $\alpha$  de Cronbach de la SM+ global de 0,87, y por factores o dimensiones los valores oscilaron entre 0,73 y 0,91. El CCI del PMH-I a nivel global fue de 0,93 y por factores o dimensiones los valores oscilaron entre 0,74 y 0,96, similar a la versión catalana del CSM+. La carga de los factores del instrumento y los índices de bondad de ajuste también fueron similares a los obtenidos con la versión catalana del CSM+. Las correlaciones entre los factores o dimensiones de la versión catalana del CSM+ fueron ligeramente superiores (rango 0,25-0,68) a las del PMH-I (rango 0,20-0,64), ambos indican que los factores o dimensiones del instrumento tienen buenos niveles de discriminación. En ambos estudios, las correlaciones entre dimensiones o factores fueron estadísticamente significativas.

**Discusión de los resultados obtenidos en relación al Objetivo 2.** *Desarrollar una versión bilingüe (española y catalana) de la Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale (MARS) adaptada a la población catalana, conceptual y lingüísticamente equivalente al cuestionario original y determinar sus principales propiedades psicométricas: consistencia interna, estabilidad temporal test-retest, validez convergente y validez de constructo.*

Cabe destacar que constituye una de las primeras evaluaciones psicométricas de la MARS, una medida desarrollada por Drapalski et al. (2012), con el objetivo de evaluar la recuperación en personas con enfermedades mentales graves según la definición de recuperación de la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA). Se encontró que los resultados globales de este estudio apoyan los resultados originales obtenidos por Drapalski et al. (2012) y respaldan que la MARS es un buen instrumento, sensible para la finalidad para la que se creó.

Tal y como se ha ido señalando, para este estudio se ha realizado el proceso de traducción, adaptación cultural y validación (TACV) del CSM+ al catalán. El proceso de traducción fue sistemático y conducido de forma rigurosa, para conseguir una equivalencia semántica, idiomática, conceptual y experimental al instrumento original (Carvajal et al., 2011).

Para la discusión se han comparado los resultados métricos obtenidos en la versión bilingüe (española y catalana) de la MARS con los se obtuvieron con la versión original del MARS (Drapalski et al., 2012) y con dos estudios posteriores que también han evaluado las propiedades psicométricas del instrumento (Ahmed, Birgenheir, Buckley, y Mabe, 2013; Drapalski et al., 2016). Asimismo, se han considerado otros estudios que miden el mismo constructo, y que permitieran discutir algunas propiedades métricas de la MARS.

Los resultados obtenidos en relación a las características psicométricas de la versión bilingüe (española y catalana) de la MARS fueron favorables. En relación a la fiabilidad, tanto la consistencia interna, medida por el índice  $\alpha$  de Cronbach, como la estabilidad temporal test-retest, medida por el CCI, fueron adecuadas. En relación a la validez, el análisis de la validez convergente, mostró una correlación de moderada a fuerte con las medidas relacionadas con la recuperación, como el CSM+, el PWI-A y la OLS y una correlación más débil con medidas clínicas como la IS y la GAF. En el análisis de la validez de constructo, primero se realizó el análisis factorial exploratorio (AFE) donde se aconsejó mantener un factor y posteriormente el AFC, mostró la existencia de un factor o variable latente, con una buena validez concurrente.

Comparando los resultados métricos de la versión bilingüe (española y catalana) de la MARS con los obtenidos por Drapalski et al. (2012) en la versión original y con los del estudio de Ahmed et al. (2013) y los de Drapalski et al. (2016) se pueden destacar que:

- En relación a la fiabilidad, los resultados obtenidos en la versión bilingüe (española y catalana) de la MARS mostraron unos niveles de consistencia interna global muy satisfactorios ( $\alpha=0,95$ ), similares a la versión original de la MARS ( $\alpha=0,96$ ) y a los del estudio de Ahmed et al. (2013) ( $\alpha=0,95$ ) y de Drapalski et al. (2016) ( $\alpha=0,96$ ).
- En relación a la estabilidad temporal, los resultados obtenidos del CCI para la escala global de la MARS en los cuatro estudios fueron muy satisfactorios: versión bilingüe (española y catalana) ( $r=0,95$ ), versión original (Drapalski et al., 2012) ( $r=0,86$ ), en el estudio de Ahmed et al. (2013) ( $r=0,90$ ) y en el de Drapalski et al. (2016) ( $r=0,84$ ).
- El análisis de la validez convergente, mostró en el presente estudio una correlación elevada con la puntuación total de la MARS y otras medidas relacionadas con la recuperación, como la SM+ (CSM+ ( $r=0,76$ )), el bienestar subjetivo (PWI-A ( $r=0,70$ ) y OLS ( $r=0,65$ ) y una correlación más débil con medidas clínicas, como el *insight* (IS ( $r=-34$ )) y la capacidad funcional (GAF ( $r=0,28$ )). El estudio de Ahmed et al. (2013) demostró su asociación con medidas de resiliencia, funcionamiento comunitario, apoyo social y autoestigma. Finalmente, en el estudio de Drapalski et al. (2016) mostró la validez convergente mediante las correlaciones con medidas de esperanza empoderamiento, autoeficacia, logros y autoestigma. En contraste, mostró una correlación moderada o débil con medidas clínicas como síntomas psiquiátricos y síntomas psicológicos.
- En relación con la validez de constructo, el AFE mostró que la versión bilingüe (española y catalana) de la MARS presentó un factor y el porcentaje de varianza explicado fue del 48,89%, resultado que se ajusta al obtenido en la escala original (Drapalski et al., 2012). Estos autores sugirieron que la construcción de recuperación medida con la MARS era unidimensional y que el porcentaje de varianza explicado era del 45%. En cambio, el estudio de Ahmed et al. (2013) proporcionó una estructura de cuatro componentes de la MARS. No obstante, los mismos autores

señalan que estos resultados debían considerarse con precaución, dado el pequeño tamaño de la muestra (n=84).

- El AFC de la versión bilingüe (española y catalana) y de la versión original de la MARS cumplían los criterios para un buen ajuste de un modelo de factor único. Las puntuaciones en los índices de bondad de ajuste de la versión de bilingüe (española y catalana) de la MARS fueron los siguientes: el *Comparative Fit Index* (CFI) fue de 0,956, el *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) fue de 0,048, la *Standardized Root Mean square Residual* (SRMR) fue de 0,044 y el *Bentler Bonnet Normed Fit Index* (BBNFI) fue de 0,917. Para la versión original el CFI fue de 0,95, el *Bentler Bonnet Non-normed Fit Index* (BBNFI) fue de 0,95 y el RMSEA fue de 0,07.

**Discusión de los resultados obtenidos en relación al Objetivo 3.** *Explorar los niveles de SM+, recuperación, bienestar subjetivo (satisfacción global con la vida y con ámbitos específicos de ésta), insight y capacidad funcional de las personas con trastorno psicótico según las fases de evolución de la enfermedad (psicosis incipiente versus esquizofrenia).*

En referencia a los niveles de **salud mental positiva** (SM+), basándonos en el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch (1999) y utilizando el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) (Lluch, 1999, 2003), la puntuación media de la SM+ global obtenida de los pacientes con trastorno psicótico fue de 116,16 puntos (DT=19,39), teniendo en cuenta que el cuestionario oscila entre un rango de 39 (baja SM+) a 156 puntos (elevada SM+). Según las fases de evolución de la enfermedad fue de 122,58 puntos (DT=19,47) para el grupo de psicosis incipiente y de 114,71 puntos (DT=19,11) para el de esquizofrenia.

Analizando las investigaciones llevadas a cabo en nuestro entorno, se ha encontrado un estudio realizado en una muestra de 259 personas con problemas crónicos de salud quienes obtuvieron una media de 118,7 puntos (DT= 15,5) de nivel de SM+ global (Lluch et al., 2013; Sánchez Ortega, 2015). En otro estudio realizado con una muestra de 98 pacientes diagnosticados de un trastorno mental ingresados en hospitalización de salud mental se obtuvo una media de

114,9 puntos (DT=18,6) (Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013). Asimismo, en otro estudio que incluye a 264 pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en un centro hospitalario se obtuvo una media de 107,8 puntos (DT=16,1) (Miguel, 2014). Posteriormente, se publicó un estudio realizado con una muestra de 77 personas cuidadoras de pacientes diagnosticados de esquizofrenia cuya media fue de 128,0 puntos (DT=15,5) (Albacar, 2014). En un estudio sobre 102 profesionales de la salud en el área asistencia de un hospital de salud mental se obtuvo una media de 95,3 puntos (DT=9,9) (Mantas et al., 2015). Por otro lado, otra investigación que incluyó a 166 estudiantes universitarios de enfermería se obtuvo una media de 120,6 puntos (DT=12,7) (Sanromà, 2016). En un estudio llevado a cabo en 406 profesionales del Servicio de Emergencias Médicas (SEM) de Girona obtuvo una media 131,9 puntos (DT=13,3) (Mantas, 2017). Finalmente, en un estudio sobre 263 docentes universitarios de diferentes escuelas o facultades de enfermería de Cataluña se obtuvo una media de 114,8 puntos (DT=12,0) (Hurtado-Pardos, 2018; Hurtado-Pardos et al., 2017).

En las dos investigaciones citadas anteriormente, que incluyeron a personas con trastorno mental (Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013; Miguel, 2014), éstas mostraron niveles de SM+ global similares al grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia de la presente investigación. En cambio, los niveles de SM+ global en el grupo de pacientes con psicosis incipiente fueron similares a la muestra de estudiantes universitarios de enfermería (Sanromà, 2016).

Por otro lado, en el estudio con profesionales de la salud sobre trabajadores asistenciales en hospitales (en unidades de salud mental), los resultados fueron inferiores a los obtenidos en el resto de investigaciones, diferencia que puede deberse a la autopercepción de los profesionales en el lugar de trabajo (Mantas et al., 2015).

En general los resultados de las investigaciones indican que la mayoría de personas presenta indicadores de SM+ correspondientes a un nivel moderado-alto. Estos datos coinciden con los del Eurobarómetro (2003), en el que identificaron que las personas, en general, tienden a sentirse más positivas que

negativas, es decir, con capacidad de experimentar emociones positivas con mayor frecuencia que emociones negativas. Sin embargo, desde el Eurobarómetro realizado en el 2006, se ha apreciado un descenso en relación al sentimiento positivo, es decir, se ha reducido el porcentaje de personas que reconocen experimentar emociones positivas todo el tiempo durante las últimas cuatro semanas (European Commission, 2006, 2010).

En relación a los niveles de **recuperación**, utilizando la MARS (Drapalski et al., 2012), la puntuación media de la MARS para la muestra estudiada fue de 91,63 puntos (DT=19,26), teniendo en cuenta que la escala oscila entre un rango de 25 (menor capacidad de recuperación) a 125 puntos (mayor capacidad de recuperación). Según las fases de evolución de la enfermedad fue de 102,16 puntos (DT=17,52) para el grupo de psicosis incipiente y de 89,25 puntos (DT=18,87) para el de esquizofrenia.

Analizando las investigaciones que han utilizado la MARS, se ha encontrado dos estudios, uno de ellos realizado con una muestra de 250 personas con trastorno mental grave (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar y depresión mayor con características psicóticas o psicosis no especificada) se obtuvo una media de nivel de recuperación de 95 puntos (DT=19) (Drapalski et al., 2016). En el segundo estudio, con 65 pacientes incluidos en un programa de intervención temprana (ITP) a la psicosis, después de 10 años del tratamiento inicial del primer episodio psicótico (PEP), se obtuvo una media de 106,9 puntos (DT=13,2) (Bhullar et al., 2018), superior a la puntuación media de la MARS para ambos grupos de nuestro estudio (psicosis incipiente y esquizofrenia).

Estos últimos resultados evidencian la efectividad en términos de recuperación de los programas de ITP y fortalecen la importancia de desarrollar programas a nivel nacional que incorporen una estrategia común para la implantación de ITP. En España se carece de esto, y además son muy limitadas las experiencias de gobiernos autonómicos que hayan apoyado el desarrollo de un programa específico para ITP a nivel autonómico (Arango et al., 2018). No obstante, cabe señalar que Cataluña (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2011), junto con Andalucía (Servicio Andaluz de Salud, 2010), la Comunidad Valenciana (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat

Valenciana, 2016a) y Castilla-La Mancha (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, 2012) han elaborado guías generales o modelos para la implantación de programas ITP.

La ITP es un modelo de atención que se dirige a promover la recuperación de las personas con trastorno psicótico a través de la detección temprana y los tratamientos más efectivos desde el inicio de la sintomatología psicótica. Estos programas implican la participación de equipos de salud mental multidisciplinarios que valoran y tratan a las personas con un PEP, y durante los años siguientes, hasta que la persona presente una recuperación estable. (Arango et al., 2018).

En relación a los niveles de **bienestar subjetivo**, se utilizó el *Personal Wellbeing Index-Adult version* (PWI-A) (Cummins et al., 2003; International Wellbeing Group, 2013) para la satisfacción con ámbitos específicos de la vida y la *Overall Life Satisfaction scale* (OLS) (Campbell et al., 1976) para la satisfacción global con la vida. La puntuación media del PWI-A para la muestra estudiada fue de 60,20 puntos (DT=19,11), en una escala entre 0 (menor bienestar subjetivo) y 100 puntos (mayor bienestar subjetivo). Según las fases de evolución de la enfermedad fue de 64,49 puntos (DT=18,56) para el grupo de psicosis incipiente y de 59,23 puntos (DT=19,13) para el de esquizofrenia.

El nivel de bienestar subjetivo promedio en este estudio fue bajo en comparación con el rango normativo de la población de países occidentales que se sitúa entre 70 y 80 puntos (International Wellbeing Group, 2013). De acuerdo con la Teoría Homeostática del bienestar subjetivo de Cummins (2010), una puntuación entre 71 y 90 puntos significa un bienestar subjetivo normal; una puntuación entre 50 y 70 puntos significa un desafío homeostático de bienestar subjetivo; y una puntuación de 50 puntos o menor representa un fallo en el sistema homeostático (Cummins et al., 2014). Por lo tanto, la muestra del estudio se enfrenta a un fuerte desafío homeostático de bienestar subjetivo.

Según la literatura consultada, no se ha encontrado ningún estudio que aplique el PWI-A a personas con trastorno psicótico. No obstante, existe un estudio realizado con una muestra de 172 personas con trastorno mental severo de

Israel, donde incluyeron personas diagnosticadas de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar y trastornos de personalidad. En este estudio obtuvieron resultados similares, con una puntuación media de bienestar subjetivo de 61,6 puntos (DT=18,3) (Werner, 2012).

Cummins et al. (2014) argumentan que el bienestar subjetivo puede disminuir en respuesta a acontecimientos adversos, pero estas desviaciones son por lo general temporales gracias a la acción de un mecanismo homeostático (ver una explicación detallada en el apartado 1.4.2.). No obstante, cuando los sentimientos normales de bienestar desaparecen, se reemplazan por la depresión (Cummins, 2010).

La hipótesis más plausible que se ha planteado es que el trastorno psicótico y la experiencia de vida que acompaña a la enfermedad mental grave pueden afectar el bienestar subjetivo de esta población. Esta hipótesis está respaldada por estudios que informan de un menor bienestar subjetivo entre pacientes con esquizofrenia (Fervaha et al., 2016; Palmer et al., 2014) en comparación con personas sanas. En cambio, en una muestra de pacientes diagnosticados de un PEP, éstos mostraron un nivel de felicidad y satisfacción con la vida equiparable al de un grupo de controles sanos (Agid et al., 2012).

En referencia a los niveles de satisfacción global con la vida, utilizando la OLS (Campbell et al., 1976), la puntuación media para la muestra estudiada fue de 6,41 puntos (DT=2,91), teniendo en cuenta que la escala oscila entre un rango de 0 (menor satisfacción global con la vida) a 10 (mayor satisfacción global con la vida). Según las fases de evolución de la enfermedad fue de 7,17 puntos (DT=1,95) para el grupo de psicosis incipiente y de 6,24 puntos (DT=2,33) para el de esquizofrenia.

Según la literatura consultada, no se ha encontrado ningún estudio que aplique la OLS a personas con trastorno psicótico, ni tampoco que se haya comparado el nivel de satisfacción global con la vida entre pacientes diagnosticados de psicosis incipiente y esquizofrenia.

En la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), realizada en todos los países de la Unión Europea, siendo la muestra en España de 32.000 personas, el grado

medio de satisfacción global con la vida de la población española fue de 7,3 puntos en el año 2018, sobre una escala de 0 (mínimo) a 10 puntos (máximo), lo que supuso un aumento de 0,4 puntos respecto a los 6,9 puntos, registrados en 2013 (Instituto Nacional de Estadística, 2019a). Estos resultados son similares a los obtenidos en este estudio, referente al grupo de pacientes diagnosticados con psicosis incipiente, es decir que la puntuación media de satisfacción global con la vida es equiparable a la población general. En este sentido, los resultados de estudios de Agid et al. (2012) (2015) también muestran que los pacientes con PEP presentaron un nivel de satisfacción con la vida equiparable al de las personas sanas.

En cambio, los pacientes con esquizofrenia mostraron una puntuación media inferior de satisfacción global con la vida en comparación con los resultados de la ECV, referente a la población general (Instituto Nacional de Estadística, 2019a). Estos datos son consistentes con el estudio de Fervaha et al. (2016), que mostró que las personas con esquizofrenia estaban menos satisfechas con la vida en general que los controles sanos.

Así, a pesar de los avances logrados en el tratamiento de los trastornos psicóticos en las últimas décadas, y la consideración más reciente del bienestar como uno de los objetivos terapéuticos en este trastorno, el bienestar subjetivo en los pacientes con trastornos psicóticos sigue estando por debajo de los niveles de la población general. Este hallazgo es inquietante y fortalece la importancia de desarrollar servicios e intervenciones destinados a mejorar el bienestar subjetivo de las personas con trastorno psicótico.

En relación al nivel de *insight*, utilizando la *Insight Scale* (IS) (Birchwood et al., 1994), la puntuación total media de la IS para la muestra estudiada fue de 8,83 puntos (DT=3,06), teniendo en cuenta que la escala oscila entre un rango de 0 (no *insight*) a 12 puntos (mucho *insight*). Según las fases de evolución de la enfermedad fue de 6,66 puntos (DT=3,88) para el grupo de psicosis incipiente y de 9,32 puntos (DT=2,62) para el de esquizofrenia.

El nivel de *insight* de la muestra en general es baja, teniendo en cuenta que una puntuación igual o superior a 9 puntos es indicativa de un adecuado *insight*

(Birchwood et al., 1994). El 45,3% de los pacientes presentaron un *insight* adecuado. Este resultado va en consonancia a una revisión de la literatura en la que estimó que entre un 50 y un 80% de los pacientes con esquizofrenia carecían parcial o totalmente de *insight* de su enfermedad mental (Raffard et al., 2008).

Si se comparan los pacientes diagnosticados de psicosis incipiente y los de esquizofrenia, estos últimos informaron de un adecuado *insight*, en cambio el grupo de psicosis incipiente mostró un nivel de *insight* bajo. Datos consistentes con el proceso de *insight* de Lally (1989), dónde los pacientes en fase temprana del trastorno, tienden a negarlo, en cambio en la fase intermedia, surge el reconocimiento de éste. Según McGorry (1995), el *insight* inicial a menudo disminuye gradualmente a medida que los síntomas y la angustia aumentan en intensidad, debido a la falta de conocimiento sobre el trastorno psicótico. Los pacientes tienden a construir progresivamente un modelo explicativo delirante para dar sentido a su experiencia, justificar sus problemas de conducta y como reacción al tratamiento a menudo traumatizante que reciben. Por este motivo, se han desarrollado programas de ITP basados en equipos específicos, para aprovechar esta ventana de oportunidad.

En relación a los niveles de **capacidad funcional**, utilizando la *Global Assessment of Functioning scale* (GAF) (American Psychiatric Association, 2002), la puntuación total media de la GAF para la muestra estudiada fue de 61,46 puntos (DT=12,30), teniendo en cuenta que la escala oscila entre un rango de 0 (menor capacidad funcional) a 100 puntos (mayor capacidad funcional). Según las fases de evolución de la enfermedad fue de 72,11 puntos (DT=12,28) para el grupo de psicosis incipiente y de 59,01 puntos (DT=10,95) para el de esquizofrenia.

El nivel de capacidad funcional del grupo de pacientes diagnosticados de psicosis incipiente es similar a otro estudio donde la media de la GAF fue de 64,1 puntos (DT=15,3) para los que estaban en programa de ITP, en cambio en el grupo control que recibieron el tratamiento estándar fue inferior a 55,3 puntos (DT=15,1) (Garety et al., 2006).

Para el grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, el nivel de capacidad funcional es similar a otros estudios en población europea donde la media de la GAF fue de 57,3 puntos (DT=15,3) (Gaité et al., 2005) y en población español a donde la media fue de 60 puntos (DT=15,4) (Al-Halabí et al., 2016).

La evidencia científica ha puesto de manifiesto que un diagnóstico y una ITP podrían mejorar notablemente los resultados terapéuticos y mejorar la eficiencia de los tratamientos instaurados (Arango, 2015). En Cataluña hay implantados 12 Programas de Atención Específica a las personas con Trastornos Psicóticos Incipientes (PAE-TPI) y se evaluó la efectividad entre 2007 y 2016, mostrando una mejora de la GAF entre el 78% al 86% de los casos al cabo de 1 año (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2017a).

**Discusión de los resultados obtenidos en relación al Objetivo 4.** *Determinar la relación entre el nivel de SM+ y variables de carácter sociodemográfico (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, personas con las que se convive en el hogar y número de éstas y ser o no inmigrante) en la muestra analizada.*

En relación a la evaluación del **nivel de SM+ global**, en el presente estudio los pacientes solteros presentaron menor puntuación, es decir, menor SM+ global en comparación con los casados o con pareja, separados, divorciados y viudos. Sin embargo, en el estudio de Miguel (2014), realizado con una muestra de pacientes diagnosticados de esquizofrenia y utilizando el CSM+, se encontró que los solteros presentaban mayor nivel de SM+ global. En cambio, en los estudios de Albarca (2014), Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro (2013), Lluch et al. (2013), Mantas et al. (2013), Sánchez Ortega (2015) y Sanromà (2016) que también evaluaron la SM+ con el CSM+, no encontraron diferencias en relación al estado civil. Por otro lado, los datos obtenidos de esta investigación son similares a otros estudios realizados con personas diagnosticadas de esquizofrenia, trastorno depresivo o trastorno de ansiedad (Sambasivam et al., 2016), con personas con trastorno depresivo o de ansiedad (Vaingankar et al., 2013) o en población general (Canadian Institute for Health Information, 2009), que utilizaron otros instrumentos de medida de la SM+.

Por otro lado, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la situación laboral y el nivel global de SM+, en el sentido que los trabajadores en activo expresaron una mayor SM+ global. En cambio, no se han identificado otras investigaciones que utilizaron el CSM+ y que presentaran relación entre la SM+ a nivel global y la situación laboral (Albacar, 2014; Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013; Lluch et al., 2013; Sánchez Ortega, 2015; Sanromà; 2016). Cabe señalar que el estudio de Mantas (2017), los profesionales de la salud del SEM que indicaron tener un mayor grado de satisfacción laboral también manifestaron percibir una mayor SM+ global. En otros estudios los trabajadores en activo presentaron un mayor nivel global de SM+ (Canadian Institute for Health Information, 2009; European Commission, 2010; Sambasivam et al., 2016), aunque utilizaron otros instrumentos de medida de la SM+. El desempleo produce un impacto negativo en la salud mental (Paul, y Moser, 2009), asimismo el empleo puede proporcionar riqueza y la ausencia de riqueza parece crear infelicidad (Myers, y Diener, 1995).

Al analizar los factores específicos que componen el constructo SM+ y las variables sociodemográficas se encontraron algunos aspectos que son interesantes y relevantes para la discusión. En este sentido, los resultados obtenidos en el factor **F2-Actitud Prosocial**, al igual que en otros estudios, las mujeres expresaron tener una mayor actitud prosocial (Albacar, 2014; Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013; Lluch et al., 2013; Mantas et al., 2013; Sánchez Ortega, 2015). Estos resultados también coinciden con el estudio canadiense, ya que las mujeres obtuvieron niveles más elevados en el ámbito de las 'relaciones sociales' (Canadian Institute for Health Information, 2009). Esta diferencia de género se puede atribuir a sus roles sociales que difieren en términos de experiencias emocionales. Las mujeres tienden a asumir más un 'rol de cuidadoras' (p. ej., madre, esposa, etc.) y en entornos de empleo remunerado (p. ej., profesora, enfermera, etc.), por lo tanto, es más probable que sean sensibles a las necesidades y sentimientos de los demás y a una mayor expresión emocional. La diferenciación previa de roles y la socialización para roles particulares, por lo tanto, inculcan creencias y

habilidades que hacen que las mujeres sean más sensibles a las emociones propias y ajenas que los hombres (Wood, Rhodes, y Whelan, 1989).

Al igual que en el estudio de Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro (2013), los pacientes solteros expresaron tener una menor actitud prosocial en comparación con los casados o con pareja, separados, divorciados y viudos. En cambio, en la investigación de Miguel (2014) los pacientes solteros presentaron mayor actitud prosocial en comparación con los casados. Cabe señalar que no se han identificado otras investigaciones que hayan utilizado el CSM+ y que presenten relación entre el factor F2-Actitud Prosocial y el estado civil (Albacar, 2014; Lluch et al., 2013; Sánchez Ortega, 2015; Sanromà; 2016).

Asimismo, los pacientes trabajadores en activo expresaron una mayor actitud prosocial. Por lo contrario, los pacientes con algún tipo de invalidez son los que manifestaron una menor actitud prosocial. En cambio, no se han identificado estudios que utilizaran el CSM+ y que presentaran relación entre el factor F2-Actitud Prosocial y la situación laboral (Albacar, 2014; Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013; Lluch et al., 2013; Sánchez Ortega, 2015). Por otro lado, los datos obtenidos de esta investigación son similares a otros estudios que muestran niveles de SM+ más bajos entre las personas desempleadas y con trabajos inestables (Canadian Institute for Health Information, 2009; European Commission, 2006, 2010), aunque utilizaron otros instrumentos de medida de la SM+.

Se encontró que los pacientes con trastorno psicótico que en el factor **F4-Autonomía** presentaban mayor puntuación fueron los que vivían solos y los que estaban separados, divorciados o viudos. En cambio, los pacientes solteros manifestaron una menor autonomía. Cabe señalar que no se han identificado estudios que utilizaran el CSM+, y que presentaran relación entre el factor F4-Autonomía y el estado civil (Albacar, 2014; Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013; Lluch et al., 2013; Miguel, 2014; Sánchez Ortega, 2015). No obstante, los datos obtenidos de esta investigación concuerdan con los datos del Eurobarómetro 2010 según el cual vivir solo o no tener pareja hace que puedan ser más propensos a informar de niveles más bajos de bienestar emocional (European Commission, 2011). Aunque

normalmente lo que se evalúa en estos estudios no es el vivir solo o en compañía sino el nivel de apoyo social.

En el factor **F5-Resolución de Problemas y Autoactualización** se observaron valores más elevados entre los pacientes casados o con pareja y los trabajadores en activo. En cambio, los pacientes solteros y en situación de invalidez manifestaron una menor capacidad de resolución de problemas y autoactualización. Estos resultados no concuerdan con el estudio de Miguel (2014), donde los pacientes solteros en relación a los casados obtuvieron mayor capacidad de resolución de problemas y autoactualización. No se encontraron diferencias significativas en los estudios que utilizaron el CSM+ y la relación entre el factor F5-Resolución de Problemas y Autoactualización y el estado civil o la situación laboral (Albacar, 2014; Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013; Lluch et al., 2013; Sánchez Ortega, 2015). Por otro lado, los datos obtenidos en esta investigación son similares a otros estudios realizados con personas diagnosticadas de esquizofrenia, trastorno depresivo o trastorno de ansiedad (Sambasivam et al., 2016), con personas con trastorno depresivo o de ansiedad (Vaingankar et al., 2013) o en población general canadiense (Canadian Institute for Health Information, 2009), que utilizaron otros instrumentos de medida de la SM+.

Finalmente, en el factor **F6-Habilidades de Relación Interpersonal**, al igual que en otros estudios en que, las mujeres obtuvieron calificaciones más elevadas en las habilidades de relación interpersonal que los hombres (Canadian Institute for Health Information, 2009; Lluch et al., 2013; Sánchez Ortega, 2015).

Por otro lado, se ha encontrado que los pacientes casados o con pareja presentan mayores habilidades de relación interpersonal, resultados que son similares al estudio canadiense (Canadian Institute for Health Information, 2009).

Los pacientes trabajadores en activo expresaron mayores habilidades de relación interpersonal. En cambio, no se encontraron diferencias significativas en los estudios que utilizaron el CSM+ y la relación entre el factor F6-Habilidades de Relación Interpersonal y la situación laboral (Albacar, 2014; Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Cerdán-Magro, 2013; Lluch et al., 2013;

Sánchez Ortega, 2015). Los datos obtenidos de esta investigación son similares a otros estudios realizados con personas diagnosticadas de esquizofrenia, trastorno depresivo o trastorno de ansiedad (Sambasivam et al., 2016) y con personas con trastorno depresivo o de ansiedad (Vaingankar et al., 2013), que utilizaron otros instrumentos de medida de la SM+.

Para el resto de variables sociodemográficas consideradas en este estudio (edad, nivel de estudios, número de personas con las que se convive en el hogar y ser o no inmigrante), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Discusión de los resultados obtenidos en relación al Objetivo 5.** *Describir la relación entre el nivel de SM+ y variables clínicas (años de evolución del trastorno psicótico, antecedentes familiares de trastorno mental, número de ingresos hospitalarios en salud mental, tiempo transcurrido desde el último ingreso hospitalario en salud mental, antecedentes médicos, vía de administración del antipsicótico, número de antipsicóticos, tratamiento con ansiolíticos, tratamiento con antidepresivos, tentativas autolíticas y consumo de tóxicos) de los participantes en el estudio.*

Según la literatura consultada, existen escasas investigaciones que relacionen la SM+ medida con el CSM+ y las variables clínicas del presente estudio en pacientes con trastorno psicótico.

En relación a la evaluación del **nivel de SM+ global**, los pacientes que tenían antecedentes familiares de trastorno mental, los que tenían pautados tres o más antipsicóticos, los que estaban en tratamiento con ansiolíticos y también en tratamiento con antidepresivos y los que habían realizado alguna tentativa autolítica expresaron una menor SM+ global. Datos similares se obtuvieron en Lluch et al. (2013) y Sánchez Ortega (2015) en relación a que las personas polimedicadas presentaron unos niveles de SM+ global inferiores, utilizando el CSM+. Estos resultados se pueden explicar debido a que la prevalencia de la comorbilidad de los trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social y trastorno obsesivo compulsivo) y trastornos depresivos en la esquizofrenia es significativamente

mayor que en la población general (Buckley, Miller, Lehrer, y Castle, 2009; Kiran, y Chaudhury, 2016). Los estudios epidemiológicos han demostrado que la polifarmacia es extremadamente común en la esquizofrenia, pero la evidencia sobre sus beneficios sigue siendo escasa. Las combinaciones de diversos medicamentos antipsicóticos no están respaldadas por la evidencia científica. Los antidepresivos se usan comúnmente para tratar los síntomas depresivos, aunque hay también poca evidencia sobre su efectividad, no obstante, están asociados a un menor riesgo de suicidio y de mortalidad. En cambio, no existe evidencia que apoye el uso de benzodiazepinas para la esquizofrenia. Los posibles riesgos de las benzodiazepinas, incluido el aumento de las tasas de mortalidad, justifican la precaución (Ballon, y Stroup, 2013). El tratamiento de la esquizofrenia requiere siempre un plan de tratamiento individualizado integral que incluya intervenciones psicológicas y apoyo psicosocial apropiados, así como tratamiento farmacológico adecuado (Dieterich et al., 2017; National Collaborating Centre for Mental Health, 2014).

Al analizar los factores específicos que componen el constructo SM+ y las variables clínicas se encontraron algunos aspectos que son interesantes y relevantes para la discusión. En este sentido, los resultados obtenidos en el factor **F1-Satisfacción Personal**, muestran que los pacientes que tenían pautados tres o más antipsicóticos, los que estaban en tratamiento con antidepresivos y los que habían realizado alguna tentativa autolítica expresaron una menor satisfacción personal.

Por otro lado, en el factor **F3-Aucontrol** se encontró que los pacientes con antecedentes familiares de trastorno mental, que tenían pautados tres o más de tres antipsicóticos, que estaban en tratamiento con ansiolíticos y también que estaban en tratamiento con antidepresivos y que habían realizado alguna tentativa autolítica mostraron menor capacidad de autocontrol. Datos similares fueron obtenidos por Lluch et al. (2013) y Sánchez Ortega (2015).

En el factor **F4-Autonomía**, se encontró que los pacientes que tenían pautados tres o más antipsicóticos, que estaban en tratamiento con ansiolíticos y también con antidepresivos y que habían realizado alguna tentativa autolítica

manifestaron tener una mayor autonomía. Datos similares se obtuvieron en Lluch et al. (2013) y Sánchez Ortega (2015).

En el factor **F5-Resolución de Problemas y Autoactualización**, se identificó que los pacientes con menos años de evolución del trastorno psicótico, que tenían pautados tres o más antipsicóticos, que estaban en tratamiento con ansiolíticos y con antidepresivos y que habían realizado alguna tentativa autolítica expresaron una menor capacidad de resolución de problemas y autoactualización. Datos similares obtuvo Lluch et al. (2013) y Sánchez Ortega (2015). En cambio, en el presente estudio las personas consumidoras de algún tipo de tóxico manifestaron una mayor capacidad de resolución de problemas y autoactualización.

Finalmente, en el factor **F6-Habilidades de Relación Interpersonal** los pacientes que tenían pautados tres o más antipsicóticos, que estaban en tratamiento con ansiolíticos y antidepresivos expresaron menores habilidades de relación interpersonal.

En el resto de variables clínicas (número de ingresos hospitalarios en salud mental, tiempo transcurrido desde el último ingreso hospitalario en salud mental, antecedentes médicos y vía de administración del/ de los antipsicóticos/s prescritos) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Discusión de los resultados obtenidos en relación al Objetivo 6.** *Explorar la relación entre el nivel de SM+ y la recuperación, el bienestar subjetivo (satisfacción global con la vida y con ámbitos específicos de ésta), el insight y la capacidad funcional en la muestra analizada.*

En cuanto a la relación de los niveles de **CSM+** y la **MARS** en los pacientes con trastorno psicótico, se vio que todos los factores del cuestionario correlacionaron de forma positiva y fuerte con la MARS. Tomando de referencia los criterios de Nunnally y Bernstein (1994), la correlación entre ambos constructos fue elevada ( $r=0,760$ ). Según la literatura consultada, ha habido poca investigación sobre si la SM+ está asociada con la recuperación. Existe un estudio que tenía como objetivo investigar el cambio longitudinal en la SM+ como predictor de la

recuperación en personas diagnosticadas de trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno del pánico. Los resultados mostraron que las personas que mantuvieron (durante 10 años) o que obtuvieron unos niveles más altos de SM+ tuvieron más de 27,6 y 7,4 probabilidades, respectivamente, de recuperarse en comparación con aquellos con un nivel más bajo de SM+. Aquellos que mantuvieron o obtuvieron unos niveles moderados de SM+ tuvieron una probabilidad de recuperación más moderada. Los participantes que el nivel SM+ disminuyó durante los 10 años no tuvieron más probabilidades de recuperarse de su enfermedad mental que aquellos cuya SM+ se mantuvo baja. No obstante, una limitación de este estudio es que la recuperación se basó en una perspectiva clínica, que se centraba en la reducción de la sintomatología, reflejo de la práctica diagnóstica actual (Iasiello et al., 2019).

Los resultados indican que la SM+ puede ser un recurso importante para que las personas se recuperen de un trastorno mental y se mantengan mentalmente saludables. Investigar si la SM+ es un recurso para la recuperación de las personas con trastorno psicótico puede proporcionar la evidencia necesaria para desarrollar mejores modelos de atención en salud mental.

Asimismo, del análisis de la relación entre el **CSM+** y el **PWI-A** de la muestra de estudio, se desprende que todos los factores del cuestionario correlacionaron positivamente con el PWI-A, y la correlación global de ambos instrumentos fue buena ( $r=0,73$ ). Estos resultados fueron consistentes con los resultados de un estudio realizado con pacientes diagnosticados de un trastorno mental ( $r=0,75$ ) y que utilizaron los mismos instrumentos (Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Gelabert-Vilella, 2013). Por otro lado, se encontraron varios estudios con el objetivo de examinar las propiedades psicométricas del PMH-I, y para la validación convergente relacionaron el instrumento con el bienestar subjetivo, mediante la *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) y con el bienestar mental positivo, mediante la *Short Warwick–Edinburgh Mental Well-being Scale* (SWEMWBS). Los resultados mostraron una correlación positiva y elevada entre la SM+ y el bienestar subjetivo (Vaingankar et al., 2014, 2016).

Con estos resultados se puede afirmar que la salud mental está directamente relacionada con el bienestar subjetivo, tal y como se hizo explícito en los trabajos constituidos por la OMS y como plantea Lluch (1999).

Al analizar la relación entre el **CSM+** y la **OLS** de la muestra de estudio, se obtuvo que todos los factores del cuestionario correlacionaron positivamente con la OLS, y la correlación global de ambos instrumentos fue buena ( $r=0,60$ ). Estos resultados fueron consistentes con los resultados de un estudio realizado en pacientes diagnosticados de un trastorno mental ( $r=0,65$ ) y en el que se utilizaron los mismos instrumentos (Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Gelabert-Vilella, 2013). En esta línea, otros estudios sobre la SM+ en pacientes con diagnosticados de trastorno mental, mostraron que la SM+ se asoció con la satisfacción con la vida (Seow et al., 2016; Vaingankar et al., 2014, 2016).

En cuanto a la relación de los niveles de **CSM+** y la **IS** en la muestra de estudio, se observó que todos los factores del cuestionario correlacionaron negativamente con la IS, aunque esta correlación, de forma global, fue moderada ( $r=-0,33$ ). Estos resultados son consistentes con los resultados de un estudio realizado con pacientes diagnosticados de un trastorno mental ( $r=0,28$ ) utilizando los mismos instrumentos (Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch, y Gelabert-Vilella, 2013).

Asimismo, se han encontrado controversias entre la relación entre el bienestar subjetivo o términos relacionados (felicidad, calidad de vida, etc.) y el *insight* en personas con trastorno psicótico. Por un lado, diversas investigaciones han asociado una falta de *insight* con una peor calidad de vida o felicidad (Agid et al., 2015; Lincoln, Lullmann, y Rief, 2007; Lysaker et al., 2013). Sin embargo, otros estudios han encontrado que niveles altos de *insight* se han asociado con peor bienestar y calidad de vida, síntomas depresivos mayores, suicidio, autoestigma (Drake et al., 2004; Hasson-Ohayon et al., 2006, Lien et al., 2018, Lysaker et al., 2013; Lysaker et al., 2018; Misdrahi et al., 2014).

Por último, de la correlación entre el **CSM+** y la **GAF** de la muestra de estudio, se obtuvo que todos los factores del cuestionario correlacionaron positivamente con la GAF, aunque esta correlación, de forma global, fue baja ( $r=0,24$ ). En esta

línea, varios estudios sobre la SM+ en pacientes diagnosticados de trastorno mental, mostraron que la SM+ se asoció con la capacidad funcional (Seow et al., 2016; Vaingankar et al., 2016).

**Discusión de los resultados obtenidos en relación al Objetivo 7.** *Analizar diversas variables sociodemográficas y clínicas, así como la recuperación, el bienestar subjetivo (satisfacción global con la vida y con ámbitos específicos de ésta), el insight y la capacidad funcional que puedan favorecer un mayor nivel de SM+ en personas con trastorno psicótico atendidas en diferentes dispositivos asistenciales de Cataluña.*

El presente estudio revela que la SM+ se asocia significativamente y de forma positiva con la recuperación, evaluada con la MARS, el bienestar subjetivo, evaluada con el PWI-A, la capacidad funcional, evaluada con la GAF, la edad y el hecho de estar separado/a, divorciado/a o viudo/a.

En cambio, la capacidad de *insight* y tener antecedentes familiares de trastorno mental mostraron una asociación significativa y negativa con la SM+ global.

Según la literatura consultada, no se dispone de estudios en los que se hayan analizado este conjunto de variables que puedan favorecer el nivel de la SM+ en pacientes con trastorno psicótico y, por tanto, se han discutido los resultados obtenidos de forma independiente o con otros trastornos mentales.

Un estudio reciente mostró que la SM+ se asoció de forma positiva y significativa con la recuperación del trastorno de ansiedad, pero no se asoció significativamente con la recuperación del trastorno del estado de ánimo. Mostrando que niveles más elevados de SM+, especialmente niveles más elevados de bienestar emocional y psicológico, predijeron la probabilidad de recuperación del trastorno de ansiedad (Iasiello et al., 2019).

El estudio de Seow et al. (2016) reveló que la SM+ se asocia forma positiva y significativa con la satisfacción con la vida y la capacidad funcional en pacientes con trastornos afectivo, incluso después de controlar las variables sociodemográficas y clínicas.

Aunque este estudio examina la SM+ mediante el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluich (1999), también apoya el modelo de dos continuos de Keyes (2005, 2007) en que la salud mental puede mantenerse en presencia de una enfermedad mental.

Estos resultados implican que los sistemas de atención de salud mental deberían centrarse en promover y proteger la SM+, independientemente del diagnóstico de una enfermedad mental. El estudio actual se suma a la creciente literatura académica que aboga por la inclusión de intervenciones y evaluaciones positivas de salud mental en la atención de la salud mental (p. ej. Keyes et al., 2010; Miquel, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2020; Provencher y Keyes, 2011).

La SM+ es un aspecto importante a tener en cuenta en el modelo de atención de salud mental, y puede ayudar a salvaguardar el bienestar, a mejorar la recuperación y el *insight*, mediante medidas preventivas, controlando los factores que conducen al desarrollo de trastornos mentales o complicaciones debido al empeoramiento de los trastornos mentales.

## 5.2. Limitaciones del estudio y líneas de investigación futuras

---

En este apartado se presentan de forma conjunta las limitaciones del estudio y las líneas de investigación futuras, porque se considera que de esta manera se pueden proponer posibles soluciones a las limitaciones que se puedan señalar del estudio.

La primera limitación del estudio se vincula a la generabilidad de los resultados. Si bien la muestra estudiada ( $n=347$ ) es de un tamaño aceptable para un estudio clínico, en cuanto a la capacidad que puede asumir un solo investigador o un equipo de investigación pequeño como es este caso, es evidente que para establecer conclusiones robustas serán necesarios estudios con muestras clínicas más grandes.

En este sentido, se plantea una **primera línea de investigación** que consistiría en replicar estudios con muestras de características similares en situaciones y contextos clínicos comparables para obtener datos y poder generalizar mejor los resultados.

Algunas limitaciones del presente estudio están vinculadas con la especificidad de los resultados. Este estudio está realizado en un contexto determinado y con unas características muestrales concretas. Si bien los resultados clínicos obtenidos, tanto en relación a la SM+ como en relación al proceso de recuperación personal, el bienestar subjetivo (satisfacción con ámbitos específicos de la vida y satisfacción global con la vida), el *insight* y la capacidad funcional, son perfectamente aplicables a la muestra estudiada, se desconoce si resultados iguales podrían darse también en otras muestras clínicas o si, por el contrario, los resultados de esta investigación únicamente son válidos para pacientes diagnosticados de un trastorno psicótico.

En este sentido se plantea una **segunda línea de investigación** que debería ir dirigida a estudiar muestras diferentes en contextos iguales y diferentes.

Otra de las limitaciones es el diseño transversal, con el que no se puede valorar la evolución que sucede a través del tiempo en el trastorno psicótico,

diferenciando entre las fases del trastorno: psicosis incipiente *versus* esquizofrenia. En este caso, tampoco se puede demostrar la causalidad de las variables explicativas sobre las variables dependientes. La medición de los constructos estudiados en momentos temporales distintos nos permitiría extraer conclusiones más sólidas.

En este sentido, se plantea una **tercera línea de investigación** a partir de los resultados obtenidos, diseñar, implementar y comprobar la eficacia de un programa psicoeducativo a nivel comunitario de tipo longitudinal, para dar apoyo a los pacientes con trastorno psicótico, teniendo en cuenta las fases de evolución del trastorno (psicosis incipiente *versus* esquizofrenia). La duración de la intervención debe estar programada, como mínimo, durante un año y, si es posible, de forma continuada e indefinida. Para medir la eficacia de la intervención, se propone utilizar el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+), la *Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale* (MARS), el *Personal Wellbeing Index-Adult version* (PWI-A), la *Overall Life Satisfaction scale* (OLS), la *Insight Scale* (IS) y la *Global Assessment of Functioning scale* (GAF) tal y como se han utilizado en el presente estudio, para medir las variables: la SM+, la recuperación, el bienestar subjetivo (satisfacción con ámbitos específicos de la vida y satisfacción global con la vida), el *insight* y la capacidad funcional, muy importantes para conocer el estado de las personas con trastorno psicótico y poco estudiadas hasta ahora. El carácter longitudinal de la investigación permitiría conocer mejor la evolución y comprobar el impacto de la intervención.

En la revisión bibliográfica efectuada no se han encontrado estudios realizados con personas con trastorno psicótico, según las fases de evolución del trastorno (psicosis incipiente *versus* esquizofrenia), donde se midiera conjuntamente las variables aquí consideradas y, por tanto, aunque se ha analizado la relación entre las diferentes variables, no se ha podido comparar con otros estudios sobre personas con trastorno psicótico. Los resultados han mostrado una asociación positiva entre la SM+ y la recuperación, el bienestar subjetivo (la satisfacción con ámbitos específicos de la vida y la satisfacción global con la vida), y la capacidad funcional, y una asociación negativa con el *insight*.

Estas relaciones deberán ser exploradas en investigaciones futuras. En relación a esto, una **cuarta línea de investigación** que se propone es comprobar si las asociaciones que se han observado en esta investigación se cumplen en otros supuestos clínicos, en otros contextos y en otras muestras.

Algunas limitaciones del presente estudio están vinculadas con la validación de instrumentos, debido a que es un proceso lento y continuo. Se han aportado datos métricos de la versión catalana del CSM+ y de la versión bilingüe (española y catalana) de la MARS en relación con la fiabilidad y la validez, pero es necesario continuar profundizando.

En este caso, se plantea una **quinta línea de investigación** dirigida a estudios de carácter psicométrico y continuar explorando y reforzando la fiabilidad, la validez, la generabilidad y la especificidad de los dos instrumentos.

Algunas limitaciones de este estudio están vinculadas a la valoración de las personas con trastorno psicótico. Siguiendo las recomendaciones del Programa de Atención Específica a las personas con Trastornos Psicóticos Incipientes (PAE-TPI) del Plan Director de Salud Mental y Adicciones (PDSMyA) del Departamento de Salud de Cataluña se plantea promover una valoración integral del paciente que permita la detección de las diversas necesidades y el diseño de un plan integral e integrado de atención. Según el PAE-TPI la valoración debería ser, además, un proceso continuado y abierto que permitiera ir aplicando los cambios necesarios que se vayan produciendo como consecuencia de la detección de nuevos problemas o de la incorporación de nuevas informaciones relevantes. El PAE-TPI incluye diferentes áreas básicas, entre ellas está la valoración de la capacidad funcional, medida a través de la GAF y como aspectos positivos de la salud mental, como la valoración de la calidad de vida, utilizando para su medición la entrevista de calidad de vida de Lancashire o la entrevista de calidad de vida de la OMS (WHOQOL- BREF) (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2006, p. 18). Además, se considera necesario incorporar el CSM+, la MARS, la PWI-A, la OLS y la IS, que permitan valorar la SM+, la recuperación, el bienestar subjetivo y el *insight*.

En relación a esto, se plantea una **sexta línea de investigación** dirigida a incluir dentro de la valoración del PAE-TPI las siguientes áreas:

- La valoración de la SM+, mediante el CSM+.
- La valoración del proceso de recuperación, mediante la MARS.
- La valoración del bienestar subjetivo, mediante el PWI-A y la OLS.
- La valoración del *insight*, mediante la IS.



## **6. CONCLUSIONES**

---



## 6. Conclusiones

---

Las conclusiones se presentan en función de los objetivos planteados y los resultados obtenidos de esta investigación, en pacientes diagnosticados con trastorno psicótico, atendidos en diversos dispositivos de salud mental de Cataluña.

La versión catalana del Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) ha demostrado ser una herramienta útil y fiable para evaluar el constructo de salud mental positiva (SM+), considerando seis factores: F1-Satisfacción Personal, F2-Actitud Prosocial, F3-Autocontrol, F4-Autonomía, F5-Resolución de Problemas y Autoactualización y F6-Habilidades de Relación Interpersonal. Esta versión del cuestionario presenta unas propiedades psicométricas adecuadas, tanto en términos de fiabilidad (consistencia interna y estabilidad temporal) como en términos de validez (convergente y de constructo), demostrando ser conceptual, lingüísticamente y métricamente equivalente al instrumento original en español.

La versión bilingüe (española y catalana) de la *Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale* (MARS) ha demostrado ser una herramienta útil y fiable para evaluar la recuperación. La versión bilingüe de la escala presenta unas propiedades psicométricas adecuadas, tanto en términos de fiabilidad (consistencia interna y estabilidad temporal) como en términos de validez (convergente y de constructo), demostrando ser conceptual, lingüísticamente y métricamente equivalente al instrumento original en inglés.

Los niveles de SM+, de recuperación, de bienestar subjetivo y de *insight*, de las personas con trastorno psicótico, varían según las fases de evolución del trastorno (psicosis incipiente *versus* esquizofrenia). Los pacientes con psicosis incipiente obtuvieron niveles más elevados de salud mental positiva (SM+) global y en todos los factores específicos que la configuran, excepto en el factor F4-Autonomía; también en el nivel de recuperación, de bienestar subjetivo (satisfacción global con la vida y con ámbitos específicos de ésta) y de capacidad funcional, y mostraron un menor nivel de *insight* total y en las tres dimensiones específicas que lo componen en comparación con los pacientes diagnosticados

de esquizofrenia. Estos resultados pueden conducir a un cambio importante en cuanto a la atención, teniendo en cuenta que para ello serían necesarias estrategias e intervenciones dirigidas, de forma específica, a reforzar, potenciar y/o mantener estos niveles, entendiéndolos como un conjunto de factores protectores de la salud.

El perfil sociodemográfico de la SM+ global de los pacientes con trastorno psicótico, mostró que los separados, divorciados y viudos y los trabajadores en activo expresaron una mayor SM+ global. En cambio, los pacientes solteros manifestaron una menor SM+ global.

El perfil clínico de la SM+ global de los pacientes con trastorno psicótico mostró que los que tenían antecedentes familiares de trastorno mental, los que tenían pautados tres o más antipsicóticos, los que estaban en tratamiento con ansiolíticos y antidepresivos y los que habían realizado alguna tentativa autolítica expresaron una menor SM+ global.

Los resultados sobre el perfil de la SM+ de los pacientes con trastorno psicótico, pone de manifiesto que es necesario tener en cuenta las características sociodemográficas y clínicas de cada individuo, para realizar intervenciones de forma específica, para reforzar, potenciar o mantener los niveles de la SM+.

La relación de la SM+ con la recuperación, el bienestar subjetivo, el *insight* y la capacidad funcional se observó que:

- La SM+ global y la recuperación correlacionaron de forma elevada y bidireccional: a mayor nivel global de SM+, mayor capacidad de recuperación y viceversa.
- La SM+ global y el bienestar subjetivo, evaluado a través del *Personal Wellbeing Index-Adult version* (PWI-A) y de la *Overall Life Satisfaction scale* (OLS), correlacionaron de forma elevada y bidireccional: a mayor nivel global de SM+, mayor bienestar subjetivo (satisfacción global con la vida y con ámbitos específicos de ésta) y viceversa.
- La SM+ y el *insight*, evaluado a través de la *Insight Scale* (IS), correlacionaron de forma moderada y inversa: a mayor nivel global de SM+, menor sentido de *insight* y viceversa.

- La SM+ y la capacidad funcional, evaluada a través de la *Global Assessment of Functioning scale* (GAF), correlacionaron de forma moderada y bidireccional: a mayor nivel global de SM+, mayor capacidad funcional y viceversa.

Estos datos sobre las necesidades de una muestra de personas con trastorno psicótico, desde la adopción de un enfoque positivo de la salud mental, de la recuperación, del bienestar subjetivo, del *insight* y de la capacidad funcional, pueden ser de utilidad para la práctica profesional puesto que pueden orientar los programas e intervenciones que se realizan en los diferentes dispositivos asistenciales de salud mental de Cataluña.

Finalmente, la recuperación, el bienestar subjetivo, la capacidad funcional, la edad y el hecho de estar separado/a, divorciado/a o viudo/a mostraron una relación positiva con la SM+ global. En cambio, la capacidad de *insight* y tener antecedentes familiares de trastorno mental mostraron una relación negativa con la SM+ global.



## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---



- Acquadro, C., Conway, K., Hareendran, A., Aaronson, N., y European Regulatory Issues and Quality of Life Assessment (ERIQA) Group. (2008). Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 11(3), 509–521. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00292.x>
- Addington, J., y Addington, D. (1993). Premorbid functioning, cognitive functioning, symptoms and outcome in schizophrenia. *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*, 18(1), 18-23.
- Addington, J., y Addington, D. (2005). Patterns of premorbid functioning in first episode psychosis: relationship to 2-year outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(1), 40-46. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00511.x>
- Agid, O., McDonald, K., Fervaha, G., Littrell, R., Thoma, J., Zipursky, R. B., ... Remington, G. (2015). Values in First-Episode Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(11), 507-514. <https://doi.org/10.1177/070674371506001106>
- Agid, O., McDonald, K., Siu, C., Tsoutsoulas, C., Wass, C., Zipursky, R. B., ... Remington, G. (2012). Happiness in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 141(1), 98-103. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.07.012>
- Aguilar Armas, H. M. (2016). *Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud Mental Positiva en Practicantes Pre-Profesionales de Psicología, Trujillo* (Tesis doctoral). Escuela de Postgrado. Universidad César Vallejo, Perú. Recuperado de [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/UCV/128/1/aguiar\\_ah.pdf](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/UCV/128/1/aguiar_ah.pdf)
- Ahmed, A. O., Birgenheir, D., Buckley, P. F., y Mabe, P. A. (2013). A psychometric study of recovery among Certified Peer

Specialists. *Psychiatry Research*, 209(3), 721-731. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.01.011>

Ajuntament de Barcelona. (2018). *Plan de Salut mental de Barcelona 2016-2022*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Recuperado de <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documents/pla-salut-mental-2016-2022-es.pdf>

Albacar Riobóo, N. (2014). *Atenció d'infermeria a la cuidadora principal de persones amb esquizofrènia: Valoració dels requisits d'autocura i de la salut mental positiva* (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. Recuperado de <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/294732/Tesi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Aleman, A., Agrawal, N., Morgan, K. D., y David, A. S. (2006). Insight in psychosis and neuropsychological function: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 189(3), 204-212. <https://doi.org/10.1192/bjp.189.3.204>

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... Vollebergh, W. A. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 109(s420), 21–27. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>

Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Angermeyer, M., Bernert, S., ... Bruffaerts, R. (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11(2), 55–67. <https://doi.org/10.1002/mpr.123>

Álvarez-Jiménez, M., Parker, A. G., Hetrick, S. E., McGorry, P. D., y Gleeson, J. F. (2011). Preventing the Second Episode: A Systematic Review and Meta-analysis of Psychosocial and Pharmacological Trials in First-Episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 619-630. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp129>

- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Garrido, M., Galván, G., Casares, M. J., Bobes-Bascarán, M. T., ... Bobes, J. (2016). Psychometric properties of a Spanish-version of the Schizophrenia Objective Functioning Instrument (Sp-SOFI). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 58-75. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.07.004>
- Amador, X. F., y David, A. S. (1998). *Insight and psychosis*. Nueva York: Oxford University Press.
- Amador, X. F., y Gorman, J. M. (1998). Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 21(1), 27-42. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70359-2](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70359-2)
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaum, M. M., Endicott, J., y Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 150(6), 873-879. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.6.873>
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Andresen, R., Caputi, P., y Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12), 972-980. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x>
- Andrew, A., Knapp, M., McCrone, P., Parsonage, M., y Trachtenberg, M. (2012). *Effective Interventions in schizofrenia: the economic case*. London: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

- Arango, C. (2015). First-Episode Psychosis Research: Time to Move Forward (by Looking Backwards). *Schizophrenia Bulletin*, 41(6), 1205-1206. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv126>
- Arango, C., Crespo-Facorro, B., Cuesta, M., González-Pinto, A., Lalucat, L., y Sanjuan, J. (2018). *Libro Blanco de la Intervención Temprana en Psicosis en España*. Movimiento Rethinking. Recuperado de [http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/Libro%20blanco%20de%20la%20Intervenci%C3%B3n%20Temprana%20en%20Espa%C3%B1a%20\(2018\).pdf](http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/Libro%20blanco%20de%20la%20Intervenci%C3%B3n%20Temprana%20en%20Espa%C3%B1a%20(2018).pdf)
- Argyle, M. (1993). Psicología y calidad de vida. *Intervención Psicosocial*, 2(6), 5-15.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2009). *Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2009*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado de <http://www.aen.es/web/docs/CTecnicos10.pdf>
- Auquier, P., Lançon, C., Rouillon, F., y Lader, M. (2007). Mortality in schizophrenia. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 16(12), 1308–1312. <https://doi.org/10.1002/pds.1496>
- Australian Health Ministers' Advisory Council. (2013). *A National framework for recovery-oriented mental health services: Policy and theory*. Australia: Australian Health Ministers' Advisory Council. Recuperado de [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/51A6107C8A3B0187CA2582E4007A5591/\\$File/recovpol.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/51A6107C8A3B0187CA2582E4007A5591/$File/recovpol.pdf)
- Ayesa-Arriola, R., Moríñigo, J. D. L., David, A. S., Pérez-Iglesias, R., Rodríguez-Sánchez, J. M., y Crespo-Facorro, B. (2014). Lack of insight 3 years after first-episode psychosis: An unchangeable illness trait determined from first presentation? *Schizophrenia Research*, 157(1-3), 271-277. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.05.011>
- Ayuso-Mateos, J. L., Gutierrez-Recacha, P., Haro, J. M., y Chisholm, D. (2006). Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease

- model. *Schizophrenia Research*, 86(1-3), 194-201. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.06.003>
- Ballon, J., y Stroup, T. S. (2013). Polypharmacy for schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(2), 208-213. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835d9efb>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Barker, P., y Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A guide for mental health professionals*. London: Brunner-Routledge. Recuperado de <http://193.137.135.181/BiblioNET/Upload/Tidal%20Model.pdf>
- Barker, P., y Buchanan-Barker, P. (2010). The Tidal Model of Mental Health Recovery and Reclamation: Application in Acute Care Settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 171-180. <https://doi.org/10.3109/01612840903276696>
- Barrera Guzmán, M., y Flores Galaz, M. M. (2015). Construcción de una Escala de Salud Mental Positiva par Adultos en Población Mexicana. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 39(1), 22-33.
- Batista-Foguet, J. M. y Coenders, G. (2000). *Modelos de ecuaciones estructurales*. Madrid: La Muralla.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., y Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., y Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68(2-3), 319-329. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00189-0](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00189-0)

- Belvederi Murri, M., Amore, M., Calcagno, P., Respino, M., Marozzi, V., Masotti, M., ... Maj, M. (2016). The "Insight Paradox" in Schizophrenia: Magnitude, Moderators and Mediators of the Association Between Insight and Depression. *Schizophrenia Bulletin*, 42(5), 1225-1233. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw040>
- Bentler, P. M., y Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.88.3.588>
- Bergsma, A., Veenhoven, R., ten Have, M., y de Graaf, R. (2011). Do They Know How Happy They Are? On the Value of Self-Rated Happiness of People With a Mental Disorder. *Journal of Happiness Studies*, 12(5), 793-806. <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9227-5>
- Bernardo, M., Cañas, F., Herrera, B., y García-Dorado, M. (2017). Adherence predicts symptomatic and psychosocial remission in schizophrenia: Naturalistic study of patient integration in the community. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 10(3), 149-159. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2017.05.008>
- Berrios, G. E. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales: La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertolote, J., y McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *British Journal of Psychiatry*, 187(S48), s116-s119. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.48.s116>
- Bhullar, G., Norman, R. M. G., Klar, N., y Anderson, K. K. (2018). Untreated illness and recovery in clients of an early psychosis intervention program: a 10-year prospective cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(2), 171-182. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1464-z>
- Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., Macmillan, F., y Slade, M. (1994). A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity

- to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(1), 62-67. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb01487.x>
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., y Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(1), 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *The American Psychologist*, 36(2), 129-148.
- Brim, O. G., Ryff, C. D., y Kessler, R. C. (2004). *How Healthy Are We? A National Study of Well-Being at Midlife*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Broncano-Bolzoni, M., González-Carrasco, M., Lluch Canut, M. T., y Cerdán-Magro, M. (2013, marzo). *Características de salud mental positiva en personas con trastorno mental*. Comunicación presentada en el XXX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, Sevilla, España.
- Broncano-Bolzoni, M., González-Carrasco, M., Lluch Canut, M. T., y Gelabert-Vilella, S. (2013). *L'insight, la seva relació amb la salut mental positiva i el benestar personal en persones amb trastorn mental*. Comunicación presentada en la Jornada Científica Internacional, Barcelona, España.
- Brown, W., y Kandirikirira, N. (2007). *Recovering Mental Health in Scotland. Report on narrative investigation of mental health recovery*. Glasgow: Scottish Recovery Network. Recuperado de <https://lx.iriss.org.uk/sites/default/files/resources/BROWN%20and-%20KANDIRIKIRIRA%202007%20Recovering%20Mental%20Health%20in%20Scotland.%20Report.pdf>
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., y Castle, D. J. (2009). Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 383-402. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn135>

- Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T., y Rosen, A. (2011). Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 267-280. <http://doi.org/10.3109/00048674.2010.549996>
- Campbell, A., Converse, P. E., y Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. Nova York: Rusell Sage.
- Camprubi, N., Almela, A., y Garre-Olmo, J. (2008). Psychometric properties of the Spanish validation of the Insight Scale. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 36(6), 323-330.
- Canadian Institute for Health Information. (2009). *Improving the Health of Canadians 2009. Exploring Positive Mental Health*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information. Recuperado de [http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/pdf/internet/improving\\_health\\_canadians\\_en](http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/pdf/internet/improving_health_canadians_en)
- Canadian Institute for Health Information. (2011). *Recognizing and Exploring Positive Mental Health. Policy Dialogue: Synthesis and Analysis*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information. Recuperado de [https://secure.cihi.ca/free\\_products/recognizing\\_exploring\\_positive\\_mental\\_health\\_en.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/recognizing_exploring_positive_mental_health_en.pdf)
- Canadian Mental Health Association. (2003). *Recovery rediscovered: Implications for the Ontario mental health system*. Ontario: Canadian Mental Health Association.
- Cano, J. F., Fierro-Urresta, M., Vanegas, C. R., Alzate, M., Olarte, A., Cendales, R., y Córdoba, R. N. (2007). Factores Pronósticos de Esquizofrenia en Primer Episodio Psicótico. *Revista de salud pública*, 9(3), 455-464.
- Carmona Calvo, J., García-Cubillano de la Cruz, P., Millán Carrasco, A., Huizing, E., Fernández Regidor, G., Rojo Villalba, M., y Aguilera Prieto, L. (2016). *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020*. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Recuperado de [http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/2016/III\\_plan\\_salud\\_mental.pdf](http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/2016/III_plan_salud_mental.pdf)

- Carr, A. (2012). Positive mental health: A research agenda. *World Psychiatry*, 11(2), 100. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.016>
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., y Sanz Rubiales, A. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63-72. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272011000100007>
- Casas, F. (1989). *Técnicas de investigación social: Los indicadores sociales y psicosociales. Teoría y práctica*. Barcelona: PPU.
- Casas, F. (1996). *Bienestar social. Una introducción psicosociológica*. Barcelona: PPU.
- Casas, F. (2010). El bienestar personal: su investigación en la infancia y la adolescencia. *Encuentros en Psicología Social*, 5(1), 85-101.
- Casas, F. (2015). Bienestar material y bienestar subjetivo. En G. Castro (Ed.) *El bienestar, una conversación actual de la humanidad* (p. 17-34). Barcelona: Icaria editorial.
- Casas, F., Coenders, G., Cummins, R. A., González, M., Figuer, C., y Malo, S. (2008). Does subjective well-being show a relationship between parents and their children?. *Journal of Happiness Studies*, 9(2), 197–205. <https://doi.org/10.1007/s10902-007-9044-7>
- Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J. R. y Pereira Candel, J. (2001). Medidas de calidad de vida relacionadas con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Medicina Clínica*, 116(20), 788-96.
- Cattell, R. B. (1966). The Scree Test For The Number Of Factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1(2), 245-276. [https://doi.org/10.1207/s15327906mbr0102\\_10](https://doi.org/10.1207/s15327906mbr0102_10)
- Cavelti, M., Kvrjic, S., Beck, E. M., Kossowsky, J., y Vauth, R. (2012). Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-

report instruments. *European Psychiatry*, 27(1), 19-32. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.01.007>

Centro de Investigación Biomédica en Red. (2015). *Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia*. Madrid: Centro de Investigación Biomédica en Red. Recuperado de [https://www.ciberisciii.es/ficheros/SAM/Gu%C3%ADaPEPinfanciaAdolescencia\\_v5.0.pdf](https://www.ciberisciii.es/ficheros/SAM/Gu%C3%ADaPEPinfanciaAdolescencia_v5.0.pdf)

Chekola, M. G. (1975). *The concept of happiness* (Tesis doctoral). University of Michigan, Michigan.

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

Clark, L. A. y Watson, D. (1995). Constructing validity basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309-319. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.309>

Cleary, A., y Dowling, M. (2009). Knowledge and attitudes of mental health professionals in Ireland to the concept of recovery in mental health: a questionnaire survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 539-545. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01411.x>

Cloninger, C. R. (2012). Healthy personality development and well-being. *World Psychiatry*, 11(2), 103-104. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.019>

Collins, A. A., Remington, G. J., Coulter, K., y Birkett, K. (1997). Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 27(1), 37-44. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(97\)00075-3](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(97)00075-3)

Comisión de las Comunidades Europeas. (2005). *Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en*

*materia de salud mental*. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas. Recuperado de [https://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_es.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf)

Comunidad de Madrid. (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020*. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. Recuperado de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>

Consejería de Sanidad. Gobierno del Principado de Asturias. (2015). *Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020*. Recuperado de <https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/Plan+de+Salud+Mental+del+Principado+de+Asturias+2015+-+2020.pdf/81ec0129-5365-a96c-94cb-c541bfc618b8>

Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. (2018). *Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025*. Recuperado de [https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20180425/salud\\_mental\\_2018-2025.pdf](https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20180425/salud_mental_2018-2025.pdf)

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. (2014). *Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019*. Recuperado de <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeSaludMentalbaja.pdf>

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana. (2016a). *Atención a Primeros Episodios Psicóticos*. Recuperado de [http://www.san.gva.es/documents/156344/6716088/20161026\\_PROGRAMA+PRIMEROS+EPISODIOS+PSICÖTICOS\\_CAST.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/6716088/20161026_PROGRAMA+PRIMEROS+EPISODIOS+PSICÖTICOS_CAST.pdf)

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana. (2016b). *Estrategia Autonómica en Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016-2020*. Recuperado de <http://www.san.gva.es/documents/156344/6700482/Valenci%C3%A0->

Estrat% C3%A8gia+Auton% C3%B2mica+de+Salut+mental+2016+2020.p  
df

- Cooke, M. A., Peters, E. R., Kuipers, E., y Kumari, V. (2005). Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *112*(1), 4-17. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00537.x>
- Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., y Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, *35*(3), 231-239. <https://doi.org/10.1023/A:1018741302682>
- Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, Y., y Keck, L. (2004). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(4), 1035-1041. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007118>
- Corriveau, D. P., y Sousa, S. (2013). Levels of Recovery Scale (LORS): Psychometric Properties of a New Instrument to Assess Psychotic Symptoms and Patient Awareness. *Psychological Reports*, *113*(2), 435-440. <https://doi.org/10.2466/03.07.02.PR0.113x20z0>
- Craig, T. K. J., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Fornells-Ambrojo, M., y Dunn, G. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ*, *329*(7474), 1067. <https://doi.org/10.1136/bmj.38246.594873.7C>
- Cuesta, M. J., y Peralta, V. (1994). Lack of Insight in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *20*(2), 359-366. <https://doi.org/10.1093/schbul/20.2.359>
- Cummins, R. A. (1996). The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. *Social Indicators Research*, *38*(3), 303-328. <https://doi.org/10.1007/BF00292050>

- Cummins, R. A. (2000). Personal Income and Subjective Well-being: A Review. *Journal of Happiness Studies*, 1(2), 133-158. <https://doi.org/10.1023/A:1010079728426>
- Cummins, R. A. (2003). Normative Life Satisfaction: Measurement Issues and a Homeostatic Model. *Social Indicators Research*, 64(2), 225-256. <https://doi.org/10.1023/A:1024712527648>
- Cummins, R. A. (2010). Subjective Wellbeing, Homeostatically Protected Mood and Depression: A Synthesis. *Journal of Happiness Studies*, 11(1), 1-17. <https://doi.org/10.1007/s10902-009-9167-0>
- Cummins, R. A., y Cahill, J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. *Intervención psicosocial*, 9(2), 185-198.
- Cummins, R. A., Eckersley, R., Pallant, J., van Vugt, J., y Misajon, R. (2003). Developing a national index of subjective wellbeing: The Australian Unity Wellbeing Index. *Social Indicators Research*, 64(2), 159-190. <https://doi.org/10.1023/A:1024704320683>
- Cummins, R. A., Li, N., Wooden, M., y Stokes, M. (2014). A Demonstration of Set-Points for Subjective Wellbeing. *Journal of Happiness Studies*, 15(1), 183-206. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9444-9>
- Cummins, R. A., y Nistico, H. (2002). Maintaining Life Satisfaction: The Role of Positive Cognitive Bias. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 37-69. <https://doi.org/10.1023/A:1015678915305>
- David, A. S. (1990). Insight and Psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156(6), 798-808. <https://doi.org/10.1192/bjp.156.6.798>
- David, A. S. (1999). "To see ourselves as others see us": Aubrey Lewis's insight. *British Journal of Psychiatry*, 175(3), 210-216. <https://doi.org/10.1192/bjp.175.3.210>
- de León, P. P., Gerretsen, P., Shah, P., Saracco-Alvarez, R., Graff-Guerrero, A., y Fresán, A. (2018). Cross-cultural psychometric assessment of the

- VAGUS insight into psychosis scale – Spanish version. *Psychiatry Research*, 259, 450-454. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.046>
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- DeNeve, K. M. (1999). Happy as an Extraverted Clam?: The Role of Personality for Subjective Well-Being. *Current Directions in Psychological Science*, 8(5), 141-144. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00033>
- Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón. (2017). *Plan de Salud Mental de Aragón 2017-2021*. Recuperado de [https://www.aragon.es/documents/20127/674325/PlanSaludMental\\_Aragon\\_2017\\_2021.pdf/7efb948f-3e16-9d8e-a545-ed319043054b](https://www.aragon.es/documents/20127/674325/PlanSaludMental_Aragon_2017_2021.pdf/7efb948f-3e16-9d8e-a545-ed319043054b)
- Díaz Morales, J. F., y Sánchez-López, M. P. (2002). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercebida en diferentes áreas vitales. *Psicothema*, 14(1), 100-105.
- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J. y Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, 19(2), 286-294.
- Dickens, G., Weleminsky, J., Onifade, Y., y Sugarman, P. (2012). Recovery Star: validating user recovery. *The Psychiatrist*, 36(2), 45-50. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.111.034264>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3(8), 67-113.
- Diener, E. (2006). Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being. *Journal of Happiness Studies*, 7(4), 397-404. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9000-y>

- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Diener, E., Larsen, R. J., y Emmons, R. A. (1984). Person x situation interactions: choice of situations and congruence response models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(3), 580-592. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.47.3.580>
- Diener, E., Larsen, R. J., Levine, S., y Emmons, R. A. (1985). Intensity and frequency: dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(5), 1253-1265. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.48.5.1253>
- Dieterich, M., Irving, C. B., Bergman, H., Khokhar, M. A., Park, B., y Marshall, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007906.pub3>
- Domínguez, A. I., Marková, I. S., Berrios, G. E., y Bulbena, A. (2000). Evaluación del insight en la psicosis. En A. Bulbena, G. E. Berrios, y P. Fernández (Eds.). *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (p. 137-154). Barcelona: Masson.
- Domínguez-Martínez, T., Cristóbal-Narváez, P., Kwapil, T. R., Barrantes-Vidal, N. (2017). Características clínicas y psicosociales de pacientes con Estados Mentales de Alto Riesgo y Primeros Episodios de Psicosis de un Programa de Psicosis Incipiente en Barcelona (España). *Actas españolas de psiquiatría*, 45(4), 145-156.
- Drake, R. J., Dunn, G., Tarrier, N., Bentall, R. P., Haddock, G., y Lewis, S. W. (2007). Insight as a predictor of the outcome of first-episode nonaffective psychosis in a prospective cohort study in England. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 81-86. <https://doi.org/10.4088/JCP.v68n0111>
- Drake, R. J., Pickles, A., Bentall, R. P., Kinderman, P., Haddock, G., Tarrier, N., y Lewis, S. W. (2004). The evolution of insight, paranoia and depression

during early schizophrenia. *Psychological Medicine*, 34(2), 285-292. <https://doi.org/10.1017/S0033291703008821>

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

Drapalski, A. L., Medoff, D., Unick, G. J., Velligan, D. I., Dixon, L. B., y Bellack, A. S. (2012). Assessing recovery of people with serious mental illness: development of a new scale. *Psychiatric Services*, 63(1), 48-53. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100109>

Dupuy, H. J. (1984). The Psychological General Well-Being (PGWB) Index. En N.K. Wenger (Ed.) *Assessment of Quality of Life in clinical trials of cardiovascular therapies* (p. 170- 183). New York: Le Jaeeq.

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

Elfeddali, I., van der Feltz-Cornelis, C., van Os, J., Knappe, S., Vieta, E., Wittchen, H.-U., ... Haro, J. (2014). Horizon 2020 Priorities in Clinical Mental Health Research: Results of a Consensus-Based ROAMER Expert Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(10), 10915-10939. <https://doi.org/10.3390/ijerph111010915>

Elowe, J., y Conus, P. (2017). Much ado about everything: A literature review of insight in first episode psychosis and schizophrenia. *European Psychiatry*, 39, 73-79. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.07.007>

Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., y Cohen, J. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766-771. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770060086012>

- Erickson, M., Jaafari, N., y Lysaker, P. (2011). Insight and negative symptoms as predictors of functioning in a work setting in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 189(2), 161-165. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.06.019>
- European Commission. (2006). *Mental Well-being. Special Eurobarometer 248 / Wave 64.4*. Brussels: European Commission. Recuperado de [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_248\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_248_en.pdf)
- European Commission. (2010). *Mental Health. Special Eurobarometer 345 / Wave 73.2*. Brussels: European Commission. Recuperado de [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/ebs\\_345\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ebs_345_en.pdf)
- Fayers, P. M., y Machin, D. (2000). *Quality of Life: Assessment, Analysis and Interpretation*. London: John Wiley & Sons.
- Fervaha, G., Agid, O., Takeuchi, H., Foussias, G., y Remington, G. (2016). Life satisfaction and happiness among young adults with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 242, 174-179. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.046>
- Fierro, A. y Cardenal. V. (1996). Dimensiones de personalidad y satisfacción personal. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49(1), 65-82.
- Fordyce, M. W. (1977). Development of a program to increase personal happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 24(6), 511-521. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.24.6.511>
- Fordyce, M. W. (1988). A review of research on the happiness measures: A sixty second index of happiness and mental health. *Social Indicators Research*, 20(4), 355-381. <https://doi.org/10.1007/BF00302333>
- Gaite, L., Vázquez-Barquero, J. L., Herrán, A., Thornicroft, G., Becker, T., Sierra-Biddle, D., ... Vázquez-Bourgon, J. (2005). Main determinants of Global Assessment of Functioning score in schizophrenia: A European multicenter study. *Comprehensive Psychiatry*, 46(6), 440-446. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.03.006>

- García Martín, M. A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*, 6, 18-39.
- García-Cabeza, I., Díaz-Caneja, C. M., Ovejero, M., y de Portugal, E. (2018). Adherence, insight and disability in paranoid schizophrenia. *Psychiatry Research*, 270, 274-280. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.021>
- García-Herrera Pérez Bryan, J. M., Hurtado Lara, M. M., Nogueras Morillas, E. V., Quemada González, C., Rivas Guerrero, J.F., Gálvez Alcaraz, L., Bordallo Aragón, A. y Morales Asencio, J. M. (2016). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia. Manejo de Atención Primaria y en Salud Mental*. Málaga: Hospital Regional de Málaga. Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <https://www.consaludmental.org/publicaciones/gpc-tratamiento-psicosis-esquizofrenia.pdf>
- Garety, P. A., Craig, T. K. J., Dunn, G., Fornells-Ambrojo, M., Colbert, S., Rahaman, N., ... Power, P. (2006). Specialised care for early psychosis: Symptoms, social functioning and patient satisfaction: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188(1), 37-45. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.104.007286>
- Generalitat de Catalunya. (2017). *Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Estratègia 2017-2019*. Recuperado de [http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans\\_sectorials\\_i\\_interdepartamentals/pla\\_integral\\_trastorn\\_mental\\_addiccions/docs/estrategia\\_2017\\_2019.pdf](http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/pla_integral_trastorn_mental_addiccions/docs/estrategia_2017_2019.pdf)
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2006). *Pla director de salut mental i addiccions*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/PlandirectorsaludmentalCatalunyacatalan.pdf>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2011). *Guia de desenvolupament del programa d'atenció específica a les persones amb*

*trastorns psicòtics incipients del Pla director de salut mental i addiccions*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Recuperado de [https://media-edg.barcelona.cat/wp-content/uploads/2014/09/guia\\_pae\\_tpi\\_salutmental\\_2011.pdf](https://media-edg.barcelona.cat/wp-content/uploads/2014/09/guia_pae_tpi_salutmental_2011.pdf)

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2017a). *Memòria del Programa d'atenció específica a les persones amb trastorn psicòtic incipient del Pla Director de Salut Mental i Addiccions 2007-2016*. Recuperado de [http://salutintegralbcn.gencat.cat/web/.content/30\\_ambits/salut-mental-addiccions/memoria\\_programa\\_atencio\\_especifica.pdf](http://salutintegralbcn.gencat.cat/web/.content/30_ambits/salut-mental-addiccions/memoria_programa_atencio_especifica.pdf)

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2017b). *Pla director de salut mental i addiccions. Estratègies 2017-2020*. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut. Recuperado de [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Salut-mental-addiccions/Linies-estrategiques/estrategies2017\\_2020.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Salut-mental-addiccions/Linies-estrategiques/estrategies2017_2020.pdf)

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2018). *Consens per a la millora de l'atenció a les persones amb Trastorn Psicòtic Incipient*. Barcelona: Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Direcció General de Planificació en Salut. Recuperado de [http://salutintegralbcn.gencat.cat/web/.content/30\\_ambits/salut-mental-addiccions/Consens-PAE-TPI-DEFINITIU.pdf](http://salutintegralbcn.gencat.cat/web/.content/30_ambits/salut-mental-addiccions/Consens-PAE-TPI-DEFINITIU.pdf)

Gerretsen, P., Remington, G., Borlido, C., Quilty, L., Hassan, S., Polsinelli, G., ... Graff-Guerrero, A. (2014). The VAGUS insight into psychosis scale – Self-report and clinician-rated versions. *Psychiatry Research*, 220(3), 1084-1089. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.005>

Ghaemi, S. N., y Pope, H. G. (1994). Lack of insight in psychotic and affective disorders: A review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 2(1), 22-33.

- Gobierno de la Rioja. (2018). *III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja*. Recuperado de <https://ckan.larioja.org/dataset/c5105e59-433b-4a6d-ac84-3781df78c0c5/resource/31b7b11e-bbfc-4b74-993f-95af2da16cb1/download/version-def-iii-plan-estrategico-de-salud-mental-2016-2020.pdf>
- González de Haro, M. D. (2006). *La salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas* (Tesis Doctoral). Universidad de Huelva. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/4343/b1437626x.pdf>
- Gordon, S. E., Ellis, P. M., Siegert, R. J., y Walkey, F. H. (2013). Development of a Self-Assessed Consumer Recovery Outcome Measure: My Voice, My Life. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 40(3), 199-210. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0417-9>
- Green, C. A. (2004). Fostering Recovery from Life-Transforming Mental Health Disorders: A Synthesis and Model. *Social Theory & Health*, 2(4), 293-314. <https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700036>
- Greenfeld, D., Strauss, J. S., Bowers, M. B., y Mandelkern, M. (1989). Insight and Interpretation of Illness in Recovery From Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 245-252. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.245>
- Gutiérrez-Zotes, J. A., Valero, J., Cortés, M. J., Labad, A., Ochoa, S., Ahuir, M., ... Salamero, M. (2012). Spanish adaptation of the Beck Cognitive Insight Scale (BCIS) for schizophrenia. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 40(1), 2-9.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., y Black, W. C. (2005). *Análisis multivariante*. Madrid: Pearson.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., y Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *The*

*American Journal of Psychiatry*, 144(6), 718-726. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.6.718>

Harding, S. D. (1982). Psychological well-being in great Britain: An evaluation of the Bradburn Affect Balance Scale. *Personality and Individual Differences*, 3(2), 167-175. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(82\)90031-9](https://doi.org/10.1016/0191-8869(82)90031-9)

Haro, J. M., Ayuso-Mateos, J. L., Bitter, I., Demotes-Mainard, J., Leboyer, M., Lewis, S. W., ... Walker-Tilley, T. (2014). ROAMER: Roadmap for mental health research in Europe: ROAMER: roadmap for mental health research. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(S1), 1-14. <https://doi.org/10.1002/mpr.1406>

Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... el Grupo ESEeD-España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451.

Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., Roe, D., David, A. S., y Weiser, M. (2006). Insight into psychosis and quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47(4), 265-269. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.08.006>

Headey, B. y Wearing, A. (1992). *Understanding Happiness: A theory of subjective well-being*. Australia: Longman Cheshire.

Hegarty, J. D., Baldessarini, R. J., Tohen, M., Waternaux, C., y Oepen, G. (1994). One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *The American Journal of Psychiatry*, 151(10), 1409-1416. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.10.1409>

Henriksen, M. G., y Parnas, J. (2014). Self-disorders and Schizophrenia: A Phenomenological Reappraisal of Poor Insight and Noncompliance. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 542-547. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt087>

- Hills, P., y Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33(7), 1073-1082. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00213-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00213-6)
- Hochstrasser, L., Borgwardt, S., Lambert, M., Schimmelmann, B. G., Lang, U. E., Stieglitz, R.-D., y Huber, C. G. (2018). The association of psychopathology with concurrent level of functioning and subjective well-being in persons with schizophrenia spectrum disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(5), 455-459. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0780-3>
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30(2), 179-185. <https://doi.org/10.1007/BF02289447>
- Hu, L., y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hurtado-Pardos, B. (2018). *Niveles de exposición a factores de riesgo psicosocial y la salud mental positiva en docentes universitarios de Enfermería de Cataluña* (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona. Recuperado de [https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/403710/BHR\\_TESIS.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/403710/BHR_TESIS.pdf?sequence=6&isAllowed=y)
- Hurtado-Pardos, B., Moreno-Arroyo, C., Casas, I., Lluch Canut, T., Lleixà-Fortuño, M., Farrés-Tarafa, M., y Roldán-Merino, J. (2017). Positive Mental Health and Prevalence of Psychological Ill-Being in University Nursing Professors in Catalonia, Spain. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(7), 38-48. <https://doi.org/10.3928/02793695-20170619-06>

- Iasiello, M., van Agteren, J., Keyes, C. L. M., y Cochrane, E. M. (2019). Positive mental health as a predictor of recovery from mental illness. *Journal of Affective Disorders*, 251, 227-230. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.065>
- Instituto Nacional de Estadística. (2014). *Encuesta de Condiciones de Vida 2013. Módulo de Bienestar*. Recuperado de <https://www.ine.es/prensa/np850.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2019a). *Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Año 2018 Módulo sobre Bienestar*. Recuperado de [http://www.ine.es/prensa/ecv\\_2018\\_m.pdf](http://www.ine.es/prensa/ecv_2018_m.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística. (2019b). *Encuesta Europea de Salud en España 2009. Estados de Salud: Cifras absolutas. Salud mental positiva según sexo y grupo de edad. Media y desviación típica, población de 16 y más años*. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p420/a2009/p01/l0/&file=03007.px>
- International Wellbeing Group. (2013). *Personal Wellbeing Index (5th Edition)*. Melbourne, Australian Centre on Quality of Life, Deakin University. Recuperado de <http://www.acqol.com.au/uploads/pwi-a/pwi-a-english.pdf>
- Jaaskelainen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., ... Miettunen, J. (2013). A Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1296-1306. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs130>
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J. E., ... Bertelsen, A. (1992). Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine. Monograph Supplement*, 20, 1-97. <https://doi.org/10.1017/s0264180100000904>

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.

Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 67-77.

Jané-Llopis, E., y Anderson, P. (2005). *Mental health promotion and mental disorder prevention: a policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen. Recuperado de [https://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_projects/2002/promotion/fp\\_promotion\\_2002\\_a01\\_16\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a01_16_en.pdf)

Johnson, S., y Orrell, M. (1995). Insight and psychosis: A social perspective. *Psychological Medicine*, 25(3), 515-520. <https://doi.org/10.1017/S0033291700033432>

Jongsma, H. E., Gayer-Anderson, C., Lasalvia, A., Quattrone, D., Mulè, A., Szöke, A., ... for the European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions Work Package 2 (EU-GEI WP2) Group. (2018). Treated Incidence of Psychotic Disorders in the Multinational EU-GEI Study. *JAMA Psychiatry*, 75(1), 36. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3554>

Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31-36. <https://doi.org/10.1007/BF02291575>

Kane, J. M., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Mueser, K. T., Penn, D. L., Rosenheck, R. A., ... Heinssen, R. K. (2016). Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program. *American Journal of Psychiatry*, 173(4), 362-372. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15050632>

Karlsson, H. (2012). Problems in the definitions of positive mental health. *World Psychiatry*, 11(2), 106-107. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.022>

- Karow, A., Moritz, S., Lambert, M., Schöttle, D., y Naber, D. (2012). Remitted but still impaired? Symptomatic versus functional remission in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 27(6), 401-405. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.01.012>
- Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: Challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*, 5(3), 139-145.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., y Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Kemp, R., y David, A. S. (1997). Insight and compliance. En B. Blackwell (Ed.), *Treatment compliance and the therapeutic Alliance in serious mental illness* (p. 61–86). The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., y Simoes, E. J. (2010). Change in Level of Positive Mental Health as a Predictor of Future Risk of Mental Illness. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366-2371. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.192245>
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., y Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social*

*Psychology*, 82(6), 1007-1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>

Keyes, C. L. M., y Simoes, E. J. (2012). To Flourish or Not: Positive Mental Health and All-Cause Mortality. *American Journal of Public Health*, 102(11), 2164-2172. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300918>

Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., y van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum–short form (MHC–SF) in setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181-192. <https://doi.org/10.1002/cpp.572>

Khanam, D., McDonald, K., y Williams Neils, C. (2013). Measuring Recovery: A Toolkit for Mental Health Providers in New York City. New York: NYC Department of Health and Mental Hygiene. Recuperado de <https://facesandvoicesofrecovery.org/wp-content/uploads/2019/06/Measuring-Recovery-A-Toolkit-for-Mental-Health-Providers-in-New-York-City.pdf>

Kiran, C., y Chaudhury, S. (2016). Prevalence of comorbid anxiety disorders in schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*, 25(1), 35. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.196045>

Kirkbride, J. B., Errazuriz, A., Croudace, T. J., Morgan, C., Jackson, D., Boydell, J., ... Jones, P. B. (2012). Incidence of Schizophrenia and Other Psychoses in England, 1950–2009: A Systematic Review and Meta-Analyses. *PLoS ONE*, 7(3), e31660. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031660>

Klaas, H. S., Clémence, A., Marion-Veyron, R., Antonietti, J.-P., Alameda, L., Golay, P., y Conus, P. (2017). Insight as a social identity process in the evolution of psychosocial functioning in the early phase of psychosis. *Psychological Medicine*, 47(4), 718-729. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002506>

Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., y Thornicroft, G. (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe: The future direction of mental health*

- care. England: McGraw-Hill. Recuperado de [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/96451/E89814.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/96451/E89814.pdf)
- Kovess-Masfety, V., Murray, M., y Gureje, O. (2005). Evolution of our understanding of positive mental health. En Herrman, H., Saxena, S., y Moodie, R. (Eds.), *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice* (p. 56-66). Geneva: World Health Organization. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf)
- Kozma, A., Stone, S., y Stones, M. J. (1997). Los enfoques de top-down y bottom-up del bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 6(1), 77-90.
- Kurtz, M. M., y Tolman, A. (2011). Neurocognition, insight into illness and subjective quality-of-life in schizophrenia: What is their relationship? *Schizophrenia Research*, 127(1-3), 157-162. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.12.004>
- Lally, S. J. (1989). Does Being in Here Mean There Is Something Wrong With Me? *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 253-265. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.253>
- Lally, J., Ajnakina, O., Stubbs, B., Cullinane, M., Murphy, K. C., Gaughran, F., y Murray, R. M. (2017). Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *British Journal of Psychiatry*, 211(6), 350-358. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.201475>
- Lanchipa, A., y López, L. (2016). Factores personales asociados a la salud mental positiva en una muestra de estudiantes de formación pedagógica universitaria. *Revista de Psicología*, 18(1), 35-43. <https://doi.org/10.18050/revpsi.v18n1a3.2016>
- Laursen, T. M., Nordentoft, M., y Mortensen, P. B. (2014). Excess Early Mortality in Schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 425-448. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657>

- Law, H., Neil, S. T., Dunn, G., y Morrison, A. P. (2014). Psychometric properties of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR). *Schizophrenia Research*, 156(2-3), 184-189. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.04.011>
- Lehtinen, V., Sohlman, B., y Kovess-Masfety, V. (2005). Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-9>
- Lemos-Giráldez, S., García-Alvarez, L., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., Vallina-Fernández, O., Vallejo-Seco, G., ... Andresen, R. (2015). Measuring stages of recovery from psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 51-58. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.021>
- Lewis, A. (1934). The psychopathology of insight. *British Journal of Medical Psychology*, 14(4), 332-348. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1934.tb01129.x>
- Liberalesso, A. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 55-74.
- Lien, Y. J., Chang, H. A., Kao, Y. C., Tzeng, N. S., Lu, C. W., y Loh, C. H. (2018). Insight, self-stigma and psychosocial outcomes in Schizophrenia: A structural equation modelling approach. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), 176-185. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000950>
- Lincoln, T. M., Lullmann, E., y Rief, W. (2007). Correlates and Long-Term Consequences of Poor Insight in Patients With Schizophrenia. A Systematic Review. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1324-1342. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm002>
- Lloyd, C., Waghorn, G., y Williams, P. L. (2008). Conceptualising Recovery in Mental Health Rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(8), 321-328. <https://doi.org/10.1177/030802260807100804>

- Lluch Canut, M. T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona. Recuperado de [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42359/1/E\\_TESIS.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42359/1/E_TESIS.pdf)
- Lluch Canut, M. T. (2002). Promoción de la salud mental: Cuidarse para cuidar mejor. *Matronas Profesión*, (7), 10-14.
- Lluch Canut, M. T. (2003). Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. *Psicología Conductual=Behavioral Psychology: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, (1), 61-78.
- Lluch Canut M. T. (2008). Concepto de salud mental positiva: factores relacionados. En: J. Fornes Vives y J. Gomez Salgado (Eds.), *Recursos y programas para la salud mental. Enfermería Psicosocial II* (p. 37-69). Madrid: Fuden.
- Lluch Canut, M. T. (2011). Decalogue of Positive Mental Health. Digital Print of the University of Barcelona. Recuperado de [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20062/11/Decalogo\\_Salud\\_Mental\\_Positiva\\_trilingue.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20062/11/Decalogo_Salud_Mental_Positiva_trilingue.pdf)
- Lluch Canut, M. T., Puig-Llobet, M., Sánchez-Ortega, A., Roldán-Merino, J., Ferré-Grau, C., y Positive Mental Health Research Group. (2013). Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*, 13, 928. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-928>
- Lukat, J., Margraf, J., Lutz, R., van der Veld, W. M., y Becker, E. S. (2016). Psychometric properties of the Positive Mental Health Scale (PMH-scale). *BMC Psychology*, 4(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0111-x>
- Luszczoski, K. D., Olmos-Gallo, P. A., McKinney, C. J., Starks, R., y Huff, S. (2014). Measuring Recovery Related Outcomes: A Psychometric

Investigation of the Recovery Markers Inventory. *Community Mental Health Journal*, 50(8), 896-902. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9728-5>

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

Lysaker, P. H., Bryson, G. J., y Bell, M. D. (2002). Insight and work performance in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(3), 142-146.

Lysaker, P. H., Bryson, G. J., Lancaster, R. S., Evans, J. D., y Bell, M. D. (2003). Insight in schizophrenia: Associations with executive function and coping style. *Schizophrenia Research*, 59(1), 41-47. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00383-8](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00383-8)

Lysaker, P. H., Pattison, M. L., Leonhardt, B. L., Phelps, S., y Vohs, J. L. (2018). Insight in schizophrenia spectrum disorders: Relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments: World Psychiatry. *World Psychiatry*, 17(1), 12-23. <https://doi.org/10.1002/wps.20508>

Lysaker, P. H., Roe, D., y Yanos, P. T. (2006). Toward Understanding the Insight Paradox: Internalized Stigma Moderates the Association Between Insight and Social Functioning, Hope, and Self-esteem Among People with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192-199. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl016>

Lysaker, P. H., Vohs, J., Hillis, J. D., Kukla, M., Popolo, R., Salvatore, G., y Dimaggio, G. (2013). Poor insight into schizophrenia: Contributing factors, consequences and emerging treatment approaches. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(7), 785-793. <https://doi.org/10.1586/14737175.2013.811150>

- Lyubomirsky, S., y Lepper, H. S. (1999). A Measure of Subjective Happiness: Preliminary Reliability and Construct Validation. *Social Indicators Research*, 46(2), 137-155. <https://doi.org/10.1023/A:1006824100041>
- Mallard, A. G., Lance, C. E. y Michalos, A. C. (1997). Culture as a Moderator of Overall Life Satisfaction: Life Facet Satisfaction Relationships. *Social Indicators Research*, 40(3), 259-284.
- Mantas Jiménez, S. (2017). Sentido de coherencia, resiliencia y salud mental positiva en los profesionales del sistema de emergencias médicas (Tesis doctoral). Universitat de Girona, Girona. Recuperado de <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/406045/tsmj20170606.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Mantas Jiménez, S., Juvinyà i Canal, D., Bertran i Noguera, C., Roldán Merino, J. F., Sequeira, C., y Lluch Canut, M. T. (2015). Evaluación de la Salud Mental Positiva y sentido de coherencia en profesionales de la salud mental. *Revista portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), 34-42.
- Marková, I. S., y Berrios, G. E. (1992a). The Meaning of Insight in Clinical Psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 160(6), 850-860. <https://doi.org/10.1192/bjp.160.6.850>
- Marková, I. S., y Berrios, G. E. (1992b). The assessment of insight in clinical psychiatry: A new scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(2), 159-164. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb03245.x>
- Marková, I. S., y Berrios, G. E. (1995a). Insight in clinical psychiatry revisited. *Comprehensive Psychiatry*, 36(5), 367-376. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(95\)90118-3](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(95)90118-3)
- Marková, I. S., y Berrios, G. E. (1995b). Insight in clinical psychiatry. A new model. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(12), 743-751. <https://doi.org/10.1097/00005053-199512000-00003>

- Marková, I. S., Roberts, K. H., Gallagher, C., Boos, H., McKenna, P. J., y Berrios, G. E. (2003). Assessment of insight in psychosis: A re-standardization of a new scale. *Psychiatry Research*, 119(1-2), 81-88. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(03\)00101-X](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(03)00101-X)
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., y Croudace, T. (2005). Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients: A Systematic Review. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 975. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.975>
- Martín Morgado, B., Torres Solís, I., Casado Rabasot, M. P., López Rodríguez, M. I., Rodríguez Pérez, B., y Torres Cortés, R. (2017). *III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020*. Mérida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Servicio Extremeño de Salud. Recuperado de [https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded\\_files/PLAN\\_SALUD\\_MENTAL\\_2016\\_2020.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/PLAN_SALUD_MENTAL_2016_2020.pdf)
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Mathers, C. D., y Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), e442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
- McDaid, D., Park, A., Lemmi, V., Adelaja, B., y Knapp, M. (2016). *Growth in the use of early intervention for psychosis services: an opportunity to promote recovery amid concerns on health care sustainability*. London: Personal Social Services Research Unit. Recuperado de [http://eprints.lse.ac.uk/65630/1/\\_\\_lse.ac.uk\\_storage\\_LIBRARY\\_Secondary\\_libfile\\_shared\\_repository\\_Content\\_PSSRU\\_Growth%20in%20the%20use%20of%20early%20intervention\\_2016.pdf](http://eprints.lse.ac.uk/65630/1/__lse.ac.uk_storage_LIBRARY_Secondary_libfile_shared_repository_Content_PSSRU_Growth%20in%20the%20use%20of%20early%20intervention_2016.pdf)
- McEvoy, J. P., Applebaum, P. S., Apperson, L. J., Geller, J. L., y Freter, S. (1989). Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight. *Comprehensive Psychiatry*, 30(1), 13-17.

- McGlashan, T. H. (1999). Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: Marker or determinant of course? *Biological Psychiatry*, 46(7), 899-907. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00084-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00084-0)
- McGorry, P. D. (1995). Psychoeducation in First-Episode Psychosis: A Therapeutic Process. *Psychiatry*, 58(4), 313-328. <https://doi.org/10.1080/00332747.1995.11024736>
- McGorry, P. D., y McConville, S. B. (1999). Insight in psychosis: An elusive target. *Comprehensive Psychiatry*, 40(2), 131-142. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90117-7](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90117-7)
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., y Welham, J. (2008). Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 67-76. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn001>
- Meadow, H. L., Mentzer, J. T., Rahtz, D. R., y Sirgy, M. J. (1992). A life satisfaction measure based on judgment theory. *Social Indicators Research*, 26(1), 23-59. <https://doi.org/10.1007/BF00303824>
- Medalia, A., y Thysen, J. (2008). Insight Into Neurocognitive Dysfunction in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1221-1230. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm144>
- Meltzer, H. (2003). Development of common instruments for mental health. En Norsikov, A., y Gudex, C. (Eds.), *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys* (p. 35-60). Amsterdam: IOS Press.
- Menezes, N. M., Arenovich, T., y Zipursky, R. B. (2006). A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. *Psychological Medicine*, 36(10), 1349-1362. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007951>
- Mental Health Commission. (2008). *A recovery approach within the Irish mental health services*. Dublin: Mental Health Commission. Recuperado de <https://www.mhcirl.ie/File/framedevarecov.pdf>

Michalos, A. C. (1985). Multiple discrepancies theory (MDT). *Social Indicators Research*, 16, 347-413.

Michalos, A. C. (1995). Introducción a la teoría de las Discrepancias Múltiples (TDM). *Intervención Psicosocial*, 4(11), 101-115.

Miguel Ruiz, MD. (2014). *Valoración de la Salud Mental Positiva y de los Requisitos de Autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de Esquizofrenia, según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona. Recuperado de [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/56453/1/MDMR\\_TESIS.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/56453/1/MDMR_TESIS.pdf)

Mingote, J. C., del Pino, P., Huidobro, A., Gutiérrez, D., de Miguel, I. y Gálvez M. (2007). El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo*, 52(208), 29-52.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011a). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Centro de Publicaciones. Recuperado de [http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/salud\\_mental/SaludMental2009-2013.pdf](http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/salud_mental/SaludMental2009-2013.pdf)

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011b). Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. BOE núm. 123, pp 51802-51822. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/o/2011/05/11/spi1356/dof/spa/pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones. Recuperado de [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)

- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Recuperado de [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_495\\_Esquizofr\\_compl\\_cast\\_2009.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf)
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010a). *Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social Centro de Publicaciones. Recuperado de [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Resumen\\_Evaluacion.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Resumen_Evaluacion.pdf)
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010b). Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. BOE núm. 157, pp 57217-57250. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2010/06/29/pdfs/BOE-A-2010-10364.pdf>
- Mintz, A. R., Addington, J., y Addington, D. (2004). Insight in early psychosis: A 1-year follow-up. *Schizophrenia Research*, 67(2-3), 213-217. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00047-1](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00047-1)
- Misdrahi, D., Denard, S., Swendsen, J., Jaussent, I., y Courtet, P. (2014). Depression in schizophrenia: The influence of the different dimensions of insight. *Psychiatry Research*, 216(1), 12-16. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.039>
- Monger, B., Hardie, S. M., Ion, R., Cumming, J., y Henderson, N. (2013). The Individual Recovery Outcomes Counter: preliminary validation of a personal recovery measure. *The Psychiatrist*, 37(7), 221-227. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.112.041889>
- Moore, O., Cassidy, E., Carr, A., y O'Callaghan, E. (1999). Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in

schizophrenia. *European Psychiatry*, 14(5), 264-269.  
[https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(99\)00172-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(99)00172-8)

Morales i Lorenzo, N. (2013). *Detección precoz en los trastornos psicóticos: Una comparación de las características sociodemográficas y clínicas entre dos grupos diagnósticos clínicamente diferenciados* (Tesis doctoral). Universidad Ramon Llull, Barcelona. Recuperado de <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/129625/Tesi%20Doctoral%20Noem%C3%AD%20Morales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Moreno-Küstner, B., Martín, C., y Pastor, L. (2018). Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PLOS ONE*, 13(4), e0195687. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195687>

Moyano Díaz, E., y Ramos Alvarado, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum (Talca)*, 22(2), 184-200. <https://doi.org/10.4067/S0718-23762007000200012>

Mroczek, D. K. (2004). Positive and negative affect at midlife. En Brim, O.G., Ryff, C.D., y Kessler, R.C. (Eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife* (p.205-226). Chicago: The University of Chicago Press.

Murray, C. J., Richards, M. A., Newton, J. N., Fenton, K. A., Anderson, H. R., Atkinson, C., ... Davis, A. (2013). UK health performance: Findings of the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 381(9871), 997-1020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60355-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60355-4)

Myers, D. G., y Diener, E. (1995). Who Is Happy? *Psychological Science*, 6(1), 10-19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1995.tb00298.x>

Naber, D. (1995). A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. *International Clinical Psychopharmacology*, 10 Suppl 3, 133-138.

- Nair, A., Palmer, E. C., Aleman, A., y David, A. S. (2014). Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: A review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 152(1), 191-200. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.11.033>
- Nakano, H., Terao, T., Iwata, N., Hasako, R., y Nakamura, J. (2004). Symptomatological and cognitive predictors of insight in chronic schizophrenia. *Psychiatry Research*, 127(1-2), 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.03.007>
- Narvaez, J. M., Twamley, E. W., McKibbin, C. L., Heaton, R. K., y Patterson, T. L. (2008). Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 201-208. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.001>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2014). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management*. London: National Institute for Health and Care Excellence. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>
- National Institute for Mental Health in England. (2005). *NIMHE Guiding statement on recovery*. England: National Institute for Mental Health in England. Recuperado de <http://studymore.org.uk/nimherec.pdf>
- Navarro, D. (2011). *La participació social dels adolescents en el context escolar i el seu benestar personal: estudi psicosocial d'una experiència participativa* (Tesis doctoral). Universitat de Girona, Catalunya. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/52645/tdnp.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Neil, S. T., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W., y Morrison, A. P. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR): A measurement tool developed in collaboration with service

- users. *Psychosis*, 1(2), 145-155. <https://doi.org/10.1080/17522430902913450>
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., y Tobin, S. S. (1961). The Measurement of Life Satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16(2), 134-143. <https://doi.org/10.1093/geronj/16.2.134>
- Nieto, L., Ruiz, A. I., Blas-Navarro, J., Pousa, E., Cobo, J., Cuppa, S., y Obiols, J. E. (2012). Spanish adaptation of the Marková and Berrios Insight scale. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 40(5), 248-256.
- Novick, D., Montgomery, W., Treuer, T., Aguado, J., Kraemer, S., y Haro, J. M. (2015). Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: Results from a 1-year European outpatient observational study. *BMC Psychiatry*, 15(1), 189. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0560-4>
- Nunnally, J. C. (1987). *Teoría psicométrica*. Ciudad de México, México: Editorial Trillas.
- Nunnally, J. y Bernstein I. (1994). *Psychometri Theory* (3r ed.). New York: McGraw-Hill.
- OECD. (2013). *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*. OECD Publishing. Recuperado de [http://www.lifewidescrapbook.co.uk/uploads/1/0/8/4/10842717/guidelines\\_on\\_measuring\\_subjective\\_well-being\\_oecd.pdf](http://www.lifewidescrapbook.co.uk/uploads/1/0/8/4/10842717/guidelines_on_measuring_subjective_well-being_oecd.pdf)
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U., Jönsson, B., on behalf of the CDBE2010 study group, y European Brain Council. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe: Economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1), 155-162. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x>
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., y Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the

literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9-22.  
<https://doi.org/10.2975/31.1.2007.9.22>

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa sobre promoción de la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1994). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios Diagnóstico de Investigación*. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud. (1997). *La Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud hacia el siglo XXI*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Salud 21: Salud para todos en el siglo XXI*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de <http://www.famp.es/export/sites/famp/.galleries/documentos-obs-salud/SALUD-21.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Documentos Básicos* (43a ed.). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2004a). *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2004b). *Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica, informe compendiado*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Declaración Europea de Salud Mental. Conferencia Ministerial de la OMS para la Salud Mental*. Helsinki: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/DeclaracionHelsinki.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2008). *mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorder*. Geneva: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43809/9789241596206\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43809/9789241596206_eng.pdf?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Palmer, B. W., Martin, A. S., Depp, C. A., Glorioso, D. K., y Jeste, D. V. (2014). Wellness within illness: Happiness in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 159*(1), 151-156. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.07.027>

Palys, T. S., y Little, B. R. (1983). Perceived life satisfaction and the organization of personal project systems. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*(6), 1221-1230. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.6.1221>

Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L.,

- y Alonso, J. (2014). Cost of Disorders of the Brain in Spain. *PLoS ONE*, 9(8), e105471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>
- Park, A. L., McCrone, P., y Knapp, M. (2014). Early intervention for first-episode psychosis: Broadening the scope of economic estimates: Psychosis: broader economic perspective. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(2), 144-151. <https://doi.org/10.1111/eip.12149>
- Parnas, J., y Henriksen, M. G. (2014). Disordered Self in the Schizophrenia Spectrum: A Clinical and Research Perspective. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(5), 251-265. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000040>
- Paul, K. I., y Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., y Sandvik, E. (1991). Further Validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the Cross-Method Convergence of Well-Being Measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149-161. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5701\\_17](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5701_17)
- Pavot, W., Diener, E., y Suh, E. (1998). The Temporal Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 70(2), 340-354. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7002\\_11](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7002_11)
- Pedraza Martos, V. (2017). *L'atur i la salut mental positiva de joves i adults* (Trabajo final de máster). Universitat Oberta de Catalunya, Catalunya. Recuperado de <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/61047/6/vpedrazaTFM0117mem%C3%B2ria.pdf>
- Pelletier, J. F., Davidson, L., y Roelandt, J. L. (2009). Citizenship and Recovery for Everyone: A Global Model of Public Mental Health. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(4), 45-53. <https://doi.org/10.1080/14623730.2009.9721799>

- Penttilä, M., Jääskeläinen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M., y Miettunen, J. (2014). Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 205(2), 88-94. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.127753>
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., ... Lönnqvist, J. (2007). Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 19. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.1.19>
- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., y Lieberman, J. A. (2005). Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1785-1804. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1785>
- Pinho, L. G. de, Pereira, A., y Chaves, C. (2017). Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51(0). <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016031903244>
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., y Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859–877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- Provencher, H. L., y Keyes, C. L. M. (2011). Complete mental health recovery: bridging mental illness with positive mental health. *Journal of Public Mental Health*, 10(1), 57-69. <https://doi.org/10.1108/17465721111134556>
- Public Health Agency of Canada. (2006). *The human face of mental health and mental illness in Canada, 2006*. Recuperado de [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human\\_face\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_e.pdf)
- Rabinowitz, J., De Smedt, G., Harvey, P. D., y Davidson, M. (2002). Relationship between premorbid functioning and symptom severity as assessed at first

- episode of psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 159(12), 2021-2026. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.2021>
- Raffard, S., Bayard, S., Capdevielle, D., Garcia, F., Boulenger, J. P., y Gely-Nargeot, M. C. (2008). Lack of insight in schizophrenia: a review. Part I: theoretical concept, clinical aspects and Amador's mode. *L'Encéphale*, 34(6), 597-605. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.10.008>
- Ralph, R. O. (2000). *Review of recovery literature: A synthesis of a sample of recovery literature*. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.546.7729&rep=rep1&type=pdf>
- Rampichini, C., y Schifini d'Andrea, S. (1998). A Hierarchical Ordinal Probit Model for the Analysis of Life Satisfaction in Italy. *Social Indicators Research*, 44(1), 41-69. <https://doi.org/10.1023/A:1006888613727>
- Randall, J., Chateau, D., Bolton, J. M., Smith, M., Katz, L., Burland, E., ... the PATHS Equity Team. (2017). Increasing medication adherence and income assistance access for first-episode psychosis patients. *PLOS ONE*, 12(6), e0179089. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179089>
- Real Patronato sobre Discapacidad y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Informe del estado actual de la prevención en salud mental*. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Estadoactualprevencionsaludmental.pdf>
- Reise, S. P., Waller, N. G., y Comrey, A. L. (2000). Factor analysis and scale revision. *Psychological Assessment*, 12(3), 287-297. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.12.3.287>
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., y Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389-95.

- Rojas, M. (2006). Life satisfaction and satisfaction in domains of life: is it a simple relationship? *Journal of Happiness Studies*, 7(4), 467-497. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9009-2>
- Roldán-Merino, J., Lluch Canut, M. T., Casas, I., Sanromà-Ortíz, M., Ferré-Grau, C., Sequeira, C., ... Puig-Llobet, M. (2017). Reliability and validity of the Positive Mental Health Questionnaire in a sample of Spanish university students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(2-3), 123-133. <https://doi.org/10.1111/jpm.12358>
- Roldán-Merino, J., Lluch Canut, M. T., Menarguez-Alcaina, M., Foix-Sanjuan, A., Haro Abad, J. M., y QuestERA Working Group. (2014). Psychometric Evaluation of a New Instrument in Spanish to Measure Self-Care Requisites in Patients With Schizophrenia: Psychometric Evaluation of a New Instrument in Spanish to Measure Self-Care Requisites in Patients With Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(2), 93-101. <https://doi.org/10.1111/ppc.12026>
- Ruiz, A., Pousa, E., Duñó, R., Crosas, J., Cuppa, S., y García, C. (2008). Spanish adaptation of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD). *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 36(2), 111-1198.
- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Saeedi, H., Addington, J., y Addington, D. (2007). The association of insight with psychotic symptoms, depression, and cognition in early psychosis: A 3-year follow-up. *Schizophrenia Research*, 89(1-3), 123-128. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.09.018>

- Saha, S., Chant, D., Welham, J., y McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2(5), e141. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020141>
- Salyers, M. P., Brennan, M., y Kean, J. (2013). Provider Expectations for Recovery Scale: Refining a measure of provider attitudes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(3), 153-159. <https://doi.org/10.1037/prj0000010>
- Sambasivam, R., Vaingankar, J. A., Chong, S. A., Abdin, E., Jeyagurunathan, A., Seow, L. S. E., ... Subramaniam, M. (2016). Positive mental health in outpatients: Comparison within diagnostic groups. *BMC Psychiatry*, 16(1), 412. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1113-1>
- Sánchez Canovas, J. (1998). *Escala de bienestar psicológico. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sánchez Ortega, M.A. (2015). *Efectividad de un programa de intervención psicosocial enfermera para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas con problemas crónicos de salud* (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona. Recuperado de [https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/387116/MASO\\_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/387116/MASO_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Sanromà Ortiz, M. (2016). *Evaluación de un programa de Empoderamiento para potenciar y desarrollar conductas promotoras de salud y salud mental positiva en estudiantes de enfermería. Dinamiza la salud: "Cuídate y cuida"* (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona. Recuperado de [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/100547/1/MSO\\_TESIS.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/100547/1/MSO_TESIS.pdf)
- Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., Ernberg, G., Anker, M., Cooper, J. E., y Day, R. (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychological Medicine*, 16(4), 909-928. <https://doi.org/10.1017/S0033291700011910>

Scottish Executive (2005). *National Programme for Improving Mental Health and Well-Being: Addressing Mental Health Inequalities in Scotland*. Edinburgh: Scottish Executive. Recuperado de [https://www.webarchive.org.uk/wayback/archive/20160122060808mp\\_/http://www.gov.scot/Resource/Doc/76169/0019039.pdf](https://www.webarchive.org.uk/wayback/archive/20160122060808mp_/http://www.gov.scot/Resource/Doc/76169/0019039.pdf)

Scottish Executive. (2006a). *Establishing National Mental Health and Well-Being Indicators for Scotland*. <https://www.hi-netgrampian.org/wp-content/uploads/2015/03/briefing-mh-indicators-dec20061.pdf>

Scottish Executive. (2006b). *Measuring Positive Mental Health: Developing a New Scale*. Recuperado de <http://www.healthscotland.scot/media/1718/3047-measuring-mental-well-being-affectometer-2-wemwbs-briefing.pdf>

Scottish Executive. (2006c). *Rights, Relationships and Recovery: The Report of the National Review of Mental Health Nursing in Scotland*. Edinburgh: Scottish Executive. Recuperado de <https://www2.gov.scot/resource/doc/112046/0027279.pdf>

Seow, L. S. E., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Sambasivam, R., Jeyagurunathan, A., Pang, S., ... Subramaniam, M. (2016). Positive mental health in outpatients with affective disorders: Associations with life satisfaction and general functioning. *Journal of Affective Disorders, 190*, 499-507. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.021>

Sequeira, C., Carvalho, J. C., Gonçalves, A., Nogueira, M. J., Lluch Canut, M. T., y Roldán-Merino, J. (2019). Levels of Positive Mental Health in Portuguese and Spanish Nursing Students. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. <https://doi.org/10.1177/1078390319851569>

Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch Canut, M. T., y Roldán Merino, J. (2014). Evaluation of the psychometric properties of the Positive Mental Health Questionnaire in Portuguese higher education

students. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 45-53.

Servicio Andaluz de Salud. (2010). *Detección e intervención temprana de las psicosis*. Recuperado de [https://www.faisem.es/wp-content/uploads/2016/01/DIT\\_Psicosis\\_SAS\\_2010.pdf](https://www.faisem.es/wp-content/uploads/2016/01/DIT_Psicosis_SAS_2010.pdf)

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2012). *Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental de Castilla La Mancha: Intervención Precoz en Primeros Episodios Psicóticos (IPEP)*. Recuperado de [https://sescam.castillalamancha.es/files/ippep\\_vimp\\_-\\_1\\_160412.pdf](https://sescam.castillalamancha.es/files/ippep_vimp_-_1_160412.pdf)

Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. Gerencia de Salud Mental. (2019). *III Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023*. Recuperado de [https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/plansaludmental\\_2019-23-navegable.pdf](https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/plansaludmental_2019-23-navegable.pdf)

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

Shanley, E., y Jubb-Shanley, M. (2007). The recovery alliance theory of mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(8), 734-743. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01179.x>

Sheldon, K. M. (2012). The self-determination theory perspective on positive mental health across cultures. *World Psychiatry*, 11(2), 101-102. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.017>

Shepherd, G., Boardman, J., y Slade, M. (2008a). *Implementing recovery. A methodology for organizational change*. London: Sinsbury Centre for Mental Health. Traducido por el Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado de [https://www.1decada4.es/pluginfile.php/189/course/section/47/Implementando\\_Metodologia\\_Recuperacion\\_2010.pdf](https://www.1decada4.es/pluginfile.php/189/course/section/47/Implementando_Metodologia_Recuperacion_2010.pdf)

- Shepherd, G., Boardman, J., y Slade, M. (2008b). *Making Recovery a Reality*. London: Sinsbury Centre for Mental Health. Traducido por el Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en [https://www.1decada4.es/pluginfile.php/189/course/section/47/Hacer\\_Recuperacion\\_Realidad.pdf](https://www.1decada4.es/pluginfile.php/189/course/section/47/Hacer_Recuperacion_Realidad.pdf)
- Simeone, J. C., Ward, A. J., Rotella, P., Collins, J., y Windisch, R. (2015). An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990–2013: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 193. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0578-7>
- Sirgy, M. J., Cole, D., Kosenko, R., Meadow, H. L., Rahtz, D., Cicic, M., ... Nagpal, N. (1995). A life satisfaction measure: Additional validation data for the Congruity Life Satisfaction measure. *Social Indicators Research*, *34*(2), 237-259.
- Siu, B. W. M., Ng, B. F. L., Li, V. C. K., Yeung, Y. M., Lee, M. K. L., y Leung, A. Y. H. (2012). Mental health recovery for psychiatric inpatient services: perceived importance of the elements of recovery. *East Asian Archives of Psychiatry*, *22*(2), 39-48.
- Sklar, M., Groessl, E. J., O'Connell, M., Davidson, L., y Aarons, G. A. (2013). Instruments for measuring mental health recovery: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *33*(8), 1082-1095. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.002>
- Solomon, R. L. (1980). The opponent-process theory of acquired motivation: The costs of pleasure and the benefits of pain. *American Psychologist*, *35*(8), 691-712. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.8.691>
- Soriano-Barceló, J., López-Moríñigo, J. D., Ramos-Ríos, R., Rodríguez-Zanabria, E. A., y David, A. S. (2016). Insight assessment in psychosis and psychopathological correlates: Validation of the Spanish version of the Schedule for Assessment of Insight - Expanded Version. *The European Journal of Psychiatry*, *30*(1), 55-65.

- Starnino, V. R. (2009). An Integral Approach to Mental Health Recovery: Implications for Social Work. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 19(7), 820-842. <https://doi.org/10.1080/10911350902988019>
- Stefanopoulou, E., Lafuente, A. R., Saez-Fonseca, J. A., y Huxley, A. (2009). Insight, Global Functioning and Psychopathology Amongst In-patient Clients with Schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 80(3), 155-165. <https://doi.org/10.1007/s11126-009-9103-9>
- Stein, D. J. (2012). Positive mental health: a note of caution. *World Psychiatry*, 11(2), 107-109. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.023>
- Strous, R. D., Alvir, J. M. J., Robinson, D., Gal, G., Sheitman, B., Chakos, M., y Lieberman, J. A. (2004). Premorbid functioning in schizophrenia: Relation to baseline symptoms, treatment response, and medication side effects. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 265-278. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007077>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). *National consensus statement on mental health recovery*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- Sullivan, H. S. (1927). The onset of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 84(1), 105-134. <https://doi.org/10.1176/ajp.84.1.105>
- Tabachnick, B. G., y Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5a ed.). New York: HarperCollins College Publisher.
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., ... Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 63. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
- Tennant, R., Joseph, S., y Stewart-Brown, S. (2007). The Affectometer 2: a measure of positive mental health in UK populations. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of*

- Treatment, Care and Rehabilitation*, 16(4), 687-695. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-9145-5>
- Terris, M. (1975). Approaches to an epidemiology of health. *American Journal of Public Health*, 65(10), 1037-1045. <https://doi.org/10.2105/ajph.65.10.1037>
- Test, M. A., Greenberg, J. S., Long, J. D., Brekke, J. S., y Burke, S. S. (2005). Construct Validity of a Measure of Subjective Satisfaction With Life of Adults With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 56(3), 292-300. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.3.292>
- The Schizophrenia Commission. (2012). *The abandoned illness: a report from the Schizophrenia Commission*. London: Rethink Mental Illness. Recuperado de <https://www.rethink.org/media/2637/the-abandoned-illness-final.pdf>
- Thomas, E. C., Despeaux, K. E., Drapalski, A. L., y Bennett, M. (2018). Person-Oriented Recovery of Individuals With Serious Mental Illnesses: A Review and Meta-Analysis of Longitudinal Findings. *Psychiatric Services*, 69(3), 259-267. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700058>
- Tizón, J. L., Ferrando, J., Artigue, J., Parra, B., Parés, A., Gomà, M., ... Catalá, L. (2010). Psicosis y diferencias sociales: Comparando la prevalencia de las psicosis en dos medios urbanos diferenciados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 193-218.
- Tolman, A. W., y Kurtz, M. M. (2012). Neurocognitive predictors of objective and subjective quality of life in individuals with schizophrenia: a meta-analytic investigation. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 304-315. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq077>
- Tolor, A., y Reznikoff, M. (1960). A new approach to insight: a preliminary report. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 130(4), 286-296. <https://doi.org/10.1097/00005053-196004000-00003>

- Tsiachristas, A., Thomas, T., Leal, J., y Lennox, B. R. (2016). Economic impact of early intervention in psychosis services: Results from a longitudinal retrospective controlled study in England. *BMJ Open*, 6(10), e012611. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012611>
- Ugalde Apalategui, M., y Lluch Canut, M. T. (2003). Salud mental. Conceptos básicos. En A. Rigol Cuadra, y M. Ugalde Apalategui (Eds.). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica* (2a ed., p. 21-29). Barcelona: Masson.
- Vaillant, G. E. (2012). Positive mental health: Is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*, 11(2), 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.006>
- Vaingankar, J. A., Abdin, E., Chong, S. A., Sambasivam, R., Jeyagurunathan, A., Seow, E., ... Subramaniam, M. (2016). Psychometric properties of the positive mental health instrument among people with mental disorders: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0424-8>
- Vaingankar, J. A., Subramaniam, M., Abdin, E., Picco, L., Chua, B. Y., Eng, G. K., ... Chong, S. A. (2014). Development, validity and reliability of the short multidimensional positive mental health instrument. *Quality of Life Research*, 23(5), 1459-1477. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0589-0>
- Vaingankar, J. A., Subramaniam, M., Abdin, E., Picco, L., Phua, A., Chua, B. Y., y Chong, S. A. (2013). Socio-demographic Correlates of Positive Mental Health and Differences by Depression and Anxiety in an Asian Community Sample. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 42(10), 514-523.
- Vaingankar, J., Subramaniam, M., Chong, S. A., Abdin, E., Orlando Edelem, M., Picco, L., ... Sherbourne, C. (2011). The positive mental health instrument: Development and validation of a culturally relevant scale in a multi-ethnic asian population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 92. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-92>

- Vaingankar, J. A., Subramaiam, M., Lim, Y. W., Sherbourne, C., Luo, N., Ryan, G., ... Chong, S. A. (2012). From well-being to positive mental health: Conceptualization and qualitative development of an instrument in Singapore. *Quality of Life Research*, 21(10), 1785-1794. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-0105-3>
- Vaingankar, J. A., Subramaniam, M., Tan, L. W. L., Abidin, E., Lim, W. Y., Wee, H. L., ... van Dam, R. M. (2018). Psychometric properties and population norms of the positive mental health instrument in a representative multi-ethnic Asian population. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0487-9>
- Vallina, O. (2003). Los orígenes de la cronicidad: Intervenciones iniciales en psicosis. *Boletín de la Asociación madrileña de rehabilitación psicosocial*, 15-27.
- Vallina, O., Lemos, S., y Fernández, P. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 185-221.
- Valmaggia, L. R., McCrone, P., Knapp, M., Woolley, J. B., Broome, M. R., Tabraham, P., ... McGuire, P. K. (2009). Economic impact of early intervention in people at high risk of psychosis. *Psychological Medicine*, 39(10), 1617. <https://doi.org/10.1017/S0033291709005613>
- van der Meer, L., Costafreda, S., Aleman, A., y David, A. S. (2010). Self-reflection and the brain: A theoretical review and meta-analysis of neuroimaging studies with implications for schizophrenia. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(6), 935-946. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.12.004>
- van Dijk, F. A., Schirmbeck, F., Haan, L. de., y for Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROU) Investigators. (2018). A longitudinal analysis of the effects of neuroticism and extraversion on subjective well-being in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 259, 538-544. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.011>

- Veenhoven, R. (1991). Questions on Happiness. Classical topic, modern answers, blind spots. En F. Strack, M. Argyle, y N. Schwarz (Eds.), *Subjective wellbeing, an interdisciplinary perspective* (p. 7-26). London: Pergamon Press.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 4(3), 87-116.
- Veenhoven, R. (1996). Developments in satisfaction research. *Social Indicators Research*, 37, 1-46.
- Vidal, D., Rivas, E., y Bustos, L. (2015). Nivel de salud mental positiva en equipos de salud mental de tres hospitales de Chile, 2013. *Cuidados de Enfermería y Educación en Salud*, 2(1), 48-62.
- Villagrán, J. M., y Luque, R. (2000). Psicopatología de insight. *Psiquiatría Biológica*, 7(5), 202-215.
- Ware, J. E., y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Warner, R. (2004). *Recovery of Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy*. London: Routledge. Recuperado de [http://www.psychiatry.ru/siteconst/userfiles/file/englit/Richard%20Warner%20\(Author\)%20-%20Recovery%20from%20Schizophrenia%20Psychiatry%20and%20Political%20Economy.pdf](http://www.psychiatry.ru/siteconst/userfiles/file/englit/Richard%20Warner%20(Author)%20-%20Recovery%20from%20Schizophrenia%20Psychiatry%20and%20Political%20Economy.pdf)
- Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., y Sells, M. (2006). Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl076>

- Weeks, G., Slade, M., y Hayward, M. (2011). A UK validation of the Stages of Recovery Instrument. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(5), 446-454. <https://doi.org/10.1177/0020764010365414>
- Werner, S. (2012). Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 196(2-3), 214-219. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.10.012>
- Wiersma, D., Wanderling, J., Dragomirecka, E., Ganey, K., Harrison, G., An Der Heiden, W., ... Walsh, D. (2000). Social disability in schizophrenia: Its development and prediction over 15 years in incidence cohorts in six European centres. *Psychological Medicine*, 30(5), 1155-1167. <https://doi.org/10.1017/S0033291799002627>
- Wilber, K. (1995). *Sex, ecology, spirituality: The spirit of evolution*. Boston: Shamb-hala.
- Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67(4), 294-306. <https://doi.org/10.1037/h0024431>
- Wing, J. K., Cooper, J. E. y Sartorius, N. (1974). *Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Oxford, England: Cambridge University Press.
- Wolstencroft, K., Oades, L., Caputi, P., y Andresen, R. (2010). Development of a structured interview schedule to assess stage of psychological recovery from enduring mental illness. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 14(3), 182-189. <https://doi.org/10.3109/13651501003668552>
- Wood, W., Rhodes, N., y Whelan, M. (1989). Sex differences in positive well-being: A consideration of emotional style and marital status. *Psychological Bulletin*, 106(2), 249-264. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.106.2.249>
- Yen, C. F., Yeh, M. L., Chen, C. S., y Chung, H. H. (2002). Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: A prospective study. *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 443-447. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.35901>

- Young, D. A., Campbell, Z., Zakzanis, K. K., y Weinstein, E. (2003). A comparison between an interview and a self-report method of insight assessment in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63(1-2), 103-109. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(02\)00378-X](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(02)00378-X)
- Yung, A. R., y McGorry, P. D. (1996). The Prodromal Phase of First-episode Psychosis: Past and Current Conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 353-370. <https://doi.org/10.1093/schbul/22.2.353>
- Yung, A. R., McGorry, P. D., McFarlane, C. A., Jackson, H. J., Patton, G. C., y Rakkar, A. (1996). Monitoring and Care of Young People at Incipient Risk of Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 283-303. <https://doi.org/10.1093/schbul/22.2.283>
- Zalazar, V., Castro Valdez, J., Mascayano, F., Vera, N., Scorza, P., y Agrest, M. (2017). Feasibility and Psychometric Properties of the Recovery Assessment Scale (RAS) in People with Mental Illness for Its Use in Argentina. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 4(2), 179-188. <https://doi.org/10.1007/s40737-017-0098-5>



## **8. ANEXOS**

---



ANEXO 1. Formulario *ad hoc* (versión en catalán)

ESTUDI SM-TPS-2015	Nº USUARI <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																			
<b>Dades sociodemogràfiques</b>																				
Edat <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> anys	Sexe <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> 1=>Home; 2=>Dona																			
Estat civil <input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	1=>Solter/a; 2=>Casat/da o amb parella; 3=>Separat/da o Divorciat/da; 5=>Vidu/a																			
Nivell d'estudis <input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	1=>Sense estudis/estudis no completats; 2=>Estudis primaris; 3=>Estudis secundaris; 4=>Estudis universitaris																			
Situació laboral <input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	1=>Treballador actiu; 2=>Treballador inactiu; 3=>Estudiant; 4=>Mestressa de casa; 5=>A l'atur; 6=>Baixa mèdica; 7=>Invalides; 8=>Jubilat/da																			
Persones amb les que conviu <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	1=>Sol/a; 2=>Pares; 3=>Parella; 4=>Fills; 5=>Altres familiars; 6=>Parella i fills; 7=>Pares i fills; 8=>Pares i parella / Pares, parella i fills; 9=>Amics / Residència / Pis protegit																			
Nombre de persones amb les que conviu <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <small>(sense contar-te a tu)</small>	Immigrant <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> 1=>Sí; 2=>No																			
<b>Dades clíniques</b>																				
Diagnòstic principal del trastorn psicòtic <input style="width: 90%;" type="text"/>																				
↳ Data aproximada del diagnòstic _____ mesos o _____ anys <small>(Indicar mesos o anys)</small>																				
Diagnòstic secundari de la patologia psiquiàtrica <small>(si escau)</small> <input style="width: 90%;" type="text"/>																				
↳ Data aproximada del diagnòstic _____ mesos o _____ anys <small>(Indicar mesos o anys)</small>																				
Antecedents familiars de trastorn mental <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> 1=>Sí; 2=>No																				
Nombre d'ingressos en hospitalització de psiquiatria <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>																				
Temps transcorregut des de l'últim ingrés en hospitalització de psiquiatria _____ mesos o _____ anys																				
Antecedents mèdics <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> 1=>Sí; 2=>No																				
↳ Quin/s?	1- <input style="width: 90%;" type="text"/>																			
	2- <input style="width: 90%;" type="text"/>																			
	3- <input style="width: 90%;" type="text"/>																			
<b>Tractament farmacològic habitual pel seu trastorn psiquiàtric</b>																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Fàrmac o principi actiu</th> <th style="width: 33%;">Via d'administració</th> <th style="width: 33%;">Posologia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Fàrmac o principi actiu	Via d'administració	Posologia															
Fàrmac o principi actiu	Via d'administració	Posologia																		
Consum de tòxics <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> 1=> Sí; 2=> No    ¿Quin/s? <input style="width: 40%;" type="text"/>																				
Temptatives aulolítiques <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> 1=>Sí; 2=>No																				

## ANEXO 2. Formulario *ad hoc* (versión en castellano)

ESTUDIO SM-TPS-2015	N° USUARIO <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																								
<b>Datos sociodemográficos</b>																									
Edad <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> años	Sexo <input type="checkbox"/> 1=>Hombre; 2=>Mujer																								
Estado civil <input type="checkbox"/>	1=>Soltero/a; 2=>Casado/a o con pareja; 3=>Separado/a o Divorciado/a; 5=>Viudo/a																								
Nivel de estudios <input type="checkbox"/>	1=>Sin estudios/estudios no completados; 2=>Estudios primarios; 3=>Estudios secundarios; 4=>Estudios universitarios																								
Situación laboral <input type="checkbox"/>	1=>Trabajador activo; 2=>Trabajador inactivo; 3=>Estudiante; 4=>Sus labores; 5=>En paro; 6=>Baja médica; 7=>Invalidez; 8=>Jubilado/a																								
Personas con las que convive <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	1=>Solo/a; 2=>Padres; 3=>Pareja; 4=>Hijos; 5=>Otros familiares; 6=>Pareja e hijos; 7=>Padres e hijos; 8=>Padres y pareja / Padres, pareja e hijos; 9=>Amigos / Residencia / Piso protegido																								
Número de personas con las que convive <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <small>(Sin contarte a ti)</small>	Inmigrante <input type="checkbox"/> 1=>Sí; 2=>No																								
<b>Datos clínicos</b>																									
Diagnóstico principal del trastorno psicótico	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																								
↳ Fecha aproximada del diagnóstico <input style="width: 50px;" type="text"/> meses o <input style="width: 50px;" type="text"/> años <small>(Indicar meses o años)</small>																									
Diagnóstico secundario de la patología psiquiátrica <small>(si procede)</small>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																								
↳ Fecha aproximada del diagnóstico <input style="width: 50px;" type="text"/> meses o <input style="width: 50px;" type="text"/> años <small>(Indicar meses o años)</small>																									
Antecedentes familiares de trastorno mental <input type="checkbox"/>	1=>Sí; 2=>No																								
Número de ingresos en hospitalización de psiquiatría <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																									
Tiempo transcurrido desde el último ingreso en hospitalización de psiquiatría <input style="width: 50px;" type="text"/> meses o <input style="width: 50px;" type="text"/> años																									
Antecedentes médicos <input type="checkbox"/>	1=>Sí; 2=>No																								
↳ ¿Cuál/es?	1- <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																								
	2- <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																								
	3- <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																								
<b>Tratamiento farmacológico habitual para su trastorno psiquiátrico</b>																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Fármaco o principio activo</th> <th style="width: 33%;">Vía de administración</th> <th style="width: 33%;">Posología</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Fármaco o principio activo	Vía de administración	Posología																						
Fármaco o principio activo	Vía de administración	Posología																							
Consumo de tóxicos <input type="checkbox"/> <small>(Actualmente)</small>	1=>Sí; 2=>No ¿Cuál/es? <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																								
Tentativas aulolíticas <input type="checkbox"/>	1=> Sí; 2=> No																								

### **ANEXO 3. Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluch (1999)**

---

A continuación, te presentamos un cuestionario que contiene una serie de afirmaciones referidas a la forma de pensar, sentir y hacer que son más o menos frecuentes en cada uno de nosotros. Para contestarlo, lee cada frase y completa mentalmente el espacio de puntos suspensivos con la frecuencia que mejor se adapte a ti. A continuación, señala con una X en las casillas de la derecha tu respuesta.

Las **posibles respuestas** son:

- SIEMPRE o CASI SIEMPRE
- CON BASTANTE FRECUENCIA
- ALGUNAS VECES
- NUNCA o CASI NUNCA

No necesitas reflexionar mucho para contestar ya que no hay respuestas correctas e incorrectas. Lo que interesa es tu opinión. Tampoco trates de buscar la respuesta que quizá podría causar una "mejor impresión" ya que puedes estar segura/o que la información es absolutamente anónima y confidencial.

**POR FAVOR, CONTESTA A TODAS LAS AFIRMACIONES. MUCHAS GRACIAS.**

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
1. A mi, ..... me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías				
2. Los problemas ..... me bloquean fácilmente				
3. A mi, ..... me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas				
4. .... me gusta como soy				
5. .... soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas				
6. .... me siento a punto de explotar				
7. Para mi, la vida es ..... aburrida y monótona				
8. A mi, ..... me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional				
9. .... tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas				
10. .... me preocupa mucho lo que los demás piensan de mi				
11. Creo que ..... tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas				
12. .... veo mi futuro con pesimismo				
13. Las opiniones de los demás ..... me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones				
14. .... me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean				
15. .... soy capaz de tomar decisiones por mi misma/o				
16. .... intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden				
17. .... intento mejorar como persona				
18. .... me considero "un/a buen/a psicólogo/a"				
19. .... me preocupa que la gente me critique				
20. .... creo que soy una persona sociable				

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
21. .... soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos				
22. .... soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida				
23. .... pienso que soy una persona digna de confianza				
24. A mi, .... me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				
25. .... pienso en las necesidades de los demás				
26. Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables .... soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal				
27. Cuando hay cambios en mi entorno .... intento adaptarme				
28. Delante de un problema .... soy capaz de solicitar información				
29. Los cambios que ocurren en mi rutina habitual .... me estimulan				
30. .... tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes				
31. .... creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada				
32. .... trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes				
33. .... me resulta difícil tener opiniones personales				
34. Cuando tengo que tomar decisiones importantes .... me siento muy insegura/o				
35. .... soy capaz de decir no cuando quiero decir no				
36. Cuando se me plantea un problema .... intento buscar posibles soluciones				
37. .... me gusta ayudar a los demás				
38. .... me siento insatisfecha/o conmigo misma/o				
39. .... me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico				

## **ANEXO 4. Versión catalana del Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluch (1999), adaptado por Broncano-Bolzoni (2019)**

---

Tot seguit et presentem un qüestionari que conté una sèrie d'afirmacions sobre formes de pensar, sentir i fer que són més o menys freqüents en cada un de nosaltres. Per contestar-lo, llegeix cada frase i completa mentalment l'espai de punts suspensius amb la freqüència que millor s'adapti a tu. Després, marca amb una X a les caselles de la dreta la teva resposta.

Les **possibles respostes** són:

- SEMPRE o GAIREBÉ SEMPRE
- SOVINT
- ALGUNES VEGADES
- MAI o GAIREBÉ MAI

No necessites reflexionar gaire per contestar, perquè no hi ha respostes correctes o incorrectes. El que interessa és la teva opinió. Tampoc tractis de buscar la resposta que potser podria causar “més bona impressió”, ja que pots estar segur/a que la informació és absolutament anònima i confidencial.

**SI US PLAU, CONTESTA TOTES LES AFIRMACIONS. MOLTES GRÀCIES.**

	SEMPRE O GAIREBÉ SEMPRE	SOVINT	ALGUNES VEGADES	MAI O GAIREBÉ MAI
1. A mi, .... em resulta especialment difícil acceptar els altres quan tenen actituds diferents de les meves				
2. Els problemes .... em bloquegen fàcilment				
3. A mi, .... em resulta especialment difícil escoltar les persones que m'expliquen els seus problemes				
4. .... m'agrado com sóc				
5. .... sóc capaç de controlar-me quan experimento emocions negatives				
6. .... sento que estic a punt d'explotar				
7. Per a mi, la vida és .... avorrida i monòtona				
8. A mi, .... em resulta especialment difícil donar suport emocional				
9. .... tinc dificultats per establir relacions interpersonals profundes i satisfactòries amb algunes persones				
10. .... em preocupa molt el que els altres pensen de mi				
11. Crec que .... tinc molta capacitat per posar-me en el lloc dels altres i comprendre les seves respostes				
12. .... veig el meu futur amb pessimisme				
13. Les opinions dels altres .... m'influeixen molt a l'hora de prendre les meves decisions				
14. .... em considero una persona menys important que la resta de persones que m'envolten				
15. .... sóc capaç de prendre decisions per mi mateix/a				
16. .... intento treure els aspectes positius de les coses dolentes que em passen				
17. .... intento millorar com a persona				
18. .... em considero "un/a bon/a psicòleg/a"				
19. .... em preocupa que la gent em critiqui				
20. .... crec que sóc una persona sociable				

	<b>SEMPRE O GAIREBÉ SEMPRE</b>	<b>SOVINT</b>	<b>ALGUNES VEGADES</b>	<b>MAI O GAIREBÉ MAI</b>
21. .... sóc capaç de controlar-me quan tinc pensaments negatius				
22. .... sóc capaç de mantenir un bon nivell d'autocontrol en les situacions conflictives de la meua vida				
23. .... penso que sóc una persona digna de confiança				
24. A mi, .... em resulta especialment difícil entendre els sentiments dels altres				
25. .... penso en les necessitats dels altres				
26. Si estic vivint pressions exteriors desfavorables .... sóc capaç de continuar mantenint el meu equilibri personal				
27. Quan hi ha canvis en el meu entorn .... intento adaptar-me				
28. Davant d'un problema .... sóc capaç de demanar informació				
29. Els canvis que s'esdevenen en la meua rutina habitual .... m'estimulen				
30. .... tinc dificultats per relacionar-me obertament amb els meus professors/caps				
31. .... crec que sóc un/a inútil i no serveixo per a res				
32. .... intento desenvolupar i potenciar les meues bones aptituds				
33. .... em resulta difícil tenir opinions personals				
34. Quan he de prendre decisions importants .... em sento molt insegur/a				
35. .... sóc capaç de dir no quan vull dir no				
36. Quan se'm planteja un problema .... intento buscar possibles solucions				
37. .... m'agrada ajudar els altres				
38. .... em sento insatisfet/a de mi mateix/a				
39. .... em sento insatisfet/a del meu aspecte físic				

**ANEXO 5. Versión bilingüe (española y catalana) de la *Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness scale* de Drapalski et al. (2012), adaptada por Broncano-Bolzoni (2019)**

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. Después marque el número que mejor refleje su grado de acuerdo, utilizando la siguiente escala:

**Nada en absoluto**                      **Un poco**                      **Algo**                      **Bastante**                      **Mucho**  
**1**                      **2**                      **3**                      **4**                      **5**

*Aquesta escala conté una llista d'afirmacions sobre les seves actituds i creences en relació a la seva salut i benestar. No hi ha respostes correctes o incorrectes; només volem saber què en pensa sobre aquestes coses. Llegeixi cada afirmació i decideixi en quin grau està d'acord amb ella, des de Gens fins a Molt. Després encercli el número que millor reflecteixi el seu grau d'acord, utilitzant l'escala següent:*

**Gens**                      **Una mica**                      **En certa manera**                      **Bastant**                      **Molt**  
**1**                      **2**                      **3**                      **4**                      **5**

	NADA EN ABSOLUTO	UN POCO	ALGO	BASTANTE	MUCHO
	GENS	UNA MICA	EN CERTA MANERA	BASTANT	MOLT
1. Puedo influir sobre asuntos importantes en mi vida <i>Puc influir sobre aspectes importants a la meva vida</i>	1	2	3	4	5
2. Tengo aptitudes que pueden ayudarme a alcanzar mis objetivos <i>Tinc habilitats que poden ajudar-me a assolir els meus objectius</i>	1	2	3	4	5
3. Creo que es posible mejorar <i>Crec que és possible millorar</i>	1	2	3	4	5
4. Cuando tengo una recaída, estoy seguro de que puedo volver a encarrilarme <i>Quan tinc una recaiguda, estic segur que puc tornar a encarrilar-me</i>	1	2	3	4	5
5. Tengo habilidades que me ayudan a tener éxito <i>Tinc habilitats que m'ajuden a tenir èxit</i>	1	2	3	4	5
6. Mis fortalezas son más importantes que mis debilidades <i>Les meves fortaleces són més importants que les meves debilitats</i>	1	2	3	4	5
7. Superar los problemas me ayuda a aprender y a crecer <i>Superar dificultats m'ajuda a aprendre i a créixer</i>	1	2	3	4	5
8. Puedo tener una vida plena y satisfactoria <i>Puc tenir una vida plena i satisfactòria</i>	1	2	3	4	5
9. Me corresponde a mí marcarme mis propias metas <i>Em correspon a mi establir els meus propis objectius</i>	1	2	3	4	5

	NADA EN ABSOLUTO	UN POCO	ALGO	BASTANTE	MUCHO
	GENS	UNA MICA	EN CERTA MANERA	BASTANT	MOLT
10. Creo que tomo buenas decisiones en mi vida <i>Crec que prenc bones decisions a la meva vida</i>	1	2	3	4	5
11. Soy responsable de hacer cambios en mi vida <i>Sóc responsable de fer canvis a la meva vida</i>	1	2	3	4	5
12. Me siento bien conmigo mismo aunque otros me menosprecien por mi enfermedad <i>Em sento bé amb mi mateix encara que altres em menyspreïn per la meva malaltia</i>	1	2	3	4	5
13. Estoy seguro de que puedo hacer cambios positivos en mi vida <i>Estic segur que puc fer canvis positius a la meva vida</i>	1	2	3	4	5
14. Soy responsable de cuidar mi salud física <i>Sóc responsable de tenir cura de la meva salut física</i>	1	2	3	4	5
15. Trabajo duro para encontrar las maneras de afrontar los problemas en mi vida <i>Treballa dur per trobar les maneres d'afrontar els problemes a la meva vida</i>	1	2	3	4	5
16. Creo que soy una persona fuerte <i>Crec que sóc una persona forta</i>	1	2	3	4	5
17. Estoy esperanzado sobre el futuro <i>Estic esperançat sobre el futur</i>	1	2	3	4	5
18. Me siento querido <i>Em sento estimat</i>	1	2	3	4	5
19. Suelo saber qué es lo mejor para mí <i>En general, sé el que és millor per mi</i>	1	2	3	4	5
20. Sé que puedo hacer cambios en mi vida aunque tenga una enfermedad mental <i>Sé que puc fer canvis a la meva vida encara que tingui una malaltia mental</i>	1	2	3	4	5
21. Soy capaz de establecer mis propias metas en la vida <i>Sóc capaç d'establir els meus propis objectius a la vida</i>	1	2	3	4	5
22. Soy optimista acerca de poder resolver los problemas que afronte en el futuro <i>Sóc optimista sobre el fet de poder resoldre els problemes que afronti en el futur</i>	1	2	3	4	5
23. Puedo reponerme de mis problemas <i>Puc recuperar-me dels meus problemes</i>	1	2	3	4	5
24. Me siento aceptado tal y como soy <i>Em sento acceptat tal com sóc</i>	1	2	3	4	5
25. Quiero tomar decisiones por mí mismo, incluso aunque a veces me equivoque <i>Vull prendre decisions per mi mateix, encara que a vegades m'equivoqui</i>	1	2	3	4	5

## ANEXO 6. Versión catalana del *Personal Wellbeing Index-Adult* de Cummins et al. (2003), adaptado por Casas et al. (2008)

Les preguntes són sobre com de satisfet/a se sent sobre una escala del zero al deu.

Per respondre, feu un cercle en l'opció triada.

**Zero** significa molt insatisfet/a    **Deu** significa molt satisfet/a    **Cinc** significa neutral

Fins ara, com de **satisfet/a** estàs amb cadascuna d'aquestes **coses de la teva vida**?

	Totalment insatisfet/a					Totalment satisfet/a					
1. Amb el teu nivell de vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Amb la teva salut	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Amb les coses que has assolit a la vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Amb els grups de gent dels quals formes part	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.- Amb les teves relacions amb les altres persones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Amb el segur o segura que et sents	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Amb la seguretat pel teu futur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Amb tota la teva vida considerada globalment	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**ANEXO 7. Versión española del *Personal Wellbeing Index-Adult* de Cummins et al. (2003), adaptado por Casas et al. (2008)**

Las preguntas son acerca de lo satisfecho/a que se siente sobre una escala del cero al diez. Para responder, haga un círculo en la opción elegida.

**Cero** significa muy insatisfecho    **Diez** significa muy satisfecho    **Cinco** significa neutral

Hasta ahora ¿Cuánto estás de **satisfecho/a** con los siguientes **aspectos de tu vida**?

	<b>Muy insatisfecho/a</b>					<b>Muy satisfecho/a</b>					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Con tu nivel de vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Con tu salud	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Con las cosas que has conseguido en la vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Con los grupos de gente de los que formas parte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.- Con tus relaciones con otras personas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Con lo seguro o segura que te sientes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Con la seguridad por el futuro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. Con toda tu vida considerada globalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**ANEXO 8. Versión española de la *Insight Scale* de Birchwood et al. (1994), adaptada por Camprubi et al. (2008)**

---

Por favor, lea las siguientes frases atentamente y señale con una cruz el recuadro que mejor se aplique en su caso:

	ESTOY DE ACUERDO	NO ESTOY DE ACUERDO	NO LO SÉ
1. Algunos de los síntomas fueron producto de mi mente			
2. Estoy bien mentalmente			
3. Necesito medicación			
4. Mi estancia en el hospital fue necesaria			
5. El doctor tiene razón al prescribirme medicación			
6. Es necesario que me visite un psiquiatra			
7. Si alguien dijese que he tenido una enfermedad mental o de los nervios, tendría razón			
8. Algunas de las experiencias extrañas que he tenido se deben a una enfermedad			

## ANEXO 9. *Global Assessment of Functioning scale (American Psychiatric Association, 2003)*

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuum de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas o ambientales.

Código (nota: deben utilizarse los códigos intermedios cuando sea posible, p. ej., 45, 68, 72)

100.- ↓ 91.-	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado/a por los problemas de la vida, es valorado/a por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90.- ↓ 81.-	Síntomas ausentes o mínimos (por ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado/a e implicado/a en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho/a de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (por ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80.- ↓ 71.-	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (por ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (por ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70.- ↓ 61.-	Algunos síntomas leves (por ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (por ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60.- ↓ 51.-	Síntomas moderados (por ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (por ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela).
50.- ↓ 41.-	Síntomas graves (por ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (por ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40.- ↓ 31.-	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (por ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (por ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30.- ↓ 21.-	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (por ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (por ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20.- ↓ 11.-	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (por ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (por ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (por ej., muy incoherente o mudo).
10.- ↓ 1.-	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (por ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	<b>Información inadecuada.</b>

## ANEXO 10. Aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de l'Institut d'Assistència Sanitària



Institut  
d'Assistència  
Sanitària

Parc Hospitalari Martí i Julià  
Edifici Mancomunitat 1 – Primera planta  
Comitè Ètic d'Investigació Clínica  
C/ Doctor Castany, s/n  
17190 Salt (Girona)  
T. 972 18 26 00  
www.ias.cat // ceic@ias.scs.es

### INFORME DEL COMITÈ ÈTIC DE INVESTIGACIÓ CLÍNICA

La Sra. Sílvia Monserrat Vila, secretaria tècnica del Comitè Ètic de Investigació Clínica del Institut d'Assistència Sanitària,

#### CERTIFICA

Que este comité ha evaluado el día 23 de diciembre de 2014, el estudio observacional No-EPA "La salut mental de les persones amb trastorn psicòtic des d'una perspectiva positiva, multidimensional i de recuperació", presentado por la Sra. **Miriam Broncano Bolzoni**, diplomada en enfermería, del Servicio de psiquiatría de l'Institut d'Assistència Sanitària de Girona. El CEIC-IAS actúa como CEIC implicado. Se trata de su proyecto de tesis doctoral.

Y considera que, de forma general:

Una vez evaluado este protocolo juntamente con todos los documentos recibidos para su valoración, y de acuerdo con las disposiciones legales vigentes para estudios epidemiológicos (International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies), así como la versión actualizada de la Declaración de Helsinki, y la Orden SAS/3470/2009, y aplicados por el CEIC-IAS para todos los protocolos de investigación de este tipo que se evalúen, este comité ético de investigación clínica **ACUERDA informar del estudio y de la hoja de información y consentimiento informado como FAVORABLES.**

Asimismo, este comité **HACE CONSTAR** que tanto en su composición como en sus PNTs cumple con la normativa vigente y con las directrices de la conferencia Internacional de Armonización de las Normas de Buena Práctica Clínica (CPMP/ICH/135/95).

La composición actual del Comitè Ètic de Investigació Clínica del Institut d'Assistència Sanitària es la siguiente:

Presidente: Dr. Gabriel Coll de Tuero, médico  
Secretaria tecnicoadministrativa: Sra. Sílvia Monserrat Vila, traductora e intérprete

Vocales:

Dr. Secundí López-Pousa, médico  
Sra. Laura Mallart Romero, farmacéutica  
Sra. Sílvia Pla Vilà, atención usuario  
Dr. Marc Pérez Oliveras, médico  
Sr. Joan Canimas Brugué, filósofo  
Dr. Joan Vilalta Franch, médico  
Dr. Josep Garre Olmo, psicólogo y epidemiólogo  
Dr. Miquel Carreras Massanet, médico

Sra. Marisa Jofre Valls, enfermera  
Sra. Emilia de Puig de Cabrera, farmacéutica  
Sra. Cati Ferriol Busquets, enfermera  
Dr. Manuel de Gracia Blanco, psicólogo  
Sra. Maria Jesús Costa Serra, abogada  
Dra. Pilar Àvila Castells, farmacóloga  
Sra. Montserrat Cols Jiménez, farmacéutica  
Dra. Cristina Soler Ferrer, médico



Sra. Sílvia Monserrat Vila  
Secretaria tècnica del CEIC-IAS  
Salt, 24 de diciembre de 2014

COMITÈ ÈTIC  
D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA (CEIC-IAS) Institut d'Assistència Sanitària

Núm. S041-1094

Data 25/03/2015 Hora 13:00

Registre de sortida

## ANEXO 11. Aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de las Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús



**FIDMAG**  
Germanes Hospitalàries  
Research Foundation

Referencia CEIC: **PR-2015-19**

### CERTIFICADO DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Doña Silvia Sanz Pamplona, como secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús

#### CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado en su reunión del día 23 de julio de 2015 el

Proyecto de investigación titulado:

**La Salud Mental de las personas con Trastorno Psicótico desde una perspectiva Positiva, Multidimensional y de Recuperación**

ID Promotor:

Referencia:

por el/la investigador/a **Miriam Broncano**

Y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para realizar el estudio
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado, como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos

y que este Comité emite un dictamen **FAVORABLE** para su realización en el/los centro/s:

Benito Menni CASM

Lo que firmo en Barcelona, el 23 de julio de 2015

Silvia Sanz Pamplona  
Secretaria CEIC

Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús



## ANEXO 12. Aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del Parc de Salut Mar



### Informe del Comité Ético de Investigación Clínica

Doña M<sup>a</sup> Teresa Navarra Alcrudo Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica  
Parc de Salut MAR

#### CERTIFICA

Que éste Comité ha evaluado el proyecto de investigación clínica nº 2015/6303/I titulado *"LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO PSICÓTICO DESDE UNA PERSPECTIVA POSITIVA, MULTIDIMENSIONAL Y DE RECUPERACIÓN"* código de protocolo SM-TPS-2015, versión 1.0, propuesto por la Sra. SILVIA ROSADO FIGUEROLA del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Mar.

Que adjunta documento de consentimiento informado

Y que considera que:

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

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

El alcance de las compensaciones económicas que se solicitan está plenamente justificado.

Y que éste Comité acepta que dicho proyecto de investigación sea realizado en el Hospital del Mar por la Sra. SILVIA ROSADO FIGUEROLA como investigadora principal tal como recoge el ACTA de la reunión del día 8 de Septiembre de 2015.

Lo que firmo en Barcelona, a 14 de Septiembre de 2015

Firmado: .....  
Doña M<sup>a</sup> Teresa Navarra Alcrudo

CEIC - Parc de Salut MAR  
Dr. Aiguader, 88 | 08003 Barcelona | Teléfono 93 316 06 77 | Fax 93 316 06 36  
ceic-psmar@imim.es | www.parcdesalutmar.cat

## ANEXO 13. Aprobación de la Comisión de Investigación del Parc Sanitari Sant Joan de Déu

---



La Comissió de Recerca del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, ha revisat i aprovat el projecte titulat "La Salud Mental de las personas con Trastorno Psicótico desde una perspectiva Positiva, Multidimensional y de Recuperación" Sra. Broncano.

El projecte té el recolzament de la Comissió de Recerca. El tema es pertinent dintre de les línies de recerca de la Institució i el protocol es pot realitzar als termes proposats. El nivell de formació, experiència i dedicació dels investigadors garanteixen a la nostra opinió el desenvolupament del projecte.

Sant Boi de Llobregat, 5 d'abril de 2016



Signat: Josep Maria Haro Abad  
President Comissió Recerca

## ANEXO 14. Hoja informativa de participación

### FULL INFORMATIU DE PARTICIPACIÓ

Benvolgut Sr. / Benvolguda Sra.,

El / la convidem a participar a l'estudi d'investigació titulat "**La Salut Mental de les persones amb Trastorn Psicòtic des d'una perspectiva Positiva, Multidimensional i de Recuperació**" que es porta a terme a l'Institut d'Assistència Sanitària, al Parc de Salut Mar, al Complex Assistencial en Salut Mental Benito Menni i al Parc Sanitari Sant Joan de Déu per el/la Sr./Sra. \_\_\_\_\_.

Abans de decidir si vol participar, és important que entengui les principals característiques de l'estudi, perquè es realitza i els possibles beneficis. Tindrà l'oportunitat de parlar amb la investigadora per aclarir tots els seus dubtes i podrà fer-li les preguntes que consideri oportunes. Prenguis el temps que consideri necessari per llegir amb deteniment aquesta informació que li facilitem per escrit i per pensar-s'ho.

#### Objectiu de l'estudi.

Aquest estudi d'investigació té com a objectiu principal avaluar el nivell de **salut mental positiva\*\***, així com explorar la seva relació amb la consciència de trastorn, el benestar subjectiu, la capacitat funcional i la recuperació, en persones amb trastorn psicòtic segons les etapes d'evolució de la malaltia, ateses als Centres de Salut Mental, als Equips d'Intervenció a la Psicosi Precoç, a l'Hospital de Dia i a les Unitats d'Hospitalització de Psiquiatria d'Aguts i Subaguts de la província de Girona.

#### Beneficis de l'estudi.

Aquest estudi permetrà conèixer les característiques de salut mental positiva de persones amb trastorn psicòtic, així com les seves necessitats, per poder dissenyar posteriorment unes estratègies d'intervenció més efectives i personalitzades, que millorin el seu benestar i per tant que tinguin una repercussió positiva tant per vostè com per al seu entorn.

#### Riscos i incomoditats.

L'únic risc o incomoditat de participar en aquest estudi és el fet que vostè hagi de dedicar dues sessions d'avaluació, amb un màxim de 30-45 minuts del seu temps per a cada sessió.

#### Procediments de l'estudi.

En cas d'acceptar participar en aquest estudi, en la primera sessió se li demanarà que respongui a les preguntes d'uns qüestionaris d'exploració, així com la facilitació de certes dades sociodemogràfiques i clíniques. A la segona sessió únicament haurà de respondre a dos qüestionaris, en un període inferior a 15 dies respecte a la primera sessió.

#### Aclariments.

- La seva decisió de participar en l'estudi és completament voluntària. No hi haurà cap conseqüència desfavorable per a vostè, en cas de no acceptar la invitació.
- Si decideix participar en l'estudi pot retirar-se en el moment que ho desitgi, aquesta decisió serà respectada en la seva integritat.
- No haurà de fer cap despesa durant l'estudi, ni rebrà cap pagament per la seva participació.
- Es mantindrà de manera estricta el seu anonimat i la confidencialitat de les dades proporcionades durant aquest estudi.

Per a més informació us podeu posar en contacte amb la investigadora principal d'aquest estudi, que és la Sra. Miriam Broncano Bolzoni, infermera del servei de psiquiatria d'aguts del Parc Hospitalari Martí i Julià, al correu electrònic [miriambroncano@gmail.com](mailto:miriambroncano@gmail.com).

**Si considera que no hi ha dubtes ni preguntes sobre la seva participació, pot, si així ho desitja, signar el Document de Consentiment Informat.**

\*\* **Salut Mental Positiva** és intentar estar i sentir-se el millor possible dins de les circumstàncies específica en les quals un es trobi.

## HOJA INFORMATIVA DE PARTICIPACIÓN

Estimado Sr. / Estimada Sra.,

Le / la invitamos a participar en el estudio de investigación titulado **“La Salud Mental de las personas con Trastorno Psicótico desde una perspectiva Positiva, Multidimensional y de Recuperación”** que se lleva a cabo en el *Institut d'Assistència Sanitària*, en el *Parc de Salut Mar*, en el *Complex Assistencial en Salut Mental Benito Menni* y en el *Parc Sanitari Sant Joan de Déu* por el/la Sr./Sra. \_\_\_\_\_ . Antes de decidir si quiere participar, es importante que entienda las principales características del estudio, por qué se realiza y los posibles beneficios. Tendrá la oportunidad de hablar con la investigadora para aclarar todas sus dudas y podrá hacerle las preguntas que considere oportunas. Tómese el tiempo que considere necesario para leer con detenimiento esta información que le facilitamos por escrito y para pensárselo.

### **Objetivo del estudio.**

Este estudio de investigación tiene como objetivo principal evaluar el nivel de salud mental positiva\*\*, así como explorar su relación con la consciencia de trastorno, el bienestar subjetivo, la capacidad funcional y la recuperación, en personas con trastorno psicótico según las etapas de evolución de la enfermedad, atendidas en los Centros de Salud Mental, en los Equipos de Intervención a la Psicosis Precoz, en el Hospital de Día y en las Unidades de Hospitalización de Psiquiatría de Agudos y Subagudos de la provincia de Girona.

### **Beneficios del estudio.**

Este estudio permitirá conocer las características de salud mental positiva de personas con trastorno psicótico, así como sus necesidades, para poder diseñar posteriormente unas estrategias de intervención más efectivas y personalizadas, que mejoren su bienestar y por lo tanto que tengan una repercusión positiva tanto para usted como para su entorno.

### **Riesgos e incomodidades.**

El único riesgo o incomodidad de participar en este estudio es el hecho de que usted debe dedicarnos dos sesiones de evaluación, con un máximo de 30-45 minutos de su tiempo para cada sesión.

### **Procedimientos del estudio.**

En caso de aceptar participar en este estudio, en la primera sesión se le pedirá que responda a las preguntas unos cuestionarios de exploración, así como la facilitación de ciertos datos sociodemográficos y clínicos. En la segunda sesión únicamente tendrá que responder a dos cuestionarios, en un periodo inferior a 15 días respecto a la primera sesión.

### **Aclaraciones.**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, esta decisión será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio, ni recibirá pago alguno por su participación.
- Se mantendrá de manera estricta su anonimato y la confidencialidad de los datos proporcionados durante este estudio.

Para más información puede ponerse en contacto con la investigadora principal de este estudio, que es la Sra. Miriam Broncano Bolzoni, enfermera de la unidad de hospitalización de psiquiatría de agudos del Parc Hospitalari Martí i Julià, en el correo electrónico [miriambroncano@gmail.com](mailto:miriambroncano@gmail.com).

**Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar el Documento de Consentimiento Informado.**

\*\* Salud Mental Positiva es intentar estar y sentirse lo mejor posible dentro de las circunstancias específica en las que uno se encuentre.

## ANEXO 15. Consentimiento informado

---

### CONSENTIMENT INFORMAT

Si us plau, si està d'acord a participar en l'estudi empleni el següent consentiment:

Jo \_\_\_\_\_ vull participar en l'estudi:  
(*nom i cognoms*)

**“La Salut Mental de les persones amb Trastorn Psicòtic des d'una perspectiva Positiva, Multidimensional i de Recuperació”.**

Donat que:

- He llegit el full d'informació que se m'ha donat iestic ben assabentat.
- He pogut fer totes les preguntes que he cregut necessàries.
- No em queden dubtes sobre l'estudi en què vaig a participar.

He parlat amb el/la Sr./Sra. \_\_\_\_\_ i entenc que la meva participació és voluntària i que puc retirar-me de l'estudi quan vulgui sense haver de donar explicacions i sense que això repercuteixi en les meves cures posteriors.

Dono lliurement la meva conformitat per participar en aquest estudi.

*(Signatura del participant)*

*(Signatura del responsable de l'estudi)*

A \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 201\_\_.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por favor, si está de acuerdo en participar en el estudio rellene el siguiente consentimiento:

Yo \_\_\_\_\_ quiero participar en el estudio:  
*(nombre y apellidos)*

**“La Salud Mental de las personas con Trastorno Psicótico desde una perspectiva Positiva, Multidimensional y de Recuperación”.**

Dado que:

- He leído la hoja de información que se me ha dado y estoy bien enterado.
- He podido hacer todas las preguntas que he creído necesarias.
- No me quedan dudas sobre el estudio en el que voy a participar.

He hablado con el/la Sr./Sra. \_\_\_\_\_ y entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que ello repercuta en mis cuidados posteriores.

Doy libremente mi conformidad para participar en este estudio.

*(Firma del participante)*

*(Firma del responsable del estudio)*

En \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 201\_\_.

## ANEXO 16. Financiación y difusión de la investigación

---

### Financiación

- **Beca de Investigación COIGI 2015.**
- **Nombre del proyecto:** La salut mental de les persones amb trastorn psicòtic des d'una perspectiva positiva, multidimensional i de recuperació.
- **Investigadora principal:** Miriam Broncano Bolzoni.
- **Equipo investigador:** Anna Maria Font Santanach, Lourdes Márquez Mora, Jordi Benítez Muñoz, Maria del Mar Aira Prunés, Dolors Juvinyà Canal.
- **Entidad financiadora:** Col·legi Oficial d'Infermers/eres de Girona.
- **Duración:** 12 meses.
- **Financiación total del proyecto:** 3000 €.

### Artículo

- Broncano-Bolzoni, M. (2016). Hacia la recuperación en la salud mental. *Revista de Enfermería Y Salud Mental*, (3), 13–20. <http://doi.org/10.5538/2385-703X.2016.3.13>

### Comunicaciones orales

- Broncano-Bolzoni, M., Feria-Raposo, I., y Carreras-Salvador, R. (2016, noviembre). *Prueba piloto de la validación de la versión bilingüe de la Escala Maryland de evaluación de la Recuperación*. Comunicación oral presentada en el XX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, A Coruña, España.
- Broncano-Bolzoni, M., González-Carrasco, M., Feria-Raposo I., y Carreras-Salvador, R. (2017, noviembre). *El bienestar personal y su relación con la satisfacción con la vida y el insight en personas con un trastorno psicótico*. Comunicación oral presentada en el XXI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, Madrid, España.

## Posters

- Broncano-Bolzoni M., Juvinyà-Canal, D., González-Carrasco, M., Lluch Canut, M. T., Márquez-Mora, L., y Casadevall-Serra, M. (2014, abril). *La conceptualización de la salud mental positiva en el siglo XXI*. Póster presentado en el XXXI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, Toledo, España.
- Broncano-Bolzoni, M., Márquez-Mora, L., Rodríguez-Vázquez, D. R., Godó-Subirana, M., y Redondo-Moreno, V. (2015, mayo). *Características del Bienestar subjetivo de las Personas con trastorno Psicótico en Tratamiento con Palmitato de Paliperidona*. Póster presentado en el XXXII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental y 2ª Conferencia Internacional de Enfermería de Salud Mental, Burgos, España.
- Broncano-Bolzoni, M., Márquez-Mora, L., Font-Santanach, A. M., Aira-Prunes, M. M., y Ramal-Márquez, A. (2016, marzo). *Revisión sobre la relación entre la salud mental positiva y las variables sociodemográficas*. Póster presentado en el XXXIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, Cádiz, España.
- Broncano-Bolzoni, M., Cerdán-Magro, M. M., Bertran-Garrido, M. M., Font-Santanach, A. M., y Aira-Prunes, M. M. (2017, abril). *El estado de recuperación de personas con trastorno psicótico en tratamiento con palmitato de paliperidona de larga duración*. Póster presentado en el XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, Murcia, España.



Universitat de Girona