

**Trabajo Final de Máster**

*Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria*

**TÍTULO:** “Estudio observacional: análisis del apoyo social percibido y la percepción subjetiva de recuperación en pacientes con trastorno mental grave”

**AUTORA:** BEATRIZ FERNÁNDEZ MUÑOZ

**DIRECTORA:** M<sup>a</sup> ÁNGELES RUIPÉREZ RODRIGUEZ

**TUTORES:** ANA VIRUELA ROYO

IVÁN CARLOS LEGASCUE DE LARRAÑAGA

**FECHA DE LECTURA:** SEPTIEMBRE 2015



## ÍNDICE

RESUMEN .....	3
ABSTRACT .....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	13
HIPÓTESIS .....	13
MATERIAL Y MÉTODO.....	14
1.-PARTICIPANTES.....	15
Ámbito de estudio.....	15
Población diana.....	15
Población estudio.....	15
Criterios de inclusión.....	15
Criterios de exclusión.....	15
Muestra.....	15
Variables.....	15
2.-INSTRUMENTOS.....	16
3.-PROCEDIMIENTO.....	17
4.-DISEÑO.....	17
5.-ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	17
6.-LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	18
7.-CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	18
RESULTADOS.....	18
DISCUSIÓN.....	23
BIBLIOGRAFÍA.....	26
ANEXOS.....	29

## **RESUMEN**

**Antecedentes:** La importancia del apoyo social y el estado subjetivo de recuperación de las personas con trastorno mental grave (TMG) son pilares fundamentales para la rehabilitación del paciente en salud mental.

**Objetivo:** Comparar la Escala MARS y la Escala de Apoyo Social Percibido, MSPSS, en el paciente con TMG.

**Método:** Estudio observacional de una muestra de 35 pacientes diagnosticados de TMG en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca y Hospital Sta. Lucía entre marzo y junio de 2015.

Las variables dependientes fueron el estado de recuperación subjetiva en personas con enfermedad mental grave cuantificada con la escala MARS (Maryland Assessment Recovery Scale) y como variable independiente el Apoyo Social Percibido, cuantificado con la escala MSPSS.

Para valorar la relación entre variables, se comparó la distribución de porcentajes de la variables sociodemográficas y por otro lado la variable dependiente con la variable independiente. Para determinar si las diferencias eran estadísticamente significativas se utilizó el cociente de correlación de Pearson.

**Resultados:** Se incluyeron 35 pacientes con una media de edad de 39.23 años y de los cuales un solo un 22.85% fueron mujeres. Al comparar las puntuaciones obtenidas en ambas escalas se obtuvieron que no hay diferencias estadísticamente significativas

**Conclusiones:** Los pacientes evaluados con TMG presentan valores favorecedores en el apoyo social percibido y en el estado subjetivo de recuperación, pudiendo actuar como factor favorecedor en la rehabilitación del paciente con TMG, pese a no haber correlación estadísticamente significativa entre las escalas.

**PALABRAS CLAVE:** Recuperación, Apoyo Social.

## **ABSTRACT**

**Background:** The importance of social support and subjective state of recovery of people with severe mental illness (SMI) are fundamental for the rehabilitation of patients in mental health pillars.

**Objective:** To compare the MARS Scale and the Scale of Perceived Social Support, MSPSS, in patients with TMG.

**Method:** Observational study of a sample of 35 patients diagnosed with TMG in the Roman Pool Psychiatric Hospital and St. Lucia Hospital between March and June 2015.

The dependent variables were the state of subjective recovery in people with severe mental illness quantified with MARS (Maryland Recovery Assessment Scale) as the independent variable and the Perceived Social Support, MSPSS quantified the scale.

To assess the relationship between variables, the percentage distribution of sociodemographic variables and on the other hand dependent variable with the independent variable it was compared. To determine whether the differences were statistically significant ratio Pearson correlation was used.

**Results:** 35 patients were included with a mean age of 39.23 years, of which only 22.85% were women. When comparing scores on both scales were obtained no statistically significant differences

**Conclusions:** Patients with TMG have assessed values favoring perceived social support and the subjective state of recovery, may act as a factor favoring the rehabilitation of patients with TMG, although there is no statistically significant correlation between the scales.

**KEYWORDS:** Recovery, Social Support.

## **INTRODUCCIÓN**

### **RECOVERY**

#### **CONCEPTO**

En los años 50, se puso en marcha el primer "movimiento de recuperación", considerado como la panacea que permitía a las personas que vivían normalmente en el hospital, lo hicieran fuera puesto que fomentaba la recuperación desde la comunidad. A partir de las luchas de los profesionales que estaban seguros de que había un mejor pronóstico y por lo tanto, una mejor vida, llegó un momento en que toda la comunidad sanitaria trabajaba de lleno en el ámbito de la recuperación. El cambio del ámbito de la recuperación implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito de una "vida creciendo más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental" (Froggatt, 2007). Así, la recuperación es un concepto multifacético. Para los servicios de salud mental es un desafío clave debido a la falta de claridad sobre lo que constituye la recuperación orientada a la práctica. El marco conceptual contribuye a esta brecha de conocimiento y proporciona una orientación práctica orientada a la recuperación (Clair Le Boutillier, 2011).

Un reciente informe de la comisión de Salud Mental (Comisión de Salud Mental de 2003) ha definido la recuperación como "el proceso en el que las personas son capaces de vivir, trabajar, aprender y participar plenamente en sus comunidades. Para algunas personas, la recuperación es la capacidad de vivir una vida plena y productiva a pesar de una discapacidad. Sin embargo, para otros, la recuperación implica la reducción o la remisión completa de los síntomas (Jenkins, 2005).

La noción de "recuperación" ha tomado recientemente el centro del escenario en la orientación política de salud mental. Sin embargo, todavía no está claro cuál es el plazo medio y lo que es estar implicado en la transformación mental sistema nacional de salud para promoverlo (Davidson, 2006).

#### **MODELOS DE RECUPERACIÓN**

Los modelos de recuperación reflejan la creencia de que "los individuos pueden trascender los límites impuestos por la enfermedad mental y las barreras sociales para lograr sus metas y aspiraciones", definiendo recuperación como "un proceso de

adaptación positivo a la enfermedad y la discapacidad, ligado fuertemente a la autoconciencia y al sentido de empoderamiento"(Barnes, 2010). Además, es un movimiento social que está influyendo en el desarrollo de servicios de salud mental en todo el mundo, refiriéndose a las experiencias subjetivas de optimismo, empoderamiento y de apoyo interpersonal, así como a la creación de servicios positivos, orientados a la recuperación.

Los modelos sociales y de recuperación se consideran la clave de la recuperación. La inclusión social, el control sobre la vida y los síntomas son los valores fundamentales en estos modelos, generando un empoderamiento activo incluyendo fortalezas en lugar de vulnerabilidad (Rusch, 2005). Es importante que, en la práctica del modelo social, exista un equilibrio óptimo entre las intervenciones de promoción de la capacidad y la justicia social. El pesimista punto de vista de la recuperación de las enfermedades mentales graves ha empezado a cambiar al promoverse un movimiento de recuperación, basado en un modelo de recuperación, en el cuidado de la salud haciendo hincapié a la esperanza, al respeto, al control de sus vidas y a los servicios de salud mental(Bellack, 2012). Por otro lado, destacar la recuperación personal puesto que ayuda a la persona a mantenerse en el camino del tratamiento, centrándose en las actividades sin relación con la toma de medicamentos que mantienen la salud mental (Yuliya Zaytseva, 2012).

## **PROBLEMAS DE LA RECUPERACIÓN**

Sin embargo, la recuperación ha contado con problemas que han dificultado su desarrollo. La falta de comprensión del concepto de recuperación inhibió estudios de las enfermedades mentales graves por centrarse en el mantenimiento y la estabilización, en lugar de promocionar el crecimiento de intervenciones para la investigación.

Sabemos que las mejoras sustanciales para las personas con enfermedades mentales graves se pueden efectuar a través de intervenciones de salud mental. Los resultados de la recuperación implican dominios interdependientes de funcionamiento (sociales, emocional, cognitivo y espiritual); el ajuste psicosocial a la discapacidad en sí; logro del bienestar subjetivo; algún grado de remisión de los signos y síntomas de la enfermedad; la mejora de actividades instrumentales y la integración comunitaria. Los resultados que se centran en las dimensiones psicológicas de recuperación, implican el desarrollo de un nuevo significado y un propósito en la vida sobre como una persona crece más allá de

los efectos de la enfermedad mental. A pesar de esto, persiste el desacuerdo sobre la medida en que estar libre de síntomas es un requisito para la recuperación o si la necesidad de tratamiento, medicamentos, hospitalizaciones se deben tener en cuenta en la definición.

Una complicación adicional es que algunos investigadores, se refieren a la recuperación como un resultado, mientras que otros se refieren a la recuperación como un proceso. La recuperación a largo plazo es cada vez más utilizada para mostrar el potencial de los enfermos mentales graves, en cuanto al crecimiento, la curación y la integración en la comunidad (Davidson, 2005). Desde una visión conceptual, en la que la recuperación ha sido concebida como un proceso, resultado, o ambos; y en segundo lugar, si la gestión de la enfermedad y la recuperación se entrelazan, casi toda la investigación sobre servicios y tratamientos se ha limitado a la gestión de la enfermedad (Mueser, 2002).

Los obstáculos en la recuperación y la inclusión social son el estigma, la pérdida de los derechos, la recepción pasiva de los servicios e intervenciones que abordan la biología en lugar de la causalidad social (Rusch, 2005). La enfermedad mental aún permanece asociada al estigma, los usuarios todavía sufren una gran discriminación (Yuliya Zaytseva, 2012). Es necesario convencer a los políticos de que la enfermedad mental ha sido estigmatizada demasiado tiempo y que su financiación ha dado lugar a la desmoralización, lagunas de tratamiento, cronicidad y la falta de vivienda (Bellack, 2012).

Un ejemplo de integración de la recuperación para excluir los problemas de la recuperación es un estudio de Personligt Ombudsman (PO), una versión sueca de gestión de casos, facilitadora de un proceso de cambio activo donde los clientes hacen sus propios cambios en la vida basados en opciones activas personales. El objetivo principal de las PO es asegurar que las personas con discapacidades psiquiátricas reciben los servicios necesarios para vivir una vida independiente en la comunidad, coordinadas con estos servicios. PO utiliza varias estrategias, que podrían ser desarrolladas en España por las organizaciones para orientar a la recuperación (Klockmo, 2012).

## **LA MEJORA DEL TMG**

En las últimas décadas, se ha demostrado que las personas con enfermedades mentales graves están logrando mayor niveles de funcionamiento, de bienestar subjetivo y saben que las enfermedades no tienen por qué causar deterioro (Davidson, 2005). Uno de los hallazgos más firmes en investigación de la esquizofrenia es que una proporción sustancial de pacientes con enfermedad se recuperará por completo y muchos más se recuperarán con buen funcionamiento social. Este cuerpo de investigación apoya el concepto de que el empoderamiento es un importante componente del proceso de recuperación guiado por el usuario y los servicios (Richard Warner, 2010). Debemos mencionar el enunciado de la Comisión Norteamericana de salud mental en 2003: “tenemos la visión de un futuro en que todas las personas con una enfermedad mental se recuperarán” (Carpenter-Song, 2005).

En una investigación cualitativa de la experiencia subjetiva de la recuperación desde la perspectiva de las personas, que viven con trastornos relacionados con la esquizofrenia, se llegó a la conclusión de que la mayoría de los participantes expresaron su sentido de la recuperación de la enfermedad y la expectativa de que sus vidas mejorarían. La mejora y la recuperación son procesos subjetivos, pero definitivamente discernibles (Carpenter-Song, 2005).

## **APOYO SOCIAL**

El apoyo social percibido representa la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quiénes les pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad. Estas personas no dan soporte social efectivo, pero constituyen para el sujeto personas disponibles o recursos para situaciones problemáticas, lo que le proporciona seguridad dentro y fuera de las situaciones estresantes. Además lo podemos definir como las conexiones que las personas establecen con otros miembros que le son significativos porque le proveen ayuda en tiempos de necesidad, permitiéndole enfrentar situaciones de estrés (Barrera, 2006). Debe entenderse como un concepto de muchos componentes, un conjunto de diferentes significados y explicaciones; es por ello que algunos teóricos prefieren definirlo como un metaconcepto. Las investigaciones realizadas respecto al efecto de intervenciones y programas de soporte y apoyo social al enfermo crónico

documentan resultados positivos con relación al desarrollo de mecanismos de afrontamiento, control del estrés generado por los efectos de la enfermedad y disminución de la ansiedad, depresión y aislamiento que acompañan la experiencia de vivir en situación de enfermedad crónica (Vega, 2009).

El apoyo social percibido junto al enfoque de recuperación ha sido adoptado por los servicios de salud mental a nivel mundial y constituye uno de los principales elementos de los servicios basados en la recuperación (Loumpa, 2012).

La investigación a menudo describe la recuperación de la enfermedad mental como un proceso individual complejo. Para desarrollar una perspectiva social en la recuperación de la salud mental, hay que determinar los factores que las personas consideran decisivos para su propia recuperación y los que los hace beneficiosos. Las relaciones sociales se identifican como la categoría central entre los factores considerados por los pacientes. Los resultados muestran que los procesos de recuperación son procesos sociales en los que las relaciones sociales juegan un papel clave (Schön, 2009).

La recuperación se desarrolla dentro de un contexto social e interpersonal. Los aspectos de la recuperación implican contribuciones de los demás, el entorno social y la sociedad. Los autores consideran importantes las implicaciones de estos factores sociales para transformar la investigación psiquiátrica y la teoría para la práctica de orientación a la recuperación (Topor, 2011).

Haciendo mención al soporte de la red social, podemos decir que es un conjunto de relaciones dinámicas en curso entre las personas significativas de una familia cercana, familiares, amigos, compañeros de trabajo u otros. A través de la interacción humana significativa, estos individuos ayudan a satisfacer las necesidades sociales básicas de una persona mediante la prestación de ayuda socio-emocional (aceptación, afecto, comprensión emocional, la empatía y la autoestima), la ayuda instrumental (asesoramiento, información, ayuda con la familia o las responsabilidades del trabajo, ayuda financiera) o ambos. El apoyo de las redes sociales es un aspecto fundamental para la inclusión social de las personas con problemas de salud mental. Debemos mencionar un estudio que buscó identificar y analizó las dificultades y posibilidades de los usuarios de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS) en la construcción de su red social extendida. Las personas con problemas de salud mental fueron capaces de

relacionarse con los demás en el CAPS. Vivir con otros en la comunidad es muy propicio para la formación de relaciones (Salles, 2013 ).

Los modelos orientados a apoyar a las personas que viven con esquizofrenia y sus familias, tienen como objetivos la mejora del conocimiento, la superación, el autocuidado, el apoyo social y las estrategias de autogestión. Estos modelos presentan importantes estrategias de creación de habilidades para las personas que viven con la enfermedad y las personas que los aman. El apoyo entre iguales como un rol profesional cuenta con una literatura emergente que necesita ser investigada. El apoyo entre iguales y el apoyo familiar dirigido a las personas que viven con esquizofrenia es un campo emergente con un gran potencial. Este impulso se ha visto acompañado por la evidencia (Duckworth, 2014). En muchos países existe una creciente conciencia de la importancia de la ayuda mutua entre los pacientes que sufren de enfermedades mentales. Tales actos proporcionan beneficios en términos de mayor sentido de actividad y auto-dependencia, que faculta y restaura la sensación de influencia sobre la propia persona y el compañero. Es un camino para facilitar el proceso de recuperación. En los últimos veinte años, el nuevo papel de los pacientes en la humanización del proceso de tratamiento en psiquiatría se expresa más plenamente por la creación de organizaciones no gubernamentales independientes. Esas organizaciones desarrollaron actividades de ayuda mutua, participación en la autoeducación, en el proceso terapéutico y, recientemente, en la investigación científica como sus principales objetivos. En Polonia, ha crecido un movimiento independiente de los pacientes desde el año 2003, como una organización de personas que padecen enfermedades mentales. Los autores de esta organización de personas (Asociación de Cracovia) la han nombrado como "abrir las puertas". Describen la historia, diversas actividades y la importancia de este movimiento que expresa la convicción de que ha llegado el momento para formular un programa a largo plazo de la promoción de actividades que apoyan el proceso de empoderamiento, la recuperación de la psiquiatría y las instituciones sociales. El movimiento promueve la responsabilidad en los pacientes junto con la ayuda de los demás (Cechnicki, 2012).

La activación de las redes sociales como una actividad integrada en la asistencia psiquiátrica estándar es posible, sin costes económicos y de organización añadidos, y parece producir un efecto que persiste mucho más allá de su aplicación (Terzian, 2013 ).

Por otro lado, el importante papel de apoyo social para las personas con enfermedades psiquiátricas tiende a restringirse centrándose en las relaciones íntimas, como amigos y

redes familiares e ignorando el papel de las relaciones informales existentes de forma natural en la comunidad. Los apoyos distales en la integración de la comunidad y la recuperación de la enfermedad mental son relevantes para comprender mejor el impacto del apoyo comunitario en el enfermo mental grave. Los resultados destacan la importancia de considerar los diversos tipos de apoyo social en los entornos naturales en el diseño de los planes de tratamiento y las intervenciones destinadas a fomentar la participación comunitaria y el funcionamiento adaptativo para las personas con discapacidades psiquiátricas (Townley, 2013).

En un artículo de Lewin (2013), se relaciona una enfermedad mental grave con los factores psicológicos como la autoeficacia, el apoyo social y los factores de riesgo conocidos. Se realizó una entrevista incluyendo datos demográficos, anamnesis psiquiátrica y el cuestionario de Apoyo Social entre otros. La alta autoeficacia y los altos niveles de apoyo social percibido fueron los factores de protección más fuertes para los síntomas del TMG. Estos hallazgos sugieren que el examen de la autoeficacia y el apoyo social percibido en el entorno de rehabilitación hospitalaria puede evitar el agravamiento del TMG (Lewin, 2013).

El nuevo paradigma de la recuperación ha puesto de relieve la importancia de las relaciones sociales positivas, pero poco se sabe acerca de su papel en la recuperación (Padgett, 2008). Es por ello que hemos considerado de interés indagar en el tema de la recuperación relacionándolo con el apoyo social. Encontrar una relación significativa entre ambas puede dar lugar a dar un paso más en lo que al tema de recuperación respecta.

## **CONCLUSIONES**

Para reconocer la recuperación como un objetivo, es esencial ser capaz de elaborar y poner en marcha programas y luego ser capaz de medir la efectividad. Es por ello que usar la escala MARS resulta indispensable para medir un elemento clave en resultados favorables. Queda por verse si la adopción de las políticas de gobierno defiendan la recuperación permitiendo los fondos de los programas necesarios (Froggatt, 2007).

Según Davidson, existen nociones para la transformación de la salud mental a niveles políticos (Davidson, 2006). Un objetivo de la política internacional es orientar a los

servicios de salud mental para el apoyo de la "recuperación". El progreso actual hacia una orientación de recuperación en los servicios de salud mental se resume en una política a favor de la recuperación que está en avance de la evidencia científica y la práctica clínica. Esto sustenta una propuesta de nuevo enfoque para la evaluación del servicio, que combina consecución de los roles sociales objetivamente valorados con valores personales (Slade, 2010).

El concepto de recuperación no está bien definido y hasta hace poco no ha habido una medida fiable y válida con la que basar un programa de investigación. Se describe brevemente la escala MARS y datos preliminares, que demuestran que la recuperación no es un simple subproducto de dominios de resultado tradicionales, pero parece ser una clara construcción, que puede tener implicaciones importantes para la comprensión de los pacientes con enfermedad mental grave y para la evaluación de los resultados de programas de tratamiento (Bellack, 2012). En relación al artículo de Klockmo que promueve la integración de la recuperación en Suiza, facilitando un proceso de cambio activo donde el paciente es protagonista y autosuficiente de su propia vida podemos señalar en cuanto a nuestro estudio que hay una falta de revisión sistemática y esto podría ser resuelto mediante el uso de un instrumento de evaluación, es por ello que validar la escala MARS resultaría de gran interés para promover este tipo de programas y avanzar en la recuperación (Klockmo, 2012).

Con muy poca investigación sobre la recuperación, tenemos que seguir adelante para llenar los espacios en blanco y que sea una realidad basada sólidamente con la buena voluntad y las buenas ideas de los profesionales de la salud mental. Principalmente, en el campo de la rehabilitación, estamos "dispuestos" a la posibilidad de que la recuperación suceda. Se necesita mucho por hacer para que este concepto o filosofía de recuperación se convierta en una realidad de práctica efectiva.

Ya sabemos cuáles son nuestras metas, aunque no estamos seguros de cómo alcanzarlas, el optimismo de todos los interesados y la creencia de que los objetivos son posibles de lograr. Destacar nuevamente a Froggatt D. con la citación, "El viaje más largo comienza con un solo paso" (Froggatt, 2007).

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Analizar la escala MARS con la escala de Apoyo Social Percibido.

### **ESPECÍFICOS**

Medir la percepción subjetiva de recuperación (concepto de recuperación) en pacientes con TMG.

Medir el Apoyo Social percibido en pacientes con TMG.

Establecer descriptivamente el tipo de TMG, género, edad y estado civil.

## **HIPÓTESIS DE TRABAJO**

Qué relación existe entre la entrevista MARS que evalúa cómo se siente el paciente en concepto de recuperación y cómo se correlaciona con el apoyo social percibido.

**Ho (hipótesis nula)**= existe correlación estadísticamente significativa entre la percepción subjetiva de la recuperación medida con la Escala MARS y el apoyo social percibido medido con la Escala MSPSS, en pacientes hospitalizados en Unidades de Corta Estancia Psiquiátrica.

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

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **1. PARTICIPANTES**

La muestra del estudio estará compuesta por 35 pacientes con trastorno mental, dentro del rango de edad de 18 a 70 años, de ambos sexos.

#### **Ámbito de estudio**

El contexto dónde se realiza el estudio son las unidades psiquiátricas de hospitalización breve de la región de Murcia concretamente la unidad de corta estancia de del Hospital Psiquiátrico Román Alberca y la unidad psiquiátrica del Hospital Sta. Lucía en Cartagena. Podemos mencionar que el área de influencia de la región de Murcia abarca a 9 gerencias de áreas de salud (centrándonos en el en el área IV, V, II).

#### **Población diana**

Todos los pacientes con Trastorno Mental Grave hospitalizados en la Unidad de Corta Estancia (UCE) del Hospital Psiquiátrico Román Alberca y la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) del Hospital Sta. Lucía de Cartagena.

#### **Población de estudio**

Pacientes con TMG hospitalizados, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión.

#### **Criterios de inclusión**

Pacientes con edades entre 18 y 70 años.

Diagnosticados de TMG según criterios de DSM-V, tratados en unidades de hospitalización breve del H. Román Alberca y H. Sta. Lucía.

Haber necesitado seguimiento por rasgos de TMG al menos 6 meses.

Prestar el consentimiento informado firmado.

#### **Criterios de exclusión**

Pacientes que estén cognitivamente deteriorados o por los efectos de los fármacos no puedan rellenar la escala.

Pacientes que no acepten participar en el programa.

## **Muestra**

El tamaño de la muestra elegido son 35 pacientes seleccionados a través de la UCE del H. Psiquiátrico Román Alberca de Murcia, que da cobertura a las Áreas de Salud IV Noroeste y V Altiplano, y en el Hospital Sta. Lucía de Cartagena (área II).

## **Variables**

Estado de recuperación subjetiva en personas con enfermedad mental grave cuantificada con la escala MARS (Maryland Assessment Recovery Scale).

Apoyo Social Percibido (cuantitativa discreta), cuantificada con la escala MSPSS.

## **De ajuste (socio-demográficas y clínicas)**

Edad (cuantitativa continua).

Género (cualitativa dicotómica)

Estado civil (cualitativa nominal)

Diagnóstico de TMG (cualitativa nominal)

## **2. INSTRUMENTOS**

Los datos fueron recogidos mediante las siguientes escalas auto administradas (MARS, MSPSS), cumplimentadas por los propios pacientes. Se recogieron en el UCE de Murcia y en UHB de Cartagena (antes del alta prevista del paciente).

La primera recogida de datos fue el **Cuestionario de datos Sociodemográficos y datos Clínicos**.

Cuestionario que recoge los siguientes datos:

- Sociodemográficos: fecha de nacimiento, género y estado civil.
- Clínicos: diagnósticos DSM IV y tipo de dispositivo en el que se haya llevado a cabo predominantemente la intervención terapéutica de rehabilitación (UCE/UHB).

La segunda Escala utilizada fue **la Evaluación de Maryland de la Recuperación de personas con Enfermedades Mentales Graves (MARS)** (variable de efecto o de resultados). Fue desarrollada utilizando un proceso repetido por un equipo de seis científicos doctorados clínicos con experiencia en enfermedades mentales serias y en recuperación. La escala MARS no está altamente correlacionada con la recepción de la recuperación orientada tratamiento o con la satisfacción del mismo. Tenemos mucho que aprender acerca de qué tipos de servicios de tratamiento mejorará la recuperación y cómo evaluar el grado en que los servicios lo cumplen. Actualmente se encuentra en proceso de validación en España. El instrumento autoaplicado está diseñado para evaluar el estado de la recuperación en las personas con enfermedad mental grave. Consta de 25 ítems, los cuales se puntúan en escala Likert de: Nada en absoluto, a Mucho; pasando por: Un poco, Algo y Bastante. La MARS se tarda menos de 10 minutos en completar y sus ítems están escritos en un nivel de lectura de cuarto grado, por lo que es práctico para su uso en la investigación y para el servicio agencias de entrega. También es fácil de traducir a múltiples idiomas.

La tercera escala utilizada fue la **Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS)** de Zimet y cols. Fue diseñada en 1988 específicamente, para centrarse en la evaluación subjetiva o percibida de los apoyos sociales, considerando tres fuentes particulares: la familia, los amigos y otras personas significativas. Es breve y fácil de aplicar y se ha demostrado su validez psicométrica en varios estudios. Su escala de respuesta corresponde a una escala de acuerdo que va desde: 1 = muy en desacuerdo a 7 = muy de acuerdo (Bruwer, 2008). El instrumento fue adaptado al castellano por Landeta, O. y Calvete, E. (2002)

### **3. PROCEDIMIENTO**

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

Para la evaluación, los pacientes fueron captados de manera individual tras ser informados y firmar el consentimiento. La sesión individual tenía una duración media de 15 minutos, según el nivel de comprensión del paciente. Primeramente, junto con los datos sociodemográficos se pasaba el cuestionario MARS, seguido del MSPSS. Al ser

cuestionarios auto-administrados no contaba con la ayuda del investigador, salvo en pacientes que no comprendían alguno de los ítems.

Con el objetivo de sacar el mayor beneficio a los datos recogidos, se decidió compartir los datos de la muestra con otra compañera, que analizaba la influencia de la satisfacción de los usuarios en su recuperación en las mismas unidades de hospitalización psiquiátrica mencionadas en nuestro estudio utilizando la Escala MARS y un cuestionario de satisfacción, y con la que se han realizado dos reuniones. Una para enfocar y repartir el trabajo, y otra después de recoger muestra.

#### **4. DISEÑO**

Investigación de tipo observacional, en la que no se manipulan las variables de estudio y en la que se analizará: si existen relaciones entre la percepción subjetiva de la recuperación (medida con la Escala MARS) y diferentes constructos relacionados con la percepción subjetiva del Apoyo Social Percibido (medidos con la Escala MSPSS).

#### **5. ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Para valorar la relación entre variables, se comparó si las diferencias eran estadísticamente significativas utilizando el coeficiente de correlación de Pearson.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas definidas, comparando la distribución de porcentajes de las variables sociodemográficas y por otro lado, de la variable dependiente con la variable independiente. Para valorar la asociación entre cada variable dependiente y la variable independiente y determinar si las diferencias eran estadísticamente significativas, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para variables no paramétricas. Los análisis de datos se realizaron con el paquete estadístico SPSS y Microsoft Excel.

## 6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal dificultad fue la limitación al recoger la muestra. Únicamente, realizaban la escala los pacientes que iban a ser dados de alta, se excluyeron los pacientes más graves hospitalizados. Muchos de ellos se negaban a rellenarla.

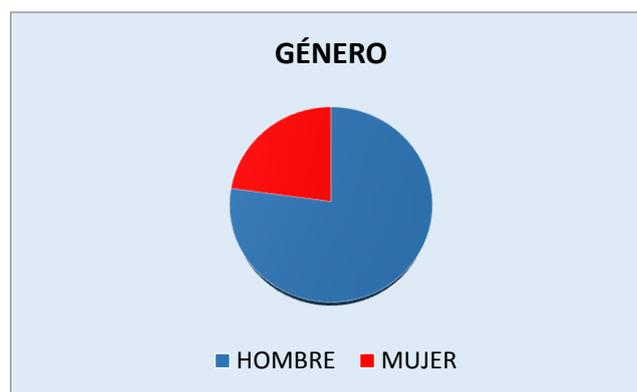
## 7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Antes de incluir a los pacientes en el estudio, se les informó de la finalidad del estudio. Se facilitó el consentimiento informado, se les notificó la libertad que tenían de la realización y del tratamiento confidencial de sus datos.

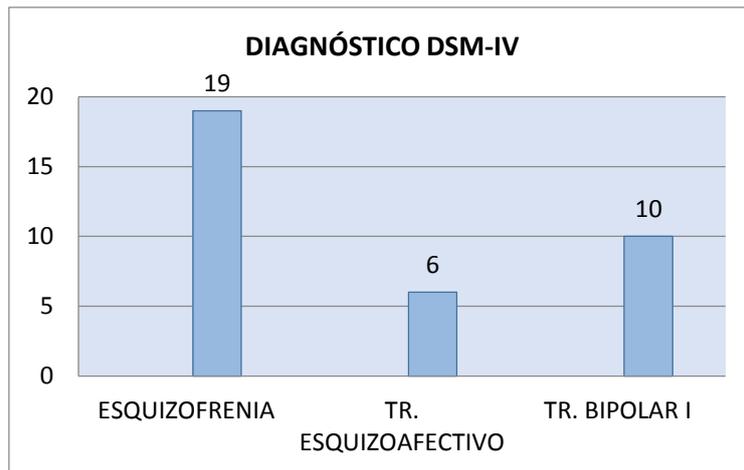
Se informó al comité ético del H. Psiquiátrico Román Alberca y H. Sta. Lucía para realizar el estudio, siempre cumpliendo con los principios de confidencialidad tenido en cuenta la protección de datos del paciente según la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

## RESULTADOS

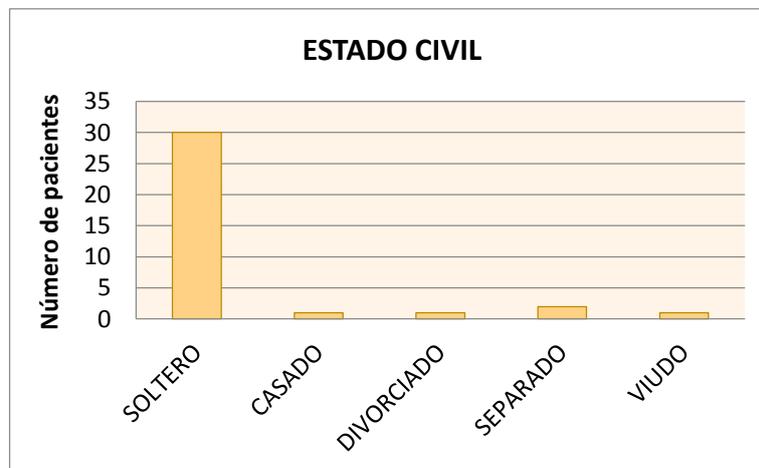
Se han incluido 35 pacientes diagnosticados con TMG de las unidades de hospitalización psiquiátrica, con una media de edad de 39,23 años y un 77 % de hombres.



Predomina el género masculino. Las mujeres son minoría con un 23%. Existe una clara diferencia significativa en cuanto al género.

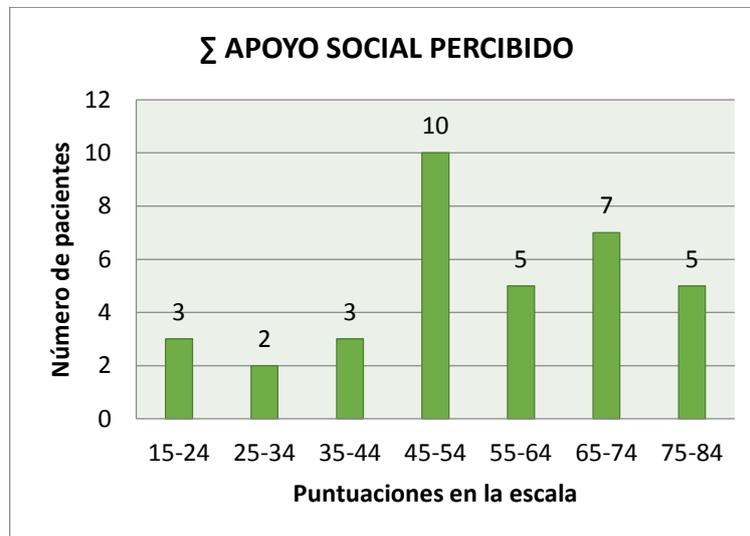


Los diagnósticos por excelencia fueron la esquizofrenia con un 54,28%, seguido del Trastorno Bipolar con un 28,58% y el Trastorno Esquizoafectivo con un 17,14%. Se omitieron los demás diagnósticos incluidos en el cuestionario dada la escasa prevalencia. El tiempo medio de seguimiento en las unidades de hospitalización breve fue de 120 días.



En relación al estado civil, se puede evidenciar que la mayoría son solteros (n=30; 85,71%). Estos datos nos confirman la situación de exclusión social y desarraigo del enfermo mental en la sociedad actual. La soltería y la desvinculación familiar hacen que se fomente la falta de identidad y valía personal, sin tener en cuenta el empoderamiento.

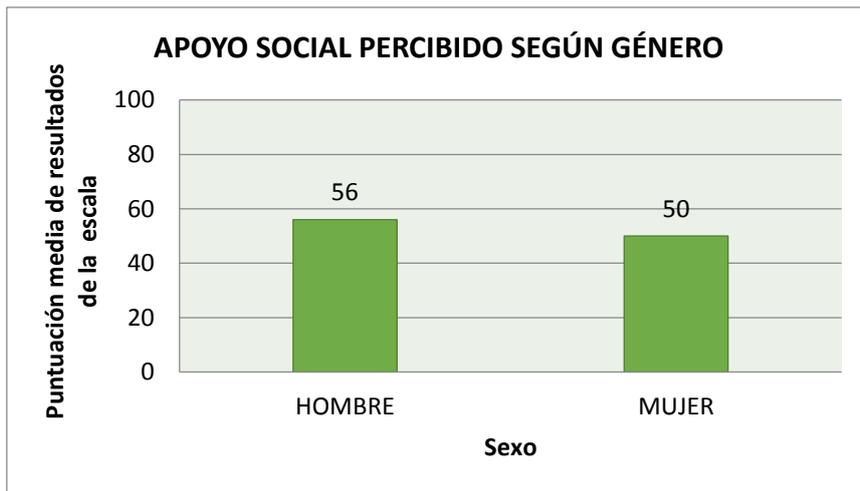
Finalizado el análisis de los datos sociodemográficos procederemos al análisis de las escalas relevantes.



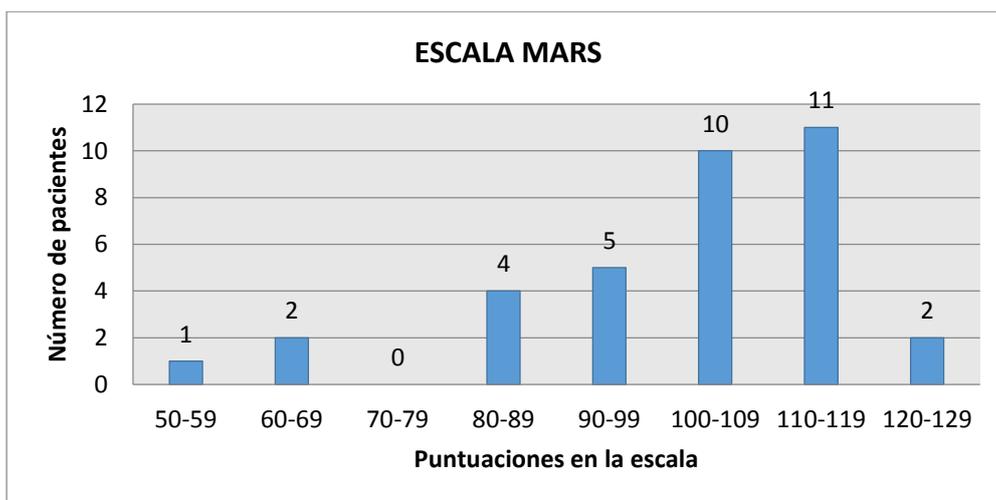
En cuanto a la Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS), no hay puntuación de corte. La puntuación mínima que se puede obtener es de 12 puntos y la máxima 84.

Hemos dividido en intervalos las puntuaciones totales de los participantes para cuantificarlas de manera más clara. La mayoría de los pacientes presentan el intervalo 45-54, seguido del intervalo 65-74. De manera igualitaria se presenta el intervalo 55-64 y 75-84. Hay diferencias significativas en cuanto a que 27 pacientes presentan puntuaciones superiores a 45 puntos. Podemos decir que la mayoría de los participantes (77%).

En general, podemos decir que prevalecen los pacientes que tienen una percepción mayor de apoyo social. De la puntuación media de apoyo social a mayores puntuaciones, contamos con un 77% del total. De manera minoritaria, se encuentra que un 22,85% de los pacientes percibe menos apoyo social.



En relación al género, los datos muestran que los hombres perciben mayor apoyo social, aunque poco difiere respecto a las mujeres. Los hombres alcanzan una puntuación de 56 y las mujeres 50. Se diferencian en 6 puntos, la diferencia no es significativa.

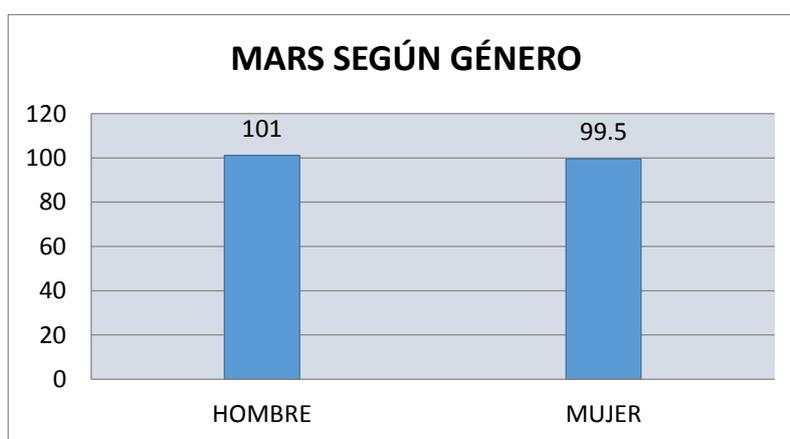


En cuanto a la Escala MARS, no hay puntuación de corte. La puntuación mínima que se puede obtener es de 25 puntos y la máxima 125.

Analizando los datos de la Escala MARS, también se ha considerado importante diferenciar en intervalos de 10 las puntuaciones totales de los participantes para clarificar los datos dada la dispersión de resultados. La mayoría de los pacientes (n=21) obtienen puntuaciones que están en los intervalos de 100-109 (28,5% de la muestra total) y 110-109 (31% de la muestra total), concluyendo que la mayoría de los pacientes evaluados consideran tener un buen estado de recuperación, unas afirmaciones positivas sobre sus actitudes y creencias referidas a su salud y bienestar.

En la media de los intervalos de puntuación de 80-89 y 99-99 encontramos un 11.42% y 14,28% de la muestra total de los pacientes.

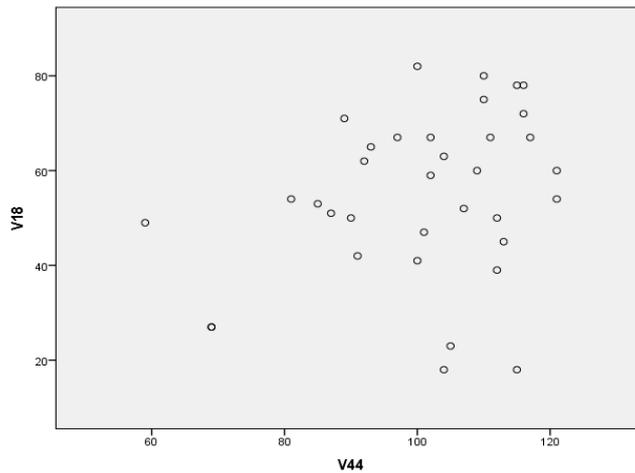
Los porcentajes de los intervalos más desfavorables son el 50-59 (2,85% del total de la muestra de los pacientes) y 60-69 (5,71% del total de la muestra de los pacientes). Se puede afirmar que los pacientes evaluados en general, consideran encontrarse en un buen estado de recuperación. Hay diferencias significativas dado que 32 de los pacientes tienen puntuaciones superiores a 80 en la escala, lo cual resulta favorecedor en cuanto al concepto de recuperación se trata. Únicamente 3 pacientes obtienen puntuaciones desfavorables.



No encontramos diferencias significativas en cuanto a diferencia de género respecto a la escala MARS.

#### ANÁLISIS CORRELACIONAL ENTRE EL SUMATORIO DE LA ESCALA DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y LA ESCALA MARS.

Se representa en la siguiente gráfica, el coeficiente de correlación de Pearson para variables no paramétricas. Como podemos observar, nos encontramos con una gran dispersión, sin un patrón claro.



CORRELACIONES		MARS
Apoyo	Correlación de Pearson	,288
Social	Sig. (bilateral)	,093
Percibido	N	35

$r=0.288$ ; lo cual significa que no hay correlación, las variables no están relacionadas.

$p=0,093 \rightarrow p \geq 0.05$ . No existe correlación estadísticamente significativa.

#### Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de V18 es la misma entre las categorías de Diagnóstico DSM IV-TR.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,014	Rechazar la hipótesis nula.
2	La distribución de V44 es la misma entre las categorías de Diagnóstico DSM IV-TR.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,050	Retener la hipótesis nula.

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

Según el análisis correlacional de la escala MARS y la escala MSPSS, el índice de correlación fue de  $r=0.288$ , es decir, muy baja correlación, y su significación fue de  $p=0,093$  por lo que, no existe correlación estadísticamente significativa entre las variables.

## **DISCUSIÓN**

La Escala MARS se ha desarrollado con la intención de evaluar la recuperación de personas con Enfermedades Mentales Graves. Actualmente, se conoce que está en proceso de ser validada en España.

Los resultados de nuestro estudio muestran como la mayoría de los pacientes evaluados (n=21, 60%) presentan afirmaciones positivas sobre sus actitudes referidas a su salud y bienestar. Con nuestros resultados favorables podemos concluir que hay diferencias significativas en relación al buen estado de recuperación del paciente. Los participantes eran pacientes con TMG que habían estado hospitalizados en la unidad de corta estancia psiquiátrica y se marchaban de alta, lo cual indica que la escala muestra de manera fiable, las percepciones del paciente, en cuanto a su estado de recuperación englobando su sentido de empoderamiento y valía personal, más que la finalidad del ingreso en sí. Con nuestros resultados de la escala MARS, contribuimos a dar un paso más en el campo de la investigación de la recuperación del paciente con TMG.

Para enriquecer nuestro estudio, aplicamos la Escala de Apoyo Social Percibido junto a la Escala MARS para posteriormente correlacionarlas. Esta escala es un instrumento de medida idóneo para evaluar la percepción que la persona tiene de los apoyos sociales. Se ha demostrado su validez psicométrica en varios estudios. Los resultados obtenidos en nuestro estudio son favorables. Se obtuvo una muestra mayoritaria de pacientes (n=27, 77%) que percibían mayor Apoyo Social (de la puntuación media obtenida a mayores puntuaciones).

En cuanto a los resultados sociodemográficos de nuestro estudio, podemos decir que el perfil del participante evaluado es varón (predomina el sexo masculino con un 77%), soltero (85,71 del total) y está diagnosticado de esquizofrenia paranoide (54,28% del total). Cuando relacionamos las Escalas del estudio con el género no encontramos diferencias significativas. Los resultados del perfil sociodemográfico de los participantes evaluados nos evidencia la gran prevalencia de la esquizofrenia y el perfil de este tipo de pacientes (solteros y varones). Los resultados evidencian que los participantes muestran un aspecto positivo de recuperación y de apoyo social.

La atención sanitaria psiquiátrica está en proceso de cambio positivo, dando un enfoque distinto de atención dónde el concepto global de recuperación y el apoyo social son pilares fundamentales para la mejoría del paciente con TMG. Planificar y orientar junto

a los pacientes sus progresos, dónde ellos son los protagonistas fundamentan la evolución del concepto.

La aplicación conjunta de la Escala de Apoyo Social percibido y la Escala MARS, nos ha permitido valorar la correlación existente entre ambas. El análisis correlacional realizado entre las escalas nos permite concluir que no existe una relación entre ellas, no encontramos correlación estadísticamente significativa, es decir, las variables no están relacionadas. La explicación de este resultado puede ser el grado de subjetividad de ambas y el pequeño tamaño de muestra. Cada una dispone de dos enfoques distintos muy subjetivos y la muestra no es muy amplia dada la ambigüedad de lo que medimos. Pese a que toda escala es en principio subjetiva, pero ello no la hace inválida. El grado de subjetividad no debería ser lo que imposibilita que exista relación. Otra explicación, sería que otras variables son más influyentes en el proceso de recuperación que el apoyo social, que aunque ayuda, es significativo y necesario, pero no depende de ello la recuperación. No un mayor apoyo da lugar a una mayor recuperación, y no cuando hay mayor recuperación, hay mayor apoyo. Así, quizá el tamaño de la muestra, puede afectar; quizá sería necesario evaluar más pacientes, para corroborar los resultados de si existe relación o no entre ambas. Según mi experiencia personal el apoyo social puede influir más a que el paciente tenga más conciencia de su enfermedad mental, tenga más iniciativa a acudir a las sesiones grupales y muestre más interés en las actividades de la vida diaria; y no tanto a la recuperación, que puede ser mayor o menor según otras variables.

Pese a no existir correlación, los resultados obtenidos de ambas escalas son positivos. La mayoría de participantes evaluados presentan puntuaciones altas en una y otra escala simultáneamente, lo cual nos indica que tienen una apreciación positiva de su concepto de recuperación y de la percepción de apoyo social.

Trabajar con la escalas conjuntamente nos facilita planificar los apoyos que el paciente pueda necesitar, orientando procesos de cambio en las carencias detectadas y evaluando posteriormente, lo ejecutado. Indagar en el concepto de recuperación con la escala MARS junto a otra escala nos permite el desarrollo de planes individuales certeros que, desde una estrategia de planificación centrada en la persona, permitirán avanzar a las organizaciones en sus procesos de mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental. Muchas otras variables pueden influir de manera positiva en el

concepto de recuperación. Optar por el apoyo social percibido en nuestro estudio, es una manera de documentar que el trabajo entre todos desde la sociedad y desde el núcleo familiar o cercano del paciente puede optimizar el metaparadigma de la recuperación.

Los resultados de nuestro estudio son beneficiosos aunque no se disponga de otros estudios con los que poder comparar, dada la falta de revisión sistemática. Sí debemos hacer mención al trabajo de Klockmo (2012) para que sirva como referencia a seguir, para promocionar en nuestro país la integración de la recuperación, facilitando un proceso de cambio activo donde el paciente es protagonista y autosuficiente de su propia vida. Otro estudio que resulta de interés hacer referencia para comprender mejor el impacto del apoyo comunitario es el de Townley (2013). Es importante considerar los diversos tipos de apoyo social en los entornos naturales. Se hacen indispensables los planes de tratamiento y las intervenciones destinadas a fomentar la participación comunitaria ya que sin la colaboración de todos sería imposible el funcionamiento adaptativo de las personas con enfermedades psiquiátricas (Townley, 2013).

Estamos de acuerdo con las aportaciones de estos autores en relación a nuestro estudio, al disponer de más información para enfocar dichos programas en nuestro medio. Para la evaluación de dichos programas, queda patente la necesidad y la utilidad de contar con un instrumento que permita ofrecer la oportunidad de desarrollar programas más ajustados a la percepción de la recuperación de las personas. Para promover este tipo de programas, avanzar en la recuperación y medir la efectividad de los resultados favorables, resulta de gran interés validar la escala MARS. Así, todos los estudios que se desarrollen contribuirán a acrecentar la investigación sobre la recuperación y podrán permitir conocer las ventajas y limitaciones del uso de la escala, y sus repercusiones en la recuperación de las personas con enfermedad mental grave.

No obstante, queremos enfatizar que este es un estudio preliminar. Estos datos se presentarán en estudios posteriores realizados por tutores de la universidad con el objetivo de validar la escala MARS en los que se contará con muestras más amplias, utilizando análisis psicométricos más robustos. No obstante, cabe destacar que se necesita trabajar mucho para que la filosofía de recuperación se convierta en una realidad firme.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Asociación Médica Mundial. (1964). *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones en seres humanos.*

Barnes, H. (2010). DOES MENTAL ILLNESS HAVE A PLACE ALONGSIDE SOCIAL AND RECOVERY MODELS OF MENTAL HEALTH, IN SERVICE USERS' LIVED EXPERIENCES? *Living and Learning, Learning and Teaching: mental health in higher education* , 1-4.

Barrera, G. L. (2006). La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Investigación educativa enfermera*, 24 (1): 36.

Bellack, A. A. (2012). Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry* , 11:156-160.

Bruwer, A (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry* , 49: 195-201.

Carpenter-Song, J. H. (2005). THE NEW PARADIGM OF RECOVERY FROM SCHIZOPHRENIA: . *Culture, Medicine and Psychiatry* , 29: 379–413.

Cechnicki, L. A. (2012). New role of people suffering from mental illnesses in treatment and recovery. *Psychiatr Polish* , 46 (6): 9995-1005.

Clair Le Boutillier, M. L. (2011). What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance. *Psychiatric Services* , Vol. 62 No. 12 1470-1476.

Davidson, C.H. (2006). The Top Ten Concerns About Recovery Encountered in Mental Health System Transformation. *PSYCHIATRIC SERVICES* , Vol. 57 No. 5.

Davidson, C. H. (2005). Recovery from Severe Mental Illnesses: Research Evidence and Implications for Practice. 3-4.

Duckworth, K. H. (2014). Peer support and peer-led family support for persons living with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* , 27(3): 216-21.

Froggatt, D. (2007). The Concept of Recovery. *World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders* , 1-4.

Humphries, B. (2005). From margin to centre: Shifting the emphasis of social work research. *Social Work Futures* , 279-292.

Jenkins, J. H. (2005). Subjective Experience of Recovery from Schizophrenia-related disorders and atypical antipsychotics. *INTERNATIONAL JOURNAL OF SOCIAL PSYCHIATRY* , Vol 51(3): 211–227.

Klockmo, C. S.-U. (2012). Moving toward a recovery-oriented approach in the Swedish mental health system an interview study of Personligt Ombud in Sweden. *Vulnerable Groups & Inclusion* , 1-16.

- Lewin, J. M. (2013). The influence of self-efficacy, pre-stroke depression and perceived social support on self-reported depressive symptoms during stroke rehabilitation. *Neuropsychology Rehabilitation* , 23 (4): 546-62.
- Loumpa, V. (2012). Promoting recovery through peer support: possibilities for social work practice. *Society Work Health Care* , 51(1):53-65.
- Mueser, K. C. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric Services* , 53, 1272-1284.
- Padgett, H. B. (2008). Social relationships among persons who have experienced serious mental illness, substance abuse, and homelessness: Implications for recovery. *Am J Orthopsychiatry* , 78(3):333-9.
- Warner, R. (2010). Does the scientific evidence support the recovery model? *The Psychiatrist Online* , 34:3-5.
- Rusch, H. (2005). Mental Illness stigma: Concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry* , 20 529-539.
- Salles, M. B. (2013 ). Social inclusion of individuals with mental health problems: building social networks in everyday life]. *Cien Saude Colet* , 18(7):2129-38.
- Schön, D. A. (2009). Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *International J Soc Psychiatry* , 55(4):336-47.
- Slade, M. (2010). Measuring Recovery in Mental Health Services. *Isr J Psychiatry Relat Science* , Vol 47 - No.3 (206-212).
- Terzian, E. G. (2013 ). Social network intervention in patients with schizophrenia and marked social withdrawal: a randomized controlled study. *Can J Psychiatry* . , 58(11):622-31.
- Topor, B. M. (2011). Not just an individual journey: social aspects of recovery. *Int J Soc Psychiatry* , 57(1):90-9.
- Townley, G. M. (2013). A little goes a long way: the impact of distal social support on community integration and recovery of individuals with psychiatric disabilities. *Am J Community Psychology* , 52(1-2):84-96.
- Vega, A. O. (2009). Social support key element in confronting chronic illness. *Enfermería global* , 0-0.
- Yuliya Zaytseva, I. Y. (2012). Recovery in Schizophrenia focus on Neurocognitive functioning. *Psychiatria Danubina* , Vol. 24, Suppl. 1, 172–175.

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

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

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

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

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

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

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

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

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

*Agradecemos su colaboración.*

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

Lugar y Fecha:.....

Código de disociación de datos del Usuario:

Nombre del Investigador:

Fecha de la evaluación:

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

A) Fecha de Nacimiento (DD-MM-AA):

B) Género:

- 1 – Hombre
- 2 – Mujer
- 3 – Otro

C) Años de Estudios Completados:

D) Estado Civil:

- 1 – Soltero/a
- 2 – Casado/a
- 3 – Divorciado/a
- 4 – Separado/a
- 5 – Viudo/a
- 6 – Otro

**DATOS CLÍNICOS**

E) Año de inicio del tratamiento de la enfermedad mental:

F) Diagnóstico DSM-IV (confirmado mediante SCID-I):

- 1 - Esquizofrenia (F20)
- 2 - Trastorno delirante (F22)
- 3 - Trastorno psicótico compartido (F24)
- 4 - Trastorno esquizoafectivo (F25)
- 5 - Trastorno psicótico no especificado (F29)
- 5 - Trastorno bipolar I (F31)
- 6 - Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante, grave con síntomas psicóticos (F32.3, F33.3)

G) Número de hospitalizaciones por causa psiquiátrica:

H) Días estimados de ingreso en hospital psiquiátrico:

I) Tipo de dispositivo en el que se haya llevado a cabo predominantemente la intervención terapéutica de rehabilitación:

- 1 - Hospitalario
- 2 - Comunitario
- 3 - Otro

## VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA MARS

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

1. Puedo influir sobre asuntos importantes en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

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

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

3. Creo que es posible mejorar.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

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

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

5. Tengo habilidades que me ayudan a tener éxito.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

6. Mis fortalezas son más importantes que mis debilidades.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

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

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

8. Puedo tener una vida plena y satisfactoria.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

9. Me corresponde a mí marcarme mis propias metas.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

10. Creo que tomo buenas decisiones en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

11. Soy responsable de hacer cambios en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

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

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

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

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

14. Soy responsable de cuidar mi salud física.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

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

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

16. Creo que soy una persona fuerte.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

17. Estoy esperanzado sobre el futuro.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

18. Me siento querido.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

19. Suelo saber qué es lo mejor para mí.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

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

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

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

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

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

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

23. Puedo reponerme de mis problemas.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

24. Me siento aceptado tal y como soy.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

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

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

*Puntuación total:*

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

## ESCALA DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

Lee cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indica tu acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en Desacuerdo	Bastante en Desacuerdo	Más Bien en Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más Bien de Acuerdo	Bastante de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo

1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en un situación difícil	1	2	3	4	5	6	7
2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías	1	2	3	4	5	6	7
3. Mi familia realmente intenta ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito	1	2	3	4	5	6	7
5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí	1	2	3	4	5	6	7
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal	1	2	3	4	5	6	7
8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías	1	2	3	4	5	6	7
10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones	1	2	3	4	5	6	7
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos	1	2	3	4	5	6	7

Adaptación al castellano: Landeta, O. & Calvete, E. (2002). Adaptación y Validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Revista de Ansiedad y Estrés*, 8(2-3), 173-182.