



Máster en Psicología General Sanitaria

Adaptación del Recovery Process Inventory (RPI) al castellano

Trabajo Fin de Máster (2021-2022)

Alumna: Lide Mendizabal
Directoras: Arantxa Gorostiaga y Nekane Balluerka

ÍNDICE

Resumen.....	3
1. Fundamentación teórica de la investigación.....	4
1.1. El constructo de recuperación personal.....	4
1.2. El concepto de recuperación personal y su implementación en distintos países.....	7
1.3. Instrumentos que miden la recuperación.....	8
1.4. Importancia de la adaptación y directrices que deben seguirse para adaptar instrumentos de evaluación.....	14
2. Estudio empírico: Adaptación del Recovery Process Inventory (RPI) al castellano	17
2.1. Objetivos	17
2.1.1. Objetivo general	17
2.1.2. Objetivos específicos.....	17
2.2. Fase de traducción y entrevistas cognitivas	20
2.2.1. Participantes	20
2.2.2. Instrumentos	20
2.2.3. Procedimiento.....	21
2.2.4. Resultados	22
2.2.5. Conclusiones	24
2.3. Fase piloto	25
2.3.1. Participantes	25
2.3.2. Instrumentos	26
2.3.3. Procedimiento.....	26
2.3.4. Análisis de datos.....	27
2.4. Fase experimental.....	28
2.4.1. Participantes	28
2.4.2. Instrumentos	28
2.4.3. Procedimiento.....	29
2.4.4. Análisis de datos.....	30
2.5. Fase de tipificación.....	30
2.5.1. Participantes	31
2.5.2. Análisis de datos.....	31
3. Conclusiones.....	31
4. Referencias	33

5. Anexos.....40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Fases de investigación, objetivos específicos y procedimientos de análisis 18

Resumen

En las últimas décadas, el concepto de la recuperación ha ido cambiando de perspectiva, desde una perspectiva más médica a una perspectiva más personal. A diferencia de la recuperación médica, la recuperación personal no tiene solo en cuenta la reducción de los síntomas, sino que engloba todo un proceso personal. Centrándonos en el modelo de la recuperación personal, existen instrumentos que evalúan los cambios que está realizando una persona en su recuperación, pero al ser un concepto nuevo, apenas se dispone de instrumentos que permitan medirlo en castellano. Por ello, y teniendo en cuenta la importancia de este concepto en el ámbito de la psicología, el objetivo del presente trabajo es adaptar, a la lengua y cultura española, un instrumento para evaluar la recuperación. Partiendo de revisiones llevadas a cabo por diversos autores en torno a los instrumentos para medir la recuperación, se decidió adaptar el *Recovery Process Inventory* (RPI; Jerrell et al., 2006) por ser un instrumento breve que presenta adecuadas propiedades psicométricas. En este trabajo se presentan las fases que configuran el proceso de adaptación del RPI. Dado que se trata de un estudio en curso, se incluyen los resultados derivados de la fase de traducción, en la que participaron 5 personas expertas en recuperación, de las que 4 también eran expertas en el ámbito psicométrico, una persona licenciada en filología, una traductora profesional y una de las autoras del test, y los resultados derivados de la aplicación de entrevistas cognitivas a un grupo de expertos/as en recuperación personal y a un grupo de usuarios/as de servicios de salud mental. Además, se describen los participantes, los instrumentos, el procedimiento y las técnicas de análisis de datos que se utilizarán en la fase piloto, en la aplicación experimental a una muestra amplia de sujetos y en la fase de tipificación con el objetivo de culminar el proceso de adaptación. Por último, se señalan las conclusiones que esperan obtenerse en el estudio.

Palabras clave: recuperación personal, adaptación de instrumentos, salud mental, propiedades psicométricas.

1. Fundamentación teórica de la investigación

1.1. El constructo de recuperación personal

El concepto de la recuperación personal en la salud mental ha ido adquiriendo importancia desde el movimiento de desinstitutionalización (Anthony, 1993) y el movimiento de apoyo comunitario que se desarrolló a principios de los 70 (Davidson & White, 2007; Onken et al., 2002). Estos movimientos dieron voz a la visión actual del concepto de recuperación, donde las personas con trastornos mentales empezaron a hablar sobre sus experiencias, y dejaron de considerar el futuro del trastorno como mero deterioro (Penas et al., 2019). Este concepto no apareció en la literatura científica hasta finales de los 80, pero fue incorporado en los escritos, actividades e investigaciones de las y los usuarios desde 1930 (Onken et al., 2002). Antes de estos movimientos, el concepto de recuperación de la salud mental se basaba en el que actualmente se denomina recuperación clínica (Dell et al., 2021; Penas et al., 2019; Slade et al., 2008), científica (Drapalski et al., 2012) u objetiva (Leonhardt, 2017), entre otros. En esta perspectiva, la recuperación se explica desde el punto de vista médico y persigue el objetivo de la reducción o remisión de los síntomas (Penas et al., 2019), abstinencia de sustancias y reducción de las hospitalizaciones, siendo estos resultados medibles (Dell et al., 2021). La característica más importante de esta definición es que es invariante entre individuos, haciendo que sea relativamente fácil su operacionalización (Slade et al., 2008). En cuanto a la perspectiva que nos ocupa, se le llama recuperación personal (Dell et al., 2021; Penas et al., 2019; Slade et al., 2008) o subjetiva (Leonhardt, 2017), y surge de las experiencias de las personas con trastorno mental. En este caso, se pone el énfasis en entender la recuperación como algo más que la ausencia de sintomatología de la enfermedad y mejora funcional (Slade et al., 2008).

Se han realizado muchos intentos de definir la recuperación personal pero a día de hoy todavía no hay consenso al respecto, ya que representa un conjunto de fenómenos multidimensionales cuya definición es muy compleja (Anthony, 1993; Jerrell et al., 2006; Penas et al., 2019; Slade et al., 2008). Patricia Deegan introdujo el concepto de recuperación en el cuidado de la salud mental en 1988, definiendo la recuperación como la vida o las experiencias reales de las personas mientras aceptan y superan los desafíos de la discapacidad (Frese et al., 2009). Tras ella, se propuso la definición de Anthony (1993), siendo esta una de las más citadas (Penas et al., 2019). Este autor define la recuperación como un proceso

profundamente personal y único de cambio en la actitud, valores, sentimientos, metas, habilidades y/o roles de la persona. Concibe la recuperación como una manera de vivir una vida satisfactoria, esperanzadora y en la que puede contribuir a la sociedad, incluso con las limitaciones causadas por el trastorno. La recuperación implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito en la vida a medida que uno supera los efectos adversos de la enfermedad mental. Por otro lado, cabe destacar la definición de la Administración de los Servicios de Salud Mental y el Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés, Substance Abuse and Mental Health Services Administration) de Estados Unidos, que se presentó tras la “Declaración Nacional de Consenso sobre la Recuperación de la Salud Mental”, definiendo la recuperación como “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 máximo potencial” (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006, p. 2). A su vez, SAMHSA elaboró una lista con 10 componentes fundamentales de la recuperación: autodirección, individualizado y centrado en la persona, empoderamiento, holístico, no lineal, basado en fortalezas, apoyo de los pares, respeto, responsabilidad y esperanza (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006). En 2012, este mismo organismo actualizó la definición, con la intención de proporcionar una definición estándar que se aplica tanto a los trastornos mentales como a los trastornos por uso de sustancias. También cambiaron algunos de los 10 componentes, siendo a partir de dicha modificación los siguientes: dirigido por la persona (“person driven” que une autodirección e individualizado), fortalezas/ responsabilidad, cultura, abordar el trauma, relacional, multitud de caminos, holístico, apoyo de pares, respeto y esperanza. Y añadieron 4 dimensiones que fomentan la vida durante la recuperación: salud, hogar, propósito y comunidad (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012).

El punto de vista que tienen estas agencias federales sobre la recuperación es un reflejo del punto de vista que tienen las personas con trastornos mentales que cuentan sus experiencias. Esto se observa, por un lado, en que se concede mucha importancia a la subjetividad de la persona que está en recuperación. Los términos “autodirección”, “centrada en la persona” y “esperanza”, sugieren que la persona que juzga si se está dando la recuperación es la misma persona que está experimentando el proceso de recuperación. A su vez, estas agencias ponen el foco, aunque en menor medida, en la consideración político-social. Las descripciones de “apoyo de pares”, “empoderamiento” y “respeto” están relacionadas con la interacción que tiene uno/a con los y las demás, incluyendo la cooperación con otros y otras usuarias, y una

demanda para que los y las clínicas, los y las proveedoras, y la sociedad modifiquen su punto de vista sobre las personas con trastorno mental (Frese et al., 2009).

Leamy et al. (2011) decidieron llevar a cabo la primera revisión sistemática sobre la recuperación personal, al constatar que las revisiones anteriores sobre la recuperación concluían que había una necesidad de clarificar este concepto. El objetivo de este trabajo fue hacer una revisión sistemática de la literatura disponible y desarrollar un nuevo marco conceptual. Incluyeron un total de 97 artículos, y consiguieron un marco conceptual que está compuesto por tres categorías superiores interrelacionadas: características del camino de recuperación, proceso de recuperación y etapas de recuperación. Para cada categoría se sintetizaron las dimensiones clave. Los procesos de recuperación que tienen mayor relevancia para la investigación y práctica clínica son: conectividad, esperanza y optimismo sobre el futuro, identidad, sentido de vida y empoderamiento (poniéndole el acrónimo de CHIME, por las iniciales en inglés: Connectedness, Hope and optimism about the future, Identity, Meaning in life and Empowerment).

En una revisión sistemática más reciente, realizada por Ellison et al. (2018), se analizaron los 17 componentes de SAMHSA de 2004 y 2012, para examinar con qué frecuencia se utilizan en la literatura sobre la recuperación en la salud mental, con el fin de evaluar la coincidencia de las definiciones científicas y políticas y la operacionalización de la recuperación. Asimismo, otro de los objetivos de dicha revisión era ayudar a los sistemas de salud a implementar servicios orientados a la recuperación. Estos autores observaron que, aunque la literatura sobre la recuperación y sus dimensiones incluya definiciones ambiguas, distintas y superpuestas, hay un consenso en, al menos, cuatro aspectos críticos de la recuperación que varía en las menciones desde un 81% a un 85% en los 67 artículos examinados. Estos cuatro aspectos son, que la recuperación tiene que ser “individualizada/centrada en la persona”, y que la recuperación está conectada centralmente con los constructos de “empoderamiento”, “propósito” y “esperanza”. Por otro lado, concluyeron que el uso de estos cuatro aspectos favorecería implementar un programa de acuerdo con la forma en la que se entiende la recuperación en el área internacional.

Dell et al. (2021) llevaron a cabo una revisión sistemática de las revisiones sistemáticas sobre la recuperación de la salud mental desde la perspectiva de los adultos con trastornos mentales, con el objetivo de desarrollar un marco para la recuperación personal. En esa revisión

sistemática destacaron cinco temas que presentan una estrecha relación entre sí: (a) La recuperación es un proceso de superación de la desesperación para lograr un sentido positivo y bienestar consigo mismo. Los cuatro temas restantes describen los factores y las experiencias que están muy relacionadas con la recuperación y el desarrollo de este sentido positivo de sí mismo: (b) los requisitos ambientales necesarios para la recuperación, (c) el rol de la autonomía, el control y la responsabilidad personal, (d) la importancia del apoyo social y de las actividades significativas para desarrollar el sentido de pertenencia y propósito, y (e) desarrollar la aceptación del trastorno de cada uno e insight sobre cómo establecer y mantener el bienestar.

1.2. El concepto de recuperación personal y su implementación en distintos países

En cuanto a la conceptualización y aplicación de la recuperación en distintos países, cabe señalar que se encuentran en diferentes puntos de desarrollo e implementación de los marcos y medidas de recuperación para un uso rutinario en la salud mental. La orientación hacia la recuperación es un componente central de la política de la salud mental en casi todos los países anglófonos (Australia, Canadá, Inglaterra, Nueva Zelanda, Escocia y Estados Unidos) y recientemente en Holanda (Pincus et al., 2016), aunque todavía la mayoría de los servicios de salud mental están lejos de implementar las prácticas orientadas hacia la recuperación en todos los servicios. En una revisión sistemática centrada en este aspecto (Slade et al., 2012), se identificaron 105 conceptualizaciones de la recuperación distribuidas en 11 países (Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Australia, Irlanda, Noruega, Suecia, Nueva Zelanda, Taiwán, Corea del Sur e Islandia). En dicha revisión también analizaron la distribución de la codificación del marco conceptual CHIME, ya mencionado anteriormente, y observaron que las categorías superiores (conectividad, esperanza y optimismo sobre el futuro, identidad, sentido de vida y empoderamiento) fueron relativamente similares en todos los países. No obstante, hubo diferencias en la codificación de las categorías de segundo nivel. Por otro lado, algunos países han desarrollado sus propias medidas para evaluar la recuperación (Escocia, “Scottish Recovery Indicator 2”; SRI 2), mientras que otros han adaptado medidas desarrolladas por otros países a sus sistemas y necesidades propias (Pincus et al., 2016).

En España, por un lado, la “Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2006” aborda la evolución que ha tenido la recuperación, y el cambio que ha supuesto en la forma de entender la asistencia de la enfermedad mental. A su vez, define el paradigma de la

recuperación como “un proceso de cambio y de crecimiento personal, basado en la esperanza, la autonomía y la afiliación, orientado a superar los efectos negativos para el desarrollo personal que, en muchos casos, tienen los trastornos mentales” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, p. 32). Por otro lado, en el borrador de la “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2021-2026”, también se hace mención de la intervención basada en la recuperación, al hablar sobre la rehabilitación y reinserción social. El paradigma de la recuperación se conceptualiza como un paradigma que implica un proceso de cambio en la persona que tiene el trastorno o dificultad, y le compromete a tener protagonismo e implicación en su propio proceso. Además, se propone una línea estratégica que tiene en cuenta el modelo de recuperación, denominada “Línea estratégica 4. Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario” (Ministerio de Sanidad, 2022b).

Respecto a las comunidades autónomas, en Cataluña, por ejemplo, en “Estratègies 2017-2020. Pla director de salut mental i addiccions” (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2017), se propone reformular el modelo de atención de los procesos de rehabilitación e inserción comunitaria teniendo en cuenta el paradigma de la recuperación. En este caso, mencionan la recuperación poniendo el énfasis en la salud y no solo en los trastornos de las personas y sus discapacidades (perspectiva de enfermedad), sino teniendo en cuenta sus fortalezas, capacidades y expectativas. Además, establecen el centro de interés en mejorar las capacidades de la persona para desarrollar una identidad positiva, para mejorar la experiencia de su enfermedad y autogestión, y para obtener roles sociales valorados por el individuo. Por último, se evita la institucionalización y el uso de estructuras de larga estancia psiquiátrica. Otro ejemplo sería el País Vasco, donde, en “Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020” (Osakidetza, 2017), uno de los retos consiste en tratar de alcanzar una salud mental integrada, incluyendo entre las acciones la de abordar el trastorno mental grave. Las personas con trastorno mental grave, son consideradas pacientes crónicos complejos con susceptibilidad de estratificación, y se plantea planificar recursos desde un punto de vista sociosanitario y con planes de atención individualizada teniendo en cuenta el modelo de recuperación.

1.3. Instrumentos que miden la recuperación personal

Como ya se ha mencionado anteriormente, tanto la recuperación médica como la personal se pueden entender desde distintas perspectivas. Hay muchos instrumentos que

evalúan la reducción o la remisión de los síntomas, por ejemplo, “Positive and Negative Syndrome Scale” (PANSS) (Kay et al., 1987), es uno de los instrumentos más utilizados para medir los síntomas de la esquizofrenia (Leonhardt et al., 2017). Sin embargo, en el caso de la recuperación personal, aunque haya algunas definiciones muy citadas, existe mucha variabilidad en su conceptualización, ya que es difícil conceptualizar un proceso subjetivo, complejo y multidimensional como es la recuperación personal. Esto dificulta la creación y la selección de instrumentos de medida objetivos para su evaluación (Penas et al., 2019).

Además, a la hora de evaluar la recuperación personal, es importante no solo evaluar el proceso de recuperación personal que llevan las personas con trastorno mental grave, sino que también hay que tener en cuenta los servicios que les asisten y forman parte de ese proceso. En la literatura de la recuperación tradicional se ha observado que la ayuda de los servicios de salud mental no es necesaria para la recuperación, mientras que estos servicios tienen un rol importante en el apoyo a la recuperación personal de muchos individuos (Penas et al., 2019). La “orientación de la recuperación personal” de los servicios se refiere a la medida en que el personal de salud mental y los servicios intentan facilitar y promover la recuperación personal (Williams et al., 2012). A su vez, se ha observado que a fin de que sean de utilidad, estos apoyos tienen que llevarse a cabo de una manera significativa para las personas. En este aspecto, los/as usuarios/as mencionaron los problemas de personal, la necesidad de referirse a la persona y no al trastorno, y la falta de seguridad y protección (Happel, 2008). Por eso, al realizar una revisión de los instrumentos que evalúan la recuperación personal, se encuentran algunos que evalúan la recuperación personal, y otros que evalúan la orientación de los servicios de la salud mental (Penas et al., 2019).

En cuanto a los instrumentos que evalúan *la orientación de los servicios de salud mental*, en la revisión sistemática llevada a cabo por Penas et al. (2019) se encontraron 18 instrumentos. De los 18 instrumentos los/as autores/as fueron seleccionando aquellos que cumplían criterios tales como evaluar los dominios relacionados con la orientación de los servicios, no exceder de los 100 ítems, poseer un adecuado proceso de elaboración, incluir la perspectiva de los/as usuarios/as y haber evaluado propiedades psicométricas tales como la consistencia interna, la validez convergente y la estructura factorial. De esta manera, seleccionan dos instrumentos: Recovery Self-Assessment (RSA; O’Connell et al., 2005) e INSPIRE (Williams et al., 2015). El instrumento más utilizado (Williams et al., 2012) es el RSA, que mide la percepción del grado de implementación de las prácticas orientadas a la

recuperación personal en los servicios o equipos específicos. El RSA está compuesto por 36 ítems que se responden en una escala Likert de 6 puntos (1= Totalmente en desacuerdo; 5= Totalmente de acuerdo; N/A= No aplicable) y cuenta con 4 versiones: para la persona usuaria, para la familia o una persona significativa, para el/la profesional y para el/la director/a del servicio. Está formado por 5 factores: objetivos de la vida, implicación, diversidad de las opciones de tratamiento, opción y, por último, servicios personalizados. Estos cinco factores explican el 53,8% de la varianza total de la muestra. En cuanto a la consistencia interna, los valores del coeficiente α de Cronbach para tales factores oscilan entre .76 y .90 (O'Connell et al., 2005).

Otro instrumento que tiene buenas propiedades psicométricas y cumple con los criterios antes mencionados es el INSPIRE. Este instrumento cuenta con 27 ítems y mide el apoyo proporcionado por el personal a las personas que usan el servicio en su recuperación personal. Está formado por dos dimensiones: Apoyando la recuperación definida personalmente (Apoyo) y Relación de trabajo (Relación). En cuanto a las propiedades psicométricas, la dimensión Apoyo presenta evidencias de validez convergente, una adecuada estabilidad temporal y sensibilidad al cambio y una buena consistencia interna (valores α de Cronbach que oscilan entre .82 y .95). Por su parte, la dimensión de Relación, formada por 7 ítems, también presenta evidencias de validez convergente, así como valores adecuados de estabilidad temporal, sensibilidad al cambio y consistencia interna (α de Cronbach= .89) (Williams et al., 2015).

En cuanto a los instrumentos que evalúan *la recuperación personal propiamente dicha*, las últimas revisiones han llegado a identificar 35 instrumentos (Burgess et al., 2011; Campbell-Orde et al., 2005; Cavelti et al., 2012; Donnelly et al., 2011; Khanam et al., 2013; Law et al., 2012; Penas et al., 2019; Shanks et al., 2013; Sklar et al., 2013; van Weeghel et al., 2019). Entre estos instrumentos, los más destacados por sus adecuadas propiedades psicométricas han sido los siguientes: Recovery Assessment Scale (RAS; Giffort et al., 1995), Mental Health Recovery Measure (MHRM; Young et al., 1999), Illness Management and Recovery Scales (IMR; Mueser et al., 2005), Stages of Recovery Instrument (STORI; Andreasen et al., 2006), The Questionnaire about the Process of Recovery (QPR; Neil et al., 2009), Recovery Process Inventory (RPI; Jerrell et al., 2006) y Maryland Assessment of Recovery in People with Serious Mental Illness (MARS; Drapalski et al., 2012). Antes de describir estos instrumentos, cabe destacar que los instrumentos que evalúan la recuperación personal se pueden clasificar teniendo en cuenta el aspecto que miden. Según esta clasificación

existen tres tipos de instrumentos. El primer tipo lo forman los instrumentos que miden *los resultados* de la recuperación de la salud mental (IMR, RPI y QPR) y se utilizan, principalmente, en la evaluación de los resultados asociados a alguna intervención o servicio. El segundo tipo lo formarían los instrumentos que miden *las dimensiones* de la recuperación personal (MARS y RAS), que tienen como objetivo medir dimensiones principales o dominios del constructo de la recuperación personal. Y, por último, estarían los instrumentos que miden *los procesos o etapas* de la recuperación personal (MHRM y STORI), que identifican la secuencia de las fases o la jerarquía de los objetivos hacia la recuperación, para ver en qué fase se encuentra la persona (Sklar et al., 2013).

Como se ha señalado más arriba, entre los instrumentos que miden los resultados de la recuperación personal, cabe incluir el IMR, el RPI y el QPR. El IMR fue elaborado para medir los resultados del programa “Illness Management and Recovery Program”. Este programa está basado en la evidencia y fue diseñado para ayudar a personas con trastornos mentales a desarrollar estrategias personales para manejar el trastorno mental y avanzar hacia sus metas. Los ítems fueron seleccionados y adaptados por los/as profesionales y por las personas en tratamiento, creando dos versiones, una para las personas en tratamiento y otra para los/as profesionales. Las dos versiones cuentan con 15 ítems, que evalúan el constructo en una escala tipo Likert de 5 puntos (1= Muy poca recuperación; 5= Muy buena recuperación). En cuanto a las propiedades psicométricas, la consistencia interna de la versión dirigida a la persona en tratamiento presenta un valor α de Cronbach de .7 y la versión destinada a los/as profesionales presenta un α de Cronbach de .71. La estabilidad test-retest adoptó un valor de .82 en la versión dirigida a la persona y de .78 en la versión destinada a los/as profesionales. También se obtuvieron evidencias de validez convergente y de contenido (Mueser et al., 2005).

El RPI fue elaborado por el Departamento de Salud Mental del Sur de Carolina cuando este departamento se estaba transformando en un sistema de cuidado orientado hacia la recuperación personal. Para evaluar el progreso del sistema hacia esta meta, desarrollaron este instrumento con el fin de evaluar en qué medida las personas usuarias del servicio sentían que estaban recuperándose y en qué medida los/as profesionales y los servicios estaban facilitando su recuperación personal. Consta de 22 ítems que se responden en una escala Likert de 5 puntos (1= Totalmente en desacuerdo; 5= Totalmente de acuerdo). Está compuesto por 6 dimensiones: Angustia, Conexión con los demás, Confianza y Propósito, Cuidado/Ayuda por parte de otros/as, Situación vital y esperanza, y Preocupación por sí mismo/a. A excepción de la

dimensión “Cuidado/Ayuda por parte de otros/as” (α de Cronbach = .56), todas las dimensiones presentan una buena consistencia interna (valores de α de Cronbach entre .71 y .81). La estabilidad test-retest adopta valores entre .36 y .63. La escala muestra evidencias de validez de contenido, convergente y divergente (Jerrell et al., 2006).

En cuanto al instrumento QPR, cabe señalar que proporciona la opción de crear objetivos de recuperación personal y de poder medirlos. Consta de 22 ítems que se evalúan en una escala tipo Likert de 5 puntos (0= Completamente en desacuerdo; 4= Completamente de acuerdo). Incluye dos dimensiones: Intrapersonal (17 ítems) e Interpersonal (5 ítems). Cuenta con buena consistencia interna en ambas dimensiones (α de Cronbach de la dimensión Intrapersonal .94 y de la dimensión Interpersonal .77). Además, la estabilidad temporal de ambas dimensiones también es buena (dimensión Intrapersonal $r = .87$ y dimensión Interpersonal $r = .77$). Presenta evidencias de validez de constructo (Neil et al., 2009). Cuenta con una versión abreviada de 15 ítems que tiene mejores propiedades psicométricas que la versión original, y esta versión abreviada está adaptada al castellano (Goodman-Casanova et al., 2022).

Entre los instrumentos que miden las dimensiones de la recuperación personal cabe destacar el MARS y el RAS. El MARS es un autorregistro que se basa en la definición de SAMHSA, y mide el estado de recuperación personal de personas con trastornos mentales graves. Consta de 25 ítems que reflejan diferentes componentes esenciales de la recuperación partiendo de la conceptualización propuesta por SAMHSA (empoderamiento, fortaleza, esperanza, holístico, no lineal y responsabilidad), mediante una escala Likert de 5 puntos (1= Totalmente en desacuerdo; 5= Totalmente de acuerdo). Presenta muy buena consistencia interna (α de Cronbach = .95) y estabilidad temporal ($r = .89$), y buena validez de constructo (Drapalski et al., 2012; Drapalski et al., 2016).

En cuanto al RAS, es uno de los instrumentos que goza de más aceptación y que presenta mejores evidencias de validez (van Weeghel et al., 2019). Es un autorregistro que mide la autopercepción de la recuperación desarrollada desde las narrativas de las personas con trastorno mental grave. La escala consta de 41 ítems y tiene 5 dimensiones que reflejan los elementos subjetivos de la recuperación: confianza y esperanza personal, voluntad de pedir ayuda, orientación al éxito y al objetivo, dependencia respecto a los demás, y no dominación por los síntomas y se responde en una escala Likert de 5 puntos (1= Totalmente en desacuerdo;

5= Totalmente de acuerdo). El instrumento tiene buenas evidencias de validez, una buena consistencia interna (α de Cronbach = .93) y una buena estabilidad temporal ($r = .88$) (Giffort et al., 1995). El RAS está adaptado a diferentes lenguas tales como el alemán (Cavelti et al., 2017), el turco (Guler & Gurkan, 2019), el chino (Mak et al., 2016), el portugués (Jorge-Monteiro & Ornelas, 2016) y el español (Saavedra et al., 2021), entre otras, y también existe una versión para los jóvenes (Hancock et al., 2020). Además, cuenta con una versión revisada Recovery Assessment Scale - Revised (RAS-R; Corrigan et al., 2004), de 24 ítems que mantiene la estructura de 5 factores de la versión original. La versión revisada dispone de una versión adaptada en castellano (Saavedra et al., 2021).

Por último, se describen algunos instrumentos que miden los procesos. Entre ellos cabe destacar el MHRM y el STORI. El MHRM es un autorregistro diseñado para medir el proceso de recuperación de las personas con trastorno mental grave. Incluye 30 ítems que se responden en una escala Likert de 5 puntos (0= Totalmente en desacuerdo; 4= Totalmente de acuerdo). Consta de las siguientes dimensiones: superando la dificultad, empoderamiento, aprendizaje y auto-redefinición, funcionamiento básico, bienestar general, nuevos potenciales, enriquecimiento y espiritualidad. Presenta evidencias de validez de diferentes tipos. Además, tanto la consistencia interna del instrumento (α de Cronbach = .93) como la estabilidad temporal (1º semana $r = .92$, 2º semana $r = .91$) son buenas (Young et al., 1999).

Para terminar, el STORI es un instrumento desarrollado desde la perspectiva de las personas usuarias. Está compuesto por 50 ítems que se responden en una escala Likert de 6 puntos (0= Totalmente falso ahora; 5= Totalmente verdadero ahora), y tiene 5 dimensiones que se corresponden con las etapas de la recuperación. Estas etapas son las siguientes: moratoria, conciencia, preparación, reconstrucción y crecimiento. Cada dimensión está compuesta por 10 ítems que tienen en cuenta los componentes del proceso de la recuperación personal, a saber, encontrar y mantener la esperanza, restablecer una identidad positiva, encontrar el sentido a la vida y hacerse responsable de su propia vida. En cuanto a las propiedades psicométricas, el STORI tiene una buena validez convergente y buena consistencia interna con valores α de Cronbach que oscilan entre .88 (en la etapa 4) y .94 (en la etapa 3) (Andreasen et al., 2006). Es importante mencionar que este instrumento está validado en español (Lemos-Giráldez et al., 2015).

Dada la importancia de evaluar adecuadamente la recuperación personal y la escasez de instrumentos para evaluar dicho constructo en castellano, consideramos que la implementación de este modelo requiere adaptar, a la lengua y cultura española, instrumentos adicionales que midan la recuperación.

1.4. Importancia de la adaptación y directrices que deben seguirse para adaptar instrumentos de evaluación

Debido a la globalización, la comunicación es mucho más fácil y rápida, lo que favorece que los instrumentos de medida elaborados en un país puedan utilizarse en otros países. En España, un elevado porcentaje de test y escalas provienen de adaptaciones de otros idiomas y culturas (Muñiz & Hambleton, 1996). Además, hay que tener en cuenta que no solo se realizan adaptaciones al castellano, sino también al resto de idiomas oficiales (euskera, gallego y catalán) (Muñiz & Fernández Hermida, 2000). Elosua (2012) señala que de los 25 test más utilizados en la práctica profesional española, el 76% son adaptaciones de versiones elaboradas en otro idioma, la mayoría en inglés.

Para profundizar en la diferencia entre la traducción y la adaptación, hay que indicar que aunque el término más utilizado sea la traducción de test, la adaptación es un término mucho más amplio, y se refiere a adaptar un test elaborado en un idioma y en una cultura de forma que pueda utilizarse en otro idioma y cultura diferentes. La adaptación incluye las actividades relacionadas con: decidir si un test en un segundo idioma y cultura podría medir el mismo constructo que el del primer idioma; seleccionar los/as traductores/as; elegir el diseño para la evaluación del trabajo de los traductores y las traductoras (p. ej., la traducción hacia atrás o doble traducción hacia adelante); realizar cualquier adecuación necesaria; llevar a cabo la traducción; comprobar la equivalencia del test en un segundo idioma y cultura, y llevar a cabo los estudios de validez necesarios. La traducción del test, por otro lado, se limita a elegir el idioma al que se va a traducir, con el único fin de preservar el significado lingüístico, sin hacerse ninguna adaptación cultural (International Test Commission, 2017).

Teniendo en cuenta todo lo mencionado anteriormente, cabe afirmar que la adaptación es un proceso riguroso, que tiene como objetivo mantener la equivalencia del contenido, del significado cultural y de los factores de medida entre los test originales y los test adaptados,

además de posibilitar la comparación de las respuestas de las personas que pertenecen a distintos grupos culturales (Hernández et al, 2020; van de Vijver & Leung, 2011).

En la década de los 90, si bien había consenso respecto a las razones por las que se debían adaptar los test, no existía tal consenso respecto a la metodología que debía utilizarse para la adaptación ya que se encontraba dispersa en distintas publicaciones (Muñiz & Hambleton, 1996). Por esta razón, la Comisión Internacional de Test (ITC, por sus siglas en inglés, International Test Commission) liderada por Hambleton, comenzó a elaborar en 1994 un documento preliminar con diferentes directrices (Hambleton, 1994). Tras este documento, se publicaron otras versiones, como la de Muñiz y Hambleton (1996) y la de Van de Vijver y Hambleton (1996). La primera edición de las directrices fue publicada en 2005 por la ITC (International Test Commission, 2005). Esta publicación recoge 22 directrices que describen recomendaciones prácticas para la correcta adaptación de los test. Las directrices cubren los 4 dominios en los que es más probable que se produzcan los errores en la adaptación. Estos dominios son: el contexto (ámbito sociocultural), la construcción y la adaptación (prácticas recomendadas en la construcción de instrumentos plurilingües), la aplicación (problemas en la administración del test) y la documentación/interpretación de los resultados (relacionada con la interpretación y comparación transcultural de los resultados).

Tras dos décadas desde la publicación de las primeras directrices, Rios y Sireci (2014) realizaron una revisión sistemática de los artículos publicados con el objetivo de determinar si las metodologías relacionadas con la adaptación de los test y la evaluación de la equivalencia lingüística habían mejorado desde tal publicación. Identificaron 61 artículos relevantes, 33 publicados antes de la publicación de las directrices, y 28 publicados después de 1996. Observaron que aunque las estimaciones de fiabilidad y los análisis estadísticos de la equivalencia del constructo habían mejorado desde la publicación de las directrices, la mayoría de las prácticas de desarrollo y validación de los test publicados en la literatura no habían seguido las recomendaciones proporcionadas por las directrices. Concluyeron que una de las razones de la poca influencia de las directrices sobre la mejora de las evaluaciones podría ser su escasa difusión.

Para responder a los avances tecnológicos y a las prácticas en la utilización de los test, las pautas fueron revisadas y publicadas por la ITC en una segunda edición en 2017. La segunda edición recoge 18 directrices, organizadas en 6 temas amplios: planificación (3 directrices),

desarrollo del test (5 directrices), confirmación (análisis empíricos) (4 directrices), administración (2 directrices), escalas de puntuación e interpretación (2 directrices), y documentación (2 directrices). La primera sección subraya que las decisiones hay que tomarlas antes de que empiece el proceso de adaptación. Las directrices que forman parte del desarrollo del test, se centran en el proceso de adaptación de los test. La tercera sección, confirmación, agrupa las directrices que tienen relación con la evidencia empírica para lograr la equivalencia, fiabilidad y validez de los test en varios idiomas y culturas. La sección de administración, tiene como objetivo asegurar que el proceso de administración no afecta a la fiabilidad, a la validez o a los resultados obtenidos. En cuanto a la sección de escalas de puntuación e interpretación, tiene la finalidad de garantizar que las comparaciones entre personas de diferentes culturas se realicen en el nivel de equivalencia logrado por los resultados de los análisis empíricos y que las diferencias se interpreten con precisión. Y, por último, la sección de la documentación subraya las recomendaciones centradas en la forma en la que se debe documentar un proceso de adaptación para que proporcione evidencia transparente de la calidad de la adaptación (International Test Commission, 2017).

Teniendo en cuenta que la segunda edición ofrece sugerencias sobre cómo implementar las directrices en la práctica, Hernández et al. (2020) han seguido esta dirección proponiendo una lista de verificación de criterios relacionados con las diferentes directrices. Para cada criterio, también sugieren niveles de cumplimiento aceptables y excelentes. Estos criterios, y los niveles de cumplimiento correspondientes, deberían ser herramientas útiles no solo para las personas que adapten los test, sino también para los/las usuarios/as de los mismos y para las personas que revisen pruebas adaptadas o que realicen trabajos de investigación que incluyen un proceso de adaptación. Inicialmente los/as autores/as crearon una lista de 34 criterios y niveles de cumplimiento, que fue revisada por un panel de expertos/as en elaboración y adaptación de test, y tras tener en cuenta sus respuestas, se evaluó la utilidad y la validez de la lista. La lista final está formada por 29 criterios, que sirven para operacionalizar las directrices para la adaptación de los test de la ITC en todas las fases: planificación, desarrollo, confirmación, administración, escalas de puntuación e interpretación, y documentación. Es importante tener en cuenta que la lista de verificación propuesta no se puede utilizar sin las directrices de la ITC, ya que esta lista sirve para implementar las recomendaciones establecidas por la ITC (2017).

El proceso de adaptación de un instrumento que evalúa la recuperación, que constituye el aspecto principal del presente trabajo, se llevará a cabo teniendo en cuenta las directrices descritas en este apartado y tomando como modelo el artículo publicado por Balluerka et al. (2007).

2. Estudio empírico: Adaptación del Recovery Process Inventory (RPI) al castellano

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo general

Entre los instrumentos que evalúan la recuperación, el RPI (Jerrell et al., 2006) es un instrumento que incluye los aspectos de la recuperación personal que mayor consenso presentan de acuerdo con la revisión sistemática realizada por Ellison et al. (2018). Además, presenta buenas propiedades psicométricas y es breve, siendo adecuado para integrarlo en una rutina, lo que implica que debido a su brevedad y facilidad de administración podría usarse para recabar información junto con otras evaluaciones que se les aplican a las personas en recuperación. A su vez, se elaboró a partir de diversos grupos focales llevados a cabo con usuarios/as de servicios de salud mental, reflejando de esta manera la perspectiva del consumidor de tales servicios. Teniendo en cuenta los aspectos positivos que presenta este instrumento, el objetivo principal del presente trabajo es la adaptación del RPI a la lengua y cultura española.

2.1.2. Objetivos específicos

Como se ha señalado en el apartado 1.4, el proceso de adaptación de un instrumento es un proceso complejo, por ello, en este trabajo se plantean diferentes objetivos específicos:

- Proporcionar una primera versión del instrumento traducida y adaptada al español.
- Analizar los problemas de comprensión en las instrucciones o en los ítems del cuestionario.
- Analizar las características iniciales de los ítems (en una muestra piloto).
- Analizar los procesos de respuesta de los/as participantes.

- Analizar los ítems de manera exhaustiva (en una muestra amplia).
- Analizar la estructura dimensional del instrumento adaptado.
- Analizar la fiabilidad en base a la consistencia interna y la estabilidad temporal del instrumento.
- Proporcionar evidencias de validez de relación con otras variables.
- Proporcionar evidencias de validez convergente del instrumento.
- Proporcionar baremos normativos.
- Proporcionar un manual del instrumento adaptado.

Para dar respuesta a los objetivos señalados, este estudio se estructura en 4 fases: Fase de traducción y entrevistas cognitivas, Fase piloto, Fase experimental y Fase de tipificación. En la Tabla 1 se presentan las cuatro fases y los objetivos específicos que se pretenden cumplir en cada una de ellas, así como los procedimientos de análisis de información o de análisis de datos que se utilizarán para ello.

Tabla 1

Fases de investigación, objetivos específicos y procedimientos de análisis

Fase de investigación	Objetivos específicos	Procedimientos de análisis de la información o de los datos
1. Fase de traducción y entrevistas cognitivas	- Proporcionar una primera versión del instrumento traducida y adaptada al español.	- Diversas fases de traducción directa e inversa.
	- Analizar los problemas de comprensión en las instrucciones o en los ítems del cuestionario.	- Análisis cualitativo y cuantitativo de la claridad y del nivel de comprensión de los ítems.
	- Analizar los procesos de respuesta de los/as participantes.	- Análisis cualitativo de los procesos de respuesta.
2. Fase piloto	- Analizar los problemas de comprensión en las instrucciones o en los ítems del cuestionario.	- Análisis cualitativo de las dificultades de comprensión de los ítems en una muestra piloto.

	- Analizar las características iniciales de los ítems.	- Análisis cuantitativos: medias, desviaciones típicas, correlaciones ítem-total corregidas, frecuencia de la elección de las opciones y porcentaje de no respuesta de los ítems.
	- Analizar los ítems de manera exhaustiva.	- Análisis descriptivos de los ítems, análisis desde la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI) en una muestra amplia.
	- Analizar la estructura dimensional del instrumento adaptado.	- Modelos de análisis factorial confirmatorio.
3. Fase experimental	- Analizar la fiabilidad en base a la consistencia interna y la estabilidad temporal del instrumento.	- Cálculo de α de Cronbach y correlación test-retest.
	- Proporcionar evidencias de validez de relación con otras variables.	- Cálculo de correlaciones entre variables, análisis de comparación de medias.
	- Proporcionar evidencias de validez convergente del instrumento.	- Cálculo de correlaciones entre las puntuaciones de los instrumentos que evalúan el mismo constructo.
4. Fase de tipificación	- Proporcionar baremos normativos.	- Cálculo de percentiles y puntuaciones T.
	- Elaborar un manual del instrumento adaptado.	

Cabe señalar que en este trabajo fin de máster se presentarán el diseño y los resultados asociados a la primera de las cuatro fases, así como la planificación para las siguientes fases del estudio. Antes de profundizar en estas fases, conviene mencionar que, por un lado, este estudio tiene el visto bueno del Comité de Ética de la Universidad de Barcelona (ver Anexo 1), y por otro lado, el permiso de las autoras del test. De hecho, como se señalará más adelante, una de las autoras (la Dra. Jeanette M. Jerrell) está colaborando en el proceso de adaptación.

2.2. Fase de traducción y entrevistas cognitivas

2.2.1. Participantes

En la fase de entrevistas cognitivas se contó con dos grupos de participantes: un grupo de expertos/as en recuperación personal y un grupo de usuarios/as de servicios de salud mental.

El grupo de personas expertas incluía a una psiquiatra del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Álava con experiencia en el ámbito de la recuperación mental. Asimismo, participaron 11 personas pertenecientes a la Asociación Catalana ActivaMent, asociación constituida, organizada y dirigida por personas que han pasado o están viviendo una situación de sufrimiento psicosocial y/o que presentan diversidad mental, y que participan como agentes activos en el ámbito de la salud mental en Cataluña.

El grupo de usuarios/as de servicios de salud mental estuvo compuesto por 8 personas de la provincia de Murcia con trastorno mental grave y con edades que oscilaban entre los 38 y los 48 años ($M=43,12$, $DT=3,4$). De ellas, el 75% eran hombres, el 37,5% había cursado estudios de Bachillerato o COU y el 25% no había completado los estudios de Enseñanza Primaria.

2.2.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados con cada grupo de participantes fueron distintos. En el caso de las personas expertas el instrumento estaba formado por 3 apartados, donde tenían que valorar el grado de comprensión y claridad con la que estaban redactadas las cuestiones a las que se hacía referencia en cada apartado, teniendo en cuenta que el instrumento iba dirigido a personas con trastorno mental grave. El primero de los apartados se refería a las instrucciones del instrumento; el segundo a los ítems del mismo; y, finalmente, el tercero, a las alternativas de respuesta de los ítems. Para ello, por un lado, en cada apartado se utilizó una escala Likert de 4 puntos (1= Indica que el texto difícilmente puede ser entendido por las personas a las que se dirige la escala, 4= Indica que el texto puede ser perfectamente entendido por las personas a las que se dirige la escala), añadiéndose una sección de “Observaciones” en la que, en caso de otorgar una puntuación menor de 4, se podían aclarar las razones de la decisión. Además, al

final del cuestionario se proporcionaba un espacio para poder hacer comentarios o sugerencias de la escala en general (ver Anexo 2).

En el caso de las personas usuarias, se utilizó la versión del instrumento derivado de la fase de traducción que incluye 22 ítems que se responden en una escala de 5 puntos (1= Completamente en desacuerdo, 5= Completamente de acuerdo) y una serie de preguntas abiertas que, además de la claridad de las instrucciones y problemas de comprensión de los ítems, indagaban acerca de los procesos de respuesta. Algunos ejemplos de este último tipo de preguntas son los siguientes:

- Cuando has respondido al ítem "Me siento discriminado/a o excluido/a de mi comunidad debido a mi problema de salud mental", ¿en qué has pensado cuando se hablaba de comunidad?

- Cuando has respondido a los ítems "Tengo un lugar bueno y seguro donde vivir", "Vivo en el tipo de lugar que me gusta" y "Creo que nunca encontraré el tipo de lugar en el que quiero vivir", ¿en qué lugar o lugares has pensado en cada caso?

Este tipo de preguntas permiten conocer los procesos de respuesta de los/as participantes y constituyen una fuente importante de evidencia de validez. Por último, se recogían algunos datos sociodemográficos, tales como el idioma en que se comunican habitualmente, la edad, el sexo y el nivel de estudios más alto alcanzado (ver Anexo 3).

2.2.3. Procedimiento

La traducción de los ítems se llevó a cabo utilizando un diseño de traducción inversa o back translation y siguiendo un procedimiento que permite garantizar tanto la equivalencia conceptual de los ítems como su adecuación lingüística (van de Vijver & Tanzer, 2004). En primer lugar, un equipo de 4 expertas en el modelo de recuperación y en los aspectos psicométricos relacionados con la construcción de ítems, con dominio del inglés y del castellano, tradujeron, por separado, el test original del inglés al castellano. Las cuatro traducciones fueron comparadas y se creó una versión consensuada del test. Después, un experto en recuperación que sufre de trastorno mental severo revisó la traducción y realizó pequeñas modificaciones con el objetivo de que los ítems reflejaran adecuadamente el proceso de recuperación. A continuación, se llevó a cabo la traducción inversa, esto es, una traductora

profesional tradujo al inglés la versión consensuada para poder compararla con la versión original. Tras comparar las dos versiones en inglés, y analizar las sugerencias de la autora de la escala, el equipo de traductoras llegó a una versión consensuada del instrumento en castellano.

Posteriormente, se llevaron a cabo entrevistas cognitivas a fin de analizar los problemas de comprensión en las instrucciones o en los ítems del instrumento así como los procesos de respuesta de los participantes. Las entrevistas cognitivas, tanto en el caso de las personas expertas como en el de las usuarias, se llevaron a cabo online en la plataforma Qualtrics. Únicamente pudieron acceder los/as participantes que tenían enlace para ello. En la primera pantalla accedieron a la información sobre el estudio y sobre cómo sería su participación. Solo cuando la persona participante había decidido acceder voluntariamente a la participación tras haber comprendido la información recibida, podía continuar con las siguientes pantallas y cumplimentar las entrevistas.

Después de realizar las entrevistas cognitivas, se analizaron los comentarios y las sugerencias de los/as expertos/as así como de las personas usuarias y se volvió a entablar contacto con Jeanette Mr. Jerrell, a fin de conocer con mayor precisión lo que tratan de medir algunos ítems, y así realizar modificaciones acordes con lo que pretendían medir las autoras de la versión original. Tras analizar las aportaciones y sugerencias de la autora, se realizaron los cambios oportunos y se creó una nueva versión. Finalmente, una persona licenciada en filología hispánica ajena al proceso de traducción anterior, revisó la última versión para asegurar la adecuación del uso de la lengua española en todos los ítems. Una vez incluidas estas modificaciones, se creó la versión para la aplicación piloto.

2.2.4. Resultados

A continuación, se presentan los resultados más relevantes obtenidos a partir de cada una de las dos muestras.

Resultados en el grupo de expertos/as. Las personas expertas indicaron que el texto de las instrucciones podía ser perfectamente entendido por las personas a las que se dirige el instrumento. La media en el ítem que evaluaba este aspecto del instrumento fue de 4 puntos (rango 1-4). Respecto a la claridad de los ítems, los/as expertos/as consideraron que resultaban

claros, ya que en muchos de los ítems la media en claridad fue de 4 puntos (rango 1-4). Las medias más bajas correspondieron a los ítems “Me siento más aislado/a cuando la gente de mi entorno reza pidiendo ayuda” (M=3,42) y “Creo que nunca encontraré el tipo de lugar en el que quiero vivir” (M=3,58). Finalmente, respecto a la claridad de la escala de respuesta, los/as expertos/as indicaron que las opciones de respuesta les parecían claras (M=4), aunque alguno/a de ellos/as indicó que eliminaría el punto medio de la escala.

Como ejemplo, se indican algunos de los comentarios realizados por los/as participantes respecto a algún ítem en particular o el instrumento en general:

“Cambiaría ‘problema de salud mental’ por ‘salud mental’”.

“Esta pregunta la he tenido que leer varias veces ¿‘reza’ es literal? Me choca un poco la pregunta en este contexto (lugar/tiempo), lo siento, pero no puedo ofrecer alternativas”.

“Eliminaría el contenido ideológico ‘rezar’ por ayuda en general. Creo que no se entiende bien la conexión entre el aislamiento percibido y que la gente pida ayuda”.

“El cuestionario me parece muy acertado y claro”.

Resultados en el grupo de personas usuarias. Como se ha señalado anteriormente, a esta muestra se le plantearon cuestiones abiertas, por lo que sería muy extenso reflejar todos los resultados. A modo de ejemplo, se presentan algunos comentarios aportados por los/as usuarios/as en respuesta a algunas de las preguntas de las entrevistas cognitivas:

- En respuesta a la pregunta: Cuando has respondido al ítem "Otras personas siempre están tomando decisiones sobre mi vida", ¿en qué personas has pensado?:

“Cuando uno no tiene una buena salud mental y no es capaz de tomar buenas decisiones, apóyate en la familia y en los profesionales”.

- En respuesta a la pregunta: Cuando has respondido al ítem "Puedo estar con personas que entienden mi camino hacia la recuperación en la iglesia o en cualquier otro lugar de encuentro", ¿en qué has pensado cuando se hablaba del camino hacia la recuperación?:

“Mejora en la enfermedad en todos los aspectos. Lo que no entiendo es por qué nombrar la iglesia”.

“El camino hacia la recuperación es un buen seguimiento psiquiátrico y farmacológico”.

“En trabajar”.

“En que no hay un camino hacia la recuperación, puedes estar mejor, pero no creo poder recuperarme totalmente”.

2.2.5. Conclusiones

En las instrucciones no se consideró necesario realizar ninguna modificación.

Respecto a los ítems, partiendo de las sugerencias y observaciones de las personas entrevistadas, algunos ítems, entre ellos el 1 (“Me siento discriminado/a o excluido/a de la comunidad debido a mi problema de salud mental”) y el 12 (“Puedo estar con personas que entienden mi camino hacia la recuperación en la iglesia o en cualquier otro lugar de encuentro”), fueron sometidos a modificaciones. El ítem 1, contenía la palabra problema de salud mental pero debido a que tanto al grupo de personas usuarias como al grupo de expertos/as les parecía que la palabra problema tenía una connotación negativa, se decidió cambiar el término problema por “estado de salud mental”. El ítem 12, por su parte, tiene una carga religiosa, lo que hizo que algunos participantes no se sintieran cómodos con este ítem durante la entrevista cognitiva. Por esta razón, siguiendo las sugerencias de algunas de las personas usuarias y el grupo de expertos/as, se decidió modificar el ítem quitándole el peso religioso. En el Anexo 4 se pueden observar todas las modificaciones realizadas a raíz de las entrevistas cognitivas (se ha mantenido el control de cambios para que se puedan apreciar mejor tales modificaciones).

Por último, no se consideró necesario realizar ninguna modificación en la escala de respuestas.

En el Anexo 5 se presentan los ítems de la versión en proceso de adaptación al castellano del RPI derivada de esta fase de traducción y entrevistas cognitivas, y que será la que se utilizará en la siguiente fase (fase piloto).

En los siguientes apartados se describirán las fases que se llevarán a cabo de ahora en adelante para culminar el estudio.

2.3. Fase piloto

Se llevará a cabo una fase piloto con el fin de analizar el funcionamiento de los ítems en una muestra reducida de la población objetivo, para detectar posibles problemas de comprensión y, si procede, realizar las mejoras necesarias en el instrumento.

2.3.1. Participantes

Se espera poder reclutar una muestra de 20-30 personas con trastorno mental grave. Las personas que vayan a participar en la aplicación piloto deberán ser mayores de edad y tener un diagnóstico (según los criterios de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud 10 (CIE-10) (Ministerio de Sanidad, 2022a)) de los trastornos que se mencionarán a continuación, además de padecerlos durante un periodo mínimo de 2 años:

- Esquizofrenia (F20).
- Trastorno esquizotípico (F21).
- Trastornos delirantes (F22).
- Trastorno psicótico compartido (F24).
- Trastornos esquizoafectivos (F25).
- Otros trastornos psicóticos no debidos a sustancia ni afección fisiológica conocidas (F28).
- Psicosis no especificada no debida a sustancia o afección fisiológica conocidas (F29).
- Trastorno bipolar (F31).
- Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave con síntomas psicóticos (F32.3).
- Trastornos depresivos graves recurrentes (F33).

Aunque también se haya examinado en las entrevistas cognitivas, en esta fase se solicitará a los/las usuarios/as que expresen si han tenido problemas para comprender algún ítem. Por ello, se reclutarán personas con diferentes trastornos para poder examinar las dificultades que pueden generar los ítems en usuarios/as de distintos perfiles.

2.3.2. Instrumentos

En esta fase del estudio se utilizarán los siguientes instrumentos:

- *Versión en proceso de adaptación al castellano del RPI derivada de la fase anterior:* Esta versión incluirá 22 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos (1= Completamente en desacuerdo; 5= Completamente de acuerdo) (ver Anexo 5). Además, contará con un apartado de sugerencias o comentarios en la parte final, con la finalidad de analizar si existen problemas de comprensión en algunos de los ítems.
- *Cuestionario de variables sociodemográficas y de salud mental:* El cuestionario de variables sociodemográficas y de salud mental incluirá preguntas con diferentes formatos de respuesta. Además de preguntar cuál es el sexo, la edad y el estado civil, también se preguntará por el/los diagnóstico/s de trastorno mental, el tipo de servicio (Salud Mental o Rehabilitación Comunitaria) que utilizan, con quién residen, el nivel de estudios y la situación laboral (ver Anexo 6).

2.3.3. Procedimiento

Primero se contactará vía correo electrónico con la Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental (AGIFES), con la Federación de Euskadi de asociaciones de familiares de personas con enfermedad mental (FEDEAFES) y con el servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Álava. Las dos primeras asociaciones se han seleccionado por su proximidad y por tener vínculos profesionales con el equipo de investigación. El Hospital Universitario de Álava se ha elegido por contemplar la recuperación en su plan estratégico.

En el correo arriba señalado se les explicará brevemente en qué consiste y la importancia que tiene este trabajo y qué equipo de profesionales está a cargo del estudio. Además, se les proporcionará información sobre los perfiles de los/las participantes que se necesitan para poder llevarlo a cabo. Se les pedirá que contesten si desean participar o no como institución, y en caso de que deseen participar, se realizará una reunión presencial para proporcionar información más precisa y poder aclarar las dudas que puedan tener. Si no contestan el correo en una semana, se contactará con tales instituciones por vía telefónica.

Una vez que se reciba la aprobación de las instituciones, se realizará el reclutamiento de las personas participantes. En este caso, serán los propios profesionales de las instituciones quienes faciliten una lista de posibles participantes. A estas personas, se les informará sobre el estudio y podrán comunicar el deseo de participar a través de sus profesionales o mediante el correo facilitado junto con la información. Cuando accedan a participar, se establecerá una fecha y hora para realizar el test. Cumplimentarán el test en su asociación o servicio y lo harán de forma colectiva. Los cuestionarios administrados llevarán un código numérico siendo la participación totalmente anónima. Antes de comenzar, un miembro del equipo de investigación dará una breve explicación (5 minutos) sobre la investigación y la aplicación del test. Se entregará la “Hoja de información” (Anexo 7) y el “Consentimiento Informado” (Anexo 8). Tras firmar este último (si la persona participante tuviera un/a tutor/a legal, se tendría que firmar antes de la aplicación) se les administrará el cuestionario de variables sociodemográficas y la versión del test en proceso de adaptación. La duración de la aplicación dependerá de la condición de la persona participante, pero se calcula que podrá realizarse en 20-30 minutos aproximadamente. Además de aplicarles los cuestionarios, se les invitará a señalar si han tenido problemas de comprensión con algún ítem o término concreto. Hay que tener en cuenta que algunas personas con trastorno mental grave, por diferentes razones, pueden tener problemas para realizar el test por sí mismo/as, por lo que se les ofrecerá la ayuda de un/a psicólogo/a, si lo considerasen necesario.

2.3.4. Análisis de datos

En la fase piloto se realizará, por un lado, un análisis cualitativo y, por otro lado, un análisis cuantitativo de los datos. Mediante el análisis cualitativo se analizará la dificultad y el nivel de comprensión de los ítems a través de los comentarios de las personas participantes en la fase piloto. Si se observara alguna dificultad de comprensión adicional a las detectadas en las entrevistas cognitivas, se realizarían las modificaciones oportunas. Asimismo, se llevará a cabo un análisis cuantitativo en el que se calcularán estadísticos tales como medias y desviaciones típicas de los ítems, correlaciones corregidas entre las puntuaciones de los ítems y las dimensiones, la frecuencia de la elección de las opciones de los ítems y el porcentaje de no respuesta de los mismos. Tras los análisis, se realizarán modificaciones en los ítems que lo requieran.

2.4. Fase experimental

El objetivo principal de la fase experimental es analizar las propiedades psicométricas del instrumento adaptado en una muestra amplia de la población objetivo. Para ello, se examinará la fiabilidad, analizando la consistencia interna y la estabilidad temporal, y se obtendrán diversas fuentes de evidencia de validez.

2.4.1. Participantes

En el estudio participarán, como mínimo, 300 personas que cumplan con los criterios de inclusión señalados en la fase piloto. El tamaño muestral se ha establecido teniendo en cuenta que, entre otros análisis, se llevará a cabo un análisis factorial confirmatorio y que siguiendo las instrucciones de la ITC (2017), ello requiere contemplar ese tamaño muestral. Sería deseable poder alcanzar un tamaño muestral de 500 participantes para poder realizar análisis de Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), pero dada la dificultad de acceso a la población objetivo, no sabemos si resultará posible. Además, se tratará de que estén representadas las máximas categorías incluidas en los criterios de la CIE-10 y que la muestra sea equilibrada en cuanto al género. También se tratará de reclutar participantes de los tres territorios de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

2.4.2. Instrumentos

En esta fase, se administrará una batería de instrumentos que además de la versión en proceso de adaptación al castellano del RPI, incluirá un cuestionario que recabe información sobre variables sociodemográficas y de salud mental, y otro cuestionario para obtener evidencias de diferentes tipos de validez del instrumento adaptado:

- *Versión en proceso de adaptación al castellano del RPI derivada de la fase piloto*: Esta versión incluirá 22 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos (1= Completamente en desacuerdo; 5= Completamente de acuerdo). Esta vez, la versión en proceso de adaptación del RPI no incluirá la parte final de las sugerencias o comentarios dado que ya incluirá las modificaciones derivadas de tales comentarios.

- *Cuestionario de variables sociodemográficas y de salud mental*: El cuestionario de variables sociodemográficas y salud mental incluirá preguntas con diferentes formatos de respuesta. Además de preguntar cuál es el sexo, la edad y el estado civil, también se preguntará por el/los diagnóstico/s de trastorno mental, el tipo de servicio (Salud Mental o Rehabilitación Comunitaria) que utilizan, con quién residen, el nivel de estudios y la situación laboral (ver Anexo 6).
- *Cuestionario sobre el Proceso de Recuperación* (QPR-15-ESP; Cuestionario sobre el Proceso de Recuperación; Neil et al., 2009; Adaptación al castellano de Goodman-Casanova et al., 2022). Este cuestionario es la versión abreviada del instrumento original que se ha mencionado anteriormente en el punto 1.3 de la Fundamentación teórica. Evalúa la recuperación personal, y se basa en el marco conceptual CHIME. Está compuesto por 15 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos (0= Completamente en desacuerdo; 4= Completamente de acuerdo). En cuanto a las propiedades psicométricas, muestra una adecuada consistencia interna (α de Cronbach= .91).

2.4.3. Procedimiento

Con el objetivo de obtener la muestra necesaria para validar el instrumento, se volverá a contactar con las asociaciones y con el servicio de psiquiatría que han participado en la fase piloto. En caso de que entre tales entidades no se consigan suficientes participantes, contactaremos con otras instituciones hasta conseguir el tamaño de muestra deseado. Una vez se reciba la aprobación de las instituciones, se llevará a cabo el reclutamiento de las personas participantes. A estas personas se les contactará a través de sus profesionales o por correo electrónico, para darles información sobre el estudio. Se les pedirá que respondan el correo o les transmitan la decisión de participar a sus profesionales de referencia. En caso de que no respondan en una semana, se les llamará por teléfono. Una vez acepten participar, se establecerá una fecha para reunirse presencialmente con los participantes en la asociación o servicio que les corresponda. Ese día, una investigadora del equipo explicará brevemente el objetivo del trabajo y cómo se aplicarán los cuestionarios. Tal y como se ha hecho en la anterior fase, se entregarán la “Hoja de información” y el “Consentimiento Informado”, teniendo en cuenta que si algún participante tuviera tutor/a legal, el consentimiento tendría que ser firmado por el/la tutor/a. La aplicación se llevará a cabo de la misma forma que en la fase piloto, ofreciendo el apoyo de un/a psicólogo/a si fuera necesario. La diferencia entre ambas fases en

lo que respecta al procedimiento estaría en la duración. De hecho, teniendo en cuenta que en esta fase se administrará un cuestionario más, la duración oscilaría entre 30-45 minutos.

Por último, la versión adaptada del RPI se volverá a administrar al cabo de 30 días a 80 participantes con el fin de medir la estabilidad temporal del instrumento.

2.4.4. Análisis de datos

En esta fase se utilizarán procedimientos de análisis cuantitativo. Se realizará un análisis exhaustivo de los ítems mediante el análisis descriptivo de los ítems y desde la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), siempre y cuando se pueda acceder al tamaño muestral de 500 participantes. También se analizará la estructura dimensional del instrumento, para ello se usará el modelo de análisis factorial confirmatorio, lo que proporcionará evidencia de validez basada en la estructura interna. En cuanto al análisis de la fiabilidad, por un lado, se evaluará la consistencia interna (mediante el cálculo de α de Cronbach) y por otro, la estabilidad temporal (mediante la correlación test-retest) del instrumento. Además, se proporcionarán evidencias de validez de relación con otras variables, calculando correlaciones entre variables y llevando a cabo análisis de comparación de medias. Y por último, dentro de las evidencias de validez de relación con otras variables, se proporcionarán evidencias de validez convergente mediante el cálculo de correlaciones entre las puntuaciones del RPI en proceso de adaptación y las puntuaciones de otro instrumento que evalúa el mismo constructo, en este caso el QPR-15-ESP.

2.5. Fase de tipificación

En esta fase se elaborarán los baremos normativos, se redactará el manual técnico y se describirá la forma de aplicar el instrumento y de interpretar los resultados que obtenga cada usuario/a.

Tras crear los baremos, se redactará el manual técnico. En dicho manual, además de describir los fundamentos teóricos del instrumento, se definirá el constructo que mide, en este caso, la recuperación personal. Asimismo, se describirá exhaustivamente el proceso de adaptación llevado a cabo y las características psicométricas del instrumento adaptado. Por

último, se expondrán las normas de aplicación y los criterios de interpretación de las puntuaciones.

2.5.1. Participantes

La muestra que se utilizará en la tipificación será la misma de la fase experimental.

2.5.2. Análisis de datos

Se calcularán los percentiles y las puntuaciones T necesarias para elaborar los baremos normativos.

3. Conclusiones

La recuperación personal constituye una forma de concebir la recuperación que va más allá de la sintomatología que presentan las personas que padecen trastorno mental severo. Aunque en las últimas décadas el paradigma de la recuperación ha ido incorporándose e implementándose en diferentes países y sistemas de salud mental, su implementación dista mucho de estar generalizada en tales sistemas. Un paso necesario para implementar un sistema de atención orientada a la recuperación es utilizar instrumentos de evaluación que permitan medir la recuperación. Aunque existen instrumentos desarrollados a tal efecto, la mayoría de ellos no están adaptados al contexto español. Por ello, este estudio pretende adaptar el Recovery Process Inventory (RPI; Jerrell et al., 2006) a la lengua y cultura española.

En el presente estudio se ha llevado a cabo la fase de traducción al castellano del RPI y se han aplicado una serie de entrevistas cognitivas a personas expertas y usuarias de servicios de salud mental. El análisis de los procesos de respuesta de tales personas ha dado como resultado un instrumento que constituye la base para la fase piloto, la fase experimental y la fase de tipificación del proceso de adaptación.

Además de desarrollar la fase arriba señalada, en este trabajo se han diseñado las tres fases que acabamos de citar, cuyo desarrollo concluirá con la adaptación al castellano del RPI. Este instrumento, además de incluir aspectos de la recuperación personal que mayor consenso presentan de acuerdo con la revisión sistemática realizada por Ellison et al. (2018), tiene buenas

propiedades psicométricas, es breve y fácilmente administrable. Por lo tanto, permitirá avanzar hacia un modelo de atención a la salud mental orientado no solo a los síntomas sino al bienestar y al crecimiento integral de las personas que padecen trastorno mental severo.

4. Referencias

- Andreasen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 972-980. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x>
- 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>
- Balluerka, N., Gorostiaga, A., Alonso-Arbiol, I., & Haranburu, M. (2007). La adaptación de instrumentos de medida de unas culturas a otras: una perspectiva práctica. *Psicothema*, 19(1), 124-133.
- Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T., & Rosen, A. (2011). Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 267-280. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.549996>
- Campbell-Orde, T., Chamberlin, J., Carpenter, J., & Leff, H. S. (2005). *Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures: Volume II*. Human Services Research Institute. <https://www.hsri.org/publication/measuring-the-promise-a-compendium-of-recovery-measures-volume-ii>
- Cavelti, M., Kvrjic, S., Beck, E. M., Kossowsky, J., & Vauth, R. (2012). Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. *European Psychiatry*, 27(1), 19-32. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.01.007>
- Cavelti, M., Wirtz., Corrigan, P., & Vauth, R. (2017). Recovery assessment scale: Examining the factor structure of the German version (RAS-G) in people with schizophrenia spectrum disorders. *European Psychiatry*, 41(1), 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.10.006>
- Corrigan P. W., Salzer, M., Ralph R. R., Sangster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035-1041. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007118>
- Davidson, L., & White, W. (2007). The Concept of Recovery as an Organizing Principle for Integrating Mental Health and Addiction Services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 34(2), 109–120. <https://doi.org/10.1007/s11414-007-9053-7>

- Dell, N. A., Long, C., & Mancini, M. A. (2021). Models of mental health recovery: An overview of systematic reviews and qualitative meta-syntheses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 44(3), 238–253. <https://doi.org/10.1037/prj0000444>
- Donnelly, M., Scott, D., McGilloway, S., O'Neill, T., Williams, J., & Slade, M. (2011). Patient outcomes: what are the best methods for measuring recovery from mental illness and capturing feedback from patients in order to inform service improvement?. Bamfor Implementation Rapid Scheme. <https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/Patient%20Outcomes.pdf>
- Drapalski, A. L., Medoff, D., Unick, G. J., Velligan, D. I., Dixon, L. B., & 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>
- Drapalski, A. L., Medoff, D., Dixon, L., & Bellack, A. (2016). The reliability and validity of the Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness Scale. *Psychiatry Research*, 239, 259-264. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.031>
- Ellison, M. L., Belanger, L. K., Niles, B. L., Evans, L. C., & Bauer, M. S. (2018). Explication and Definition of Mental Health Recovery: A Systematic Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(1), 91–102. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0767-9>
- Elosua, P. (2012). Tests publicados en España: usos, costumbres y asignaturas pendientes. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 12-21.
- Frese, F. J., Knight, E. L., & Saks, E. (2009). Recovery from schizophrenia: With views of psychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 370–380. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn175>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2017). *Pla director de salut mental i addiccions. Estratègies 2017-2020*. https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Salut-mental-addiccions/Linies-estrategiques/estrategies2017_2020.pdf
- Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C., & Gervain, M. (1995). Recovery Assessment Scale. In R. O. Ralph, K. Kidder & D. Phillips (Eds.), *Can we measure recovery? A compendium of recovery and recovery-related instruments, Volume II*. (pp. 7-8). Human Services Research Institute. https://www.hsri.org/publication/Can_We_Measure_Recovery_A_Compendium_of_Recovery_and_Recovery-Related

- Goodman-Casanova, J. M., Cuesta-Lozano, D., Garcia-Gallardo, M., Duran-Jimenez, F. J., Mayoral-Cleries, F., & Guzman-Parra, J. (2022). Measuring mental health recovery: Cross-cultural adaptation of the 15-item Questionnaire about the Process of Recovery in Spain (QPR-15-SP). *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(3), 650-664. <https://doi.org/10.1111/inm.12985>
- Guler, C., & Gurkan, A. (2019). Validity and reliability of the Turkish version of the Recovery Assessment Scale. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 4(32), 309-319. <https://doi.org/10.14744/DAJPNS.2019.00045>
- Hambleton, R. K. (1994). Guidelines for adapting educational and psychological tests: A progress report. *European Journal of Psychological Assessment*, 10(3), 229–244.
- Hancock, N., Scanlan, J. N., Kightley, M., & Harris, A. (2020). Recovery Assessment Scale-Domains and Stages: Measurement capacity, relevance, acceptability and feasibility of use with young people. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(2), 179–187. <https://doi.org/10.1111/eip.12842>
- Happel, B. (2008). Determining the effectiveness of mental health services from a consumer perspective: Part 2: Barriers to recovery and principles for evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(2), 123-130. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00520.x>
- Hernandez, A., Hidalgo, M. D., Hambleton, R. K., & Gómez-Benito, J. (2020). International Test Commission guidelines for test adaptation: A criterion checklist. *Psicothema*, 32(3), 390-398. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.306>
- International Test Commission. (2005). *ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests*. https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation.pdf
- International Test Commission. (2017). *ITC guidelines for translating and adapting tests (Second Edition)*. https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf
- Jerrell, J. M., Cousins, V. C., & Roberts, K. M. (2006). Psychometrics of the Recovery Process Inventory. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(4), 464–473. <https://doi.org/10.1007/s11414-006-9031-5>
- Jorge-Monteiro, M. F., & Ornelas, J. H. (2016). Recovery Assessment Scale: Testing validity with Portuguese community-based mental health organization users. *Psychological Assessment*, 28(3), 1-11. <https://doi.org/10.1037/pas0000176>
- Kay S. R., Fiszbein A., & 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>

- Khanam, D., McDonald, K., & Williams, C. (2013). *Measuring Recovery: a Toolkit for Mental Health Providers in New York City*. The Bureau of Mental Health, NYC of Health and Mental Hygiene. <https://facesandvoicesofrecovery.org/wp-content/uploads/2019/06/Measuring-Recovery-A-Toolkit-for-Mental-Health-Providers-in-New-York-City.pdf>
- Law, H., Morrison, A., Byrne, R., & Hodson, E. (2012). Recovery from psychosis: a user informed review of self-report instruments for measuring recovery. *Journal of Mental Health, 21*(2), 193-208. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.670885>
- Leamy, M., Bird, V., le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry, 199*(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lemos-Giráldez, S., García-Alvarez, L., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., Vallina-Fernández, O., Vallejo-Seco, G., Fernández-Iglesias, P., Ordóñez-Cambor, N., Solares-Vázquez, J., Mas-Expósito, L., Barajas, A., & Andresen, R. (2015). *Measuring stages of recovery from psychosis*. *Comprehensive psychiatry, 56*, 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.021>
- Leonhardt, B. L., Huling, K., Hamm, J. A., Roe, D., Hasson-Ohayon, I., McLeod, H. J., & Lysaker, P. H. (2017). Recovery and serious mental illness: a review of current clinical and research paradigms and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics, 17*(11), 1117–1130. <https://doi.org/10.1080/14737175.2017.1378099>
- Mak, W. W., Chan, R. C., & Yau, S. S. (2016). Validation of the Recovery Assessment Scale for Chinese in recovery of mental illness in Hong Kong. *Quality of Life Research, 25*(5), 1303-1311. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1157-6>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026*. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estrategia-Salud-Mental-2022-2026.pdf>
- Ministerio de Sanidad. (2022) *Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión, Modificación Clínica*. (4ª ed.). https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html

- Mueser, K. T., Gingerich, S., Salyers, M. P., McGuire, A. B., Reyes, R. U., & Cunningham, H. (2005). Illness Management and Recovery (IMR) Scales. In T. Campbell-Orde, J. Chamberlin, J. Carpenter & H. S. Leff (Eds.), *Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures: Volume II*. (pp. 32-35). Human Services Research Institute. <https://www.hsri.org/publication/measuring-the-promise-a-compendium-of-recovery-measures-volume-ii>
- Muñiz, J., & Hambleton R. K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 66, 63-70.
- Muñiz J., & Fernández Hermida, J. R. (2000). La utilización de tests en España. *Papeles del Psicólogo*, 76, 41-49.
- Neil, S. T., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W., & Morrison, A. P. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR): A measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 2(1), 88-91. <https://doi.org/10.1080/17522430903553495>
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A & Davidson, L. (2005). From Rhetoric to Routine: Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices in a State Mental Health and Addiction System. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 378-386. <https://doi.org/10.2975/28.2005.378.386>
- Onken, S., Ridgway, P., Dumont, J., Dornan, D., & Ralph, R. (2002). *Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders? A National Research Project for the Development of Recovery Facilitating System Performance Indicators. Phase One Research Report: A National Study of State of Consumer Perspectives on What Helps and Hinders Mental Health Recovery*. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD), National Technical Assistance Center (NTAC).
- Osakidetza. (2017). *Retos y Proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020*. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/adjuntos/PE_2017_2020_web_ESP.pdf
- Penas, P., Iraurgi, I., Moreno, M. C., & Uriarte, J. J. (2019). How is evaluated mental health recovery?: A systematic review. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 47(1), 23–32.
- Pincus, H. A., Spaeth-Ruble, B., Sara, G., Goldner, E. M., Prince, P. N., Ramanuj, P., Gaebel, W., Zielasek, J., Großimlinghaus, I., Wrigley, M., Weeghel, J., Smith, M., Ruud, T., Mitchell, J. R., & Patton, L. (2016). A review of mental health recovery programs in selected industrialized countries. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0104-4>

- Rios, J. A., & Sireci, S. G. (2014). Guidelines Versus Practices in Cross-Lingual Assessment: A Disconcerting Disconnect. *International Journal of Testing*, *14*, 289-312. <https://doi.org/10.1080/15305058.2014.924006>
- Saavedra, J., Vázquez-Morejón, A. J., Vázquez-Morejón, R., Arias-Sánchez, S., González-Álvarez, S., & Corrigan, P. (2021) Spanish Validation of the Recovery Assessment Scale (RAS-24). *Psicothema*, *33*(3), 500-508. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.52>
- Shanks, B., Williams, J., Leamy, M., Bird, V. J., Le Boutellier, C., & Slade, M. (2013). Measures of Personal Recovery: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, *64*(10), 974-980. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.005012012>
- Sklar, M., Groessl, E. J., O'Connell, M., Davidson, L., & 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>
- Slade, M., Amering, M., & Oades, L. (2008). Recovery: an international perspective. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *17*(2), 128-137. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00002827>
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: Systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *21*(4), 353-364. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000133>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2006). *National Consensus Statement on Mental Health Recovery*. [Folleto] <https://dmh.mo.gov/media/pdf/national-consensus-statement-mental-health-recovery>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *SAMHSA's Working Definition of Recovery*. https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Working-Definition-of-Recovery/PEP12-RECDEF?referer=from_search_result
- Van de Vijver, F., & Hambleton, R. K. (1996). Translating Test: Some Practical Guidelines. *European Psychologist*, *1*(2), 89-99. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.1.2.89>
- van de Vijver, F., & Leung, K. (2011). Equivalence and bias: A review of concepts, models, and data analytic procedures. In D. Matsumoto, & F. J. R. van de Vijver (Eds.), *Culture and psychology. Cross-cultural research methods in psychology* (pp.17-45). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511779381.003>

- van de Vijver, F., & Tanzer, N. K. (2004). Bias and equivalence in cross-cultural assessment: an overview. *Reveu européenne de psychologie appliquée*, 54(2), 119-135. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2003.12.004>
- van Weeghel, J., van Zelst, C., Boertien, D., & Hasson-Ohayon, I. (2019). Conceptualizations, Assessments, and Implications of Personal Recovery in Mental Illness: A Scoping Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(2), 169-181. <https://doi.org/10.1037/prj0000356>
- Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Harding, C., Larsen, J., Le Boutellier, C., Oades, L., & Slade, M. (2012). Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(11), 1827-35. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0484-y>
- Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Norton, S., Pesola, F., & Slade, M. (2015). Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(5), 777-786. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0983-0>
- Young, S. L., & Bullock, W. A. (1999). Mental Health Recovery Measure (MHRM). In R. O. Ralph, K. Kidder & D. Phillips (Eds.), *Can we measure recovery? A compendium of recovery and recovery-related instruments, Volume II*. (pp. 11-12). Human Services Research Institute. https://www.hsri.org/publication/Can_We_Measure_Recovery_A_Compendium_of_Recovery_and_Recovery-Related

5. Anexos

Anexo 1

Comité de Ética



Comissió de Bioètica Universitat de Barcelona

Dictamen favorable

La Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona (CBUB), en sessió ordinària del dia 30 de setembre de 2021, va avaluar els aspectes metodològics, ètics i legals del projecte de recerca “Hacia la recuperación en personas diagnosticadas con trastorno mental severo: Definición, evaluación e intervención (RECO-DAI)”, emetent observacions enfront d'aquest.

El 25 de novembre, les professores Juana Gómez Benito, Giorgina Guilera Ferré i Maite Barrios, es va reunir amb representants de la CBUB per a aclarir les observacions que aquesta va emetre enfront del seu projecte. Després d'aclarides les observacions en la referida reunió, el projecte ha obtingut un dictamen favorable.

En Barcelona, a 29 de novembre de 2021.

**JORDI GARCIA
FERNANDEZ - DNI - [REDACTED]**
Firmado digitalmente por
JORDI GARCIA FERNANDEZ
Fecha: 2021.12.01 17:01:19
+01'00'

Dr. Jordi García Fernández
Vicerector de Recerca
President de la Comissió de Bioètica
Universitat de Barcelona

Institutional Review Board (IRB00003099)

<http://www.ub.edu/comissiobiologica/> Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona cbub@ub.edu

Anexo 2

Entrevistas cognitivas para personas expertas

Inventario del Proceso de Recuperación

El presente cuestionario pretende valorar el grado de comprensión y claridad con los que se han formulado las instrucciones y los ítems del Inventario del Proceso de Recuperación. A continuación, se presentan las instrucciones, los ítems de la escala, así como las alternativas de respuesta para cada uno de ellos.

Nos gustaría que valorases la claridad con la que se expresa cada uno de los aspectos sobre los que se pregunta (instrucciones, ítems y alternativas de respuesta) utilizando una escala de 1 a 4 puntos. Donde:

1: Indica que el texto difícilmente puede ser entendido por las personas a las que se dirige la escala.

4: Indica que el texto puede ser perfectamente entendido por las personas a las que se dirige la escala.

Si valoras el texto por debajo de 4, por favor, anota brevemente en el apartado de “Observaciones” las razones por las que consideras que el texto no se entiende lo suficientemente bien o sugiere posibles cambios en la redacción.

Además, al final del cuestionario existe un espacio donde puedes comentar o sugerir otros aspectos sobre la escala en general.

Para rellenar el cuestionario, por favor, ten en cuenta lo siguiente:

- Contesta todas las preguntas.
- Si necesitas cambiar una respuesta, puedes volver atrás en cualquier momento.

Gracias de antemano por tu tiempo y colaboración

Apartado 1. Instrucciones

Esta escala incluye una serie de frases sobre tus actitudes y creencias acerca de tu salud y bienestar. Lee atentamente cada una de ellas y marca la opción que mejor describe en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con la afirmación. Marca sólo una respuesta para cada afirmación y no dejes ninguna sin responder. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas.

Indica a continuación la claridad de las instrucciones (1: El texto difícilmente puede ser entendido por las personas a las que se dirige la escala. 4: El texto puede ser perfectamente entendido por las personas a las que se dirige la escala.)

	1	2	3	4	Observaciones
Claridad de las instrucciones					

Apartado 2. Ítems de la escala

A continuación se presentan los ítems de la escala. Por favor, indica a continuación la claridad con la que se han expresado los mismos.

(1: El texto difícilmente puede ser entendido por las personas a las que se dirige la escala. 4: El texto puede ser perfectamente entendido por las personas a las que se dirige la escala.)

	1	2	3	4	Observaciones
Me siento discriminado/a o excluido/a de mi comunidad debido a mi problema de salud mental					
Me siento perdido/a y sin esperanza la mayor parte del tiempo					
Cuando estoy con mi familia me siento aislado/a y solo/a					
Encuentro lugares y situaciones en los que puedo hacer amigos/as					
Mi vida tiene sentido y propósito					
Tengo un lugar bueno y seguro donde vivir					

Pido ayuda a los/as demás cuando la necesito					
El miedo no me impide vivir como quiero					
Me siento aislado/a y solo/a la mayor parte del tiempo					
Vivo en el tipo de lugar que me gusta					
Mi familia intenta controlar demasiado mi tratamiento					
Puedo estar con personas que entienden mi camino hacia la recuperación en la iglesia o en cualquier otro lugar de encuentro					
Creo que nunca encontraré el tipo de lugar en el que quiero vivir					
Tengo una visión positiva de la vida					
Nadie me contrataría para trabajar					
Confío en mí mismo/a para tomar buenas decisiones y hacer cambios positivos en mi vida					
Otras personas se preocupan por mí, incluso cuando yo no lo hago					
Sigo adelante con mi vida cuando tengo esperanza					
Me siento mejor cuando sé cómo cuidar de mí mismo/a					
Me siento más aislado/a cuando la gente de mi entorno reza pidiendo ayuda					
Otras personas siempre están tomando decisiones sobre mi vida					
Paso tiempo con la gente para sentirme conectado/a y mejor conmigo mismo/a					

Apartado 3. Alternativas de respuesta

Puntúa en qué medida, las opciones de respuesta son lo suficientemente claras y pueden ser entendidas por las personas a las que se dirige el cuestionario.

	1	2	3	4	Observaciones
Completamente en desacuerdo					
En desacuerdo					
Ni de acuerdo ni en desacuerdo					
De acuerdo					
Completamente de acuerdo					

Valora el bloque de opciones de respuesta en su conjunto (número de opciones de respuesta, existencia del punto medio de la escala, discriminación entre las opciones, etc.).

Si lo deseas, puedes dejar aquí tus comentarios generales sobre el cuestionario:

Anexo 3

Entrevistas cognitivas para personas usuarias

¿Las instrucciones te han resultado claras?

¿La escala de respuesta te parece adecuada?

¿Has tenido algún problema de comprensión con alguna frase? En caso afirmativo indica la frase.

¿Hay alguna palabra o algún concepto que no hayas entendido? En caso afirmativo indica qué palabra o concepto no has entendido.

Cuando has respondido al ítem "Me siento discriminado/a o excluido/a de mi comunidad debido a mi problema de salud mental", ¿en qué has pensado cuando se hablaba de comunidad?

Cuando has respondido al ítem "Encuentro lugares y situaciones en los que puedo hacer amigos/as", ¿en qué lugares y situaciones has pensado?

Cuando has respondido a los ítems "Tengo un lugar bueno y seguro donde vivir", " Vivo en el tipo de lugar que me gusta" y "Creo que nunca encontraré el tipo de lugar en el que quiero vivir", ¿en qué lugar o lugares has pensado en cada caso?

Cuando has respondido al ítem "Puedo estar con personas que entienden mi camino hacia la recuperación en la iglesia o en cualquier otro lugar de encuentro", ¿en qué has pensado cuando se hablaba del camino hacia la recuperación?

¿En qué has pensado cuando has respondido al ítem "Me siento más aislado/a cuando la gente de mi entorno reza pidiendo ayuda"?

Cuando has respondido al ítem "Otras personas siempre están tomando decisiones sobre mi vida", ¿en qué personas has pensado?

Si lo deseas, puedes dejar aquí tus comentarios generales sobre el cuestionario.

Datos de la persona participante:

- Indica el idioma en el que te comunicas habitualmente:
- Edad
- Sexo
- Nivel de estudios más alto alcanzado:

Anexo 4

Modificaciones en los ítems del RPI a partir de las entrevistas cognitivas

1. Me siento discriminado/a o excluido/a de mi comunidad debido a mi ~~problema estado~~ de salud mental
2. Me siento perdido/a y sin esperanza la mayor parte del tiempo
3. Cuando estoy con mi familia me siento aislado/a y solo/a
4. Encuentro lugares y situaciones en los que puedo hacer amigos/as
5. Mi vida tiene sentido y propósito
6. Tengo un lugar bueno y seguro donde vivir
7. Pido ayuda a los/as demás cuando la necesito
8. ~~El miedo no me impide~~ A pesar de mis miedos, puedo vivir como quiero
9. Me siento aislado/a y solo/a la mayor parte del tiempo
10. Vivo en ~~el tipo de~~ lugar que me gusta
11. Mi familia intenta controlar demasiado mi tratamiento
12. ~~Puedo estar~~ Cuento con el apoyo de con personas que entienden mi camino hacia la recuperación ~~en la iglesia o en cualquier otro lugar de encuentro~~
13. Creo que nunca encontraré ~~el tipo de un~~ lugar en el que quiera ~~o~~ vivir
14. Tengo una visión positiva de la vida
15. Nadie me contrataría para trabajar
16. Confío en mí mismo/a para tomar buenas decisiones y hacer cambios positivos en mi vida
17. Otras personas se preocupan por mí, incluso cuando yo no lo hago
18. Sigo adelante con mi vida cuando tengo esperanza (Cuando tengo esperanza puedo seguir adelante con mi vida)
19. Me siento mejor cuando sé cómo cuidar de mí mismo/a
20. Me siento más aislado/a cuando la gente de mi entorno reza pidiendo ayuda (cuando los demás se preocupan por mí, yo me siento más aislado)
21. Otras personas siempre están tomando decisiones sobre mi vida
22. Paso tiempo con la gente para sentirme conectado/a con mi entorno y mejor conmigo mismo/a

Anexo 5

Versión de los ítems del RPI para la fase piloto

	1	2	3	4	5
1. Me siento discriminado/a o excluido/a de mi comunidad debido a mi estado de salud mental					
2. Me siento perdido/a y sin esperanza la mayor parte del tiempo					
3. Cuando estoy con mi familia me siento aislado/a y solo/a					
4. Encuentro lugares y situaciones en los que puedo hacer amigos/as					
5. Mi vida tiene sentido y propósito					
6. Tengo un buen lugar donde vivir y me siento seguro/a en él					
7. Pido ayuda a los demás cuando la necesito					
8. A pesar de mis miedos, puedo vivir como quiero					
9. Me siento aislado/a y solo/a la mayor parte del tiempo					
10. Vivo en un lugar que me gusta					
11. Mi familia intenta controlar demasiado mi tratamiento					
12. Cuento con el apoyo de personas que entienden mi camino hacia la recuperación					
13. Creo que nunca encontraré un lugar en el que quiera vivir					
14. Tengo una visión positiva de la vida					
15. Nadie me contrataría para un trabajo					
16. Confío en mí mismo/a para tomar buenas decisiones y lograr cambios positivos en mi vida					
17. Otras personas se preocupan por mí, incluso cuando yo no lo hago					
18. Soy capaz de seguir adelante con mi vida cuando tengo esperanza					
19. Me siento mejor cuando sé cómo cuidar de mí mismo/a					
20. Cuando los demás se preocupan desesperadamente por mí, me siento más aislado/a					
21. Son otras personas las que siempre toman decisiones sobre mi vida					
22. Paso tiempo con otras personas para sentirme conectado/a con mi entorno y mejor conmigo mismo/a					

Nota. Escala de respuestas: 1= Completamente en desacuerdo; 2= En desacuerdo; 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4= De acuerdo; 5= Completamente de acuerdo.

Anexo 6

Cuestionario de variables sociodemográficas y de salud mental

Código de identificación del/la participante: _____

(tres últimas cifras y letra del DNI)

Por favor, a continuación, completa la información o bien señala con una “x” la opción que mejor se corresponde a ti.

Fecha de hoy (día/mes/año): ____ / ____ / ____ Población: _____

Edad: _____

Sexo:

- 1. Hombre
- 2. Mujer
- 3. Otro

¿Tienes un diagnóstico de trastorno mental?

Sí No

¿Cuál/cuáles?

Estado civil actual

- 1. Casado/a o en pareja
- 2. Soltero/a
- 3. Divorciado/a
- 4. Separado/a
- 5. Viudo/a

Nivel de estudios finalizado

- 1. Sin estudios
- 2. Primarios
- 3. Secundarios
- 4. Universitarios

¿Con quién vives?

- 1. Familia de origen (madre/padre)
- 2. Familia propia (hijos/as)
- 3. Solo/Sola
- 4. Comparto piso
- 5. Centro Institucional
- 6. Otro (especificar):

Situación laboral (puedes señalar más de una)

- 1. Estoy trabajando
- 2. Estoy en el paro
- 3. Estoy incapacitado (cobro pensión)
- 4. Estoy buscando trabajo (sin prestación)
- 5. Estoy estudiando
- 6. Soy ama de casa
- 7. Soy jubilado/a

Anexo 7

Hoja de información al participante

Lea esta información detenidamente:

Se le ha pedido que participe voluntariamente en un estudio cuyo objetivo es adaptar del inglés al castellano un instrumento para evaluar el proceso de recuperación en salud mental entendido como un proceso único y personal que posibilita desarrollar una vida satisfactoria y plena independientemente de la ausencia o presencia de síntomas. Este estudio forma parte de un proyecto más amplio (Número de referencia del proyecto PID2019- 109887GB-I00) cuyo objetivo general es definir, desarrollar instrumentos de medida y valorar la recuperación en salud mental.

Antes de que acepte formar parte de este estudio queremos que reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar. Por favor, lea con atención los siguientes apartados que abordan diferentes cuestiones directamente relacionadas con este estudio. Haga tantas preguntas como necesite para asegurar que entiende lo que implica su participación.

Puede consultar con las personas que considere oportuno.

¿En qué consiste el estudio?

La Universidad de Barcelona coordina este proyecto cuyo objetivo es definir el concepto de recuperación, desarrollar instrumentos de medida y evaluar la implementación de un taller de recuperación en salud mental. Para cumplir estos objetivos se llevan cabo diferentes estudios. Concretamente, el estudio al que le invitamos a participar está liderado por un equipo de investigadoras de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, y pretende adaptar del inglés al castellano el “Inventario para la evaluación de la recuperación” (RPI; Recovery Process Inventory). De esta forma se dispondrá de instrumentos de medida adecuados para evaluar el proceso de recuperación en salud mental.

¿Cuál es el objetivo de mi participación?

El objetivo de su participación es que usted proporcione información directa sobre su proceso de recuperación, respondiendo de forma sincera a las preguntas incluidas en un cuestionario que trata de medir dicho proceso.

¿En qué consistirá mi participación?

Su participación consistirá en responder a estos cuestionarios, lo que le requerirá entre 20 y 30 minutos.

¿Qué tipo de pruebas se administrarán?

Se entregará a cada uno/a de los participantes un cuadernillo que incluirá preguntas sobre algunos datos personales (p. ej., edad, sexo, nivel de estudios, etc.) que faciliten la interpretación de las respuestas y un cuestionario para conocer cómo percibe usted mismo/a su propio proceso de recuperación en salud mental.

¿Qué riesgos tendrá para mí la participación en el estudio?

Su participación en el estudio no conllevará ningún riesgo para usted ni para su salud.

¿Puedo negarme a participar en el estudio?

Su participación será voluntaria y usted sólo participará si desea hacerlo. Si decide no participar, no habrá perjuicio alguno para usted.

¿Qué harán las investigadoras con mis datos?

Los datos recogidos serán absolutamente confidenciales y sólo serán utilizados para los objetivos del presente estudio. Sus datos personales se mantendrán siempre en el anonimato. Sus respuestas serán únicamente accesibles a las miembros del equipo.

¿Cuándo puedo dejar de participar en el estudio?

Su participación en el estudio es voluntaria y por lo tanto usted puede abandonarlo en el momento que lo desee sin que se produzca perjuicio alguno. Los datos obtenidos previos al abandono serán inmediatamente eliminados de cualquier base de datos, si usted así lo desea.

Para más información o cualquier tema relacionado con el proyecto se puede dirigir a:

Nekane Balluerka

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud y Metodología de Investigación

Avenida de Tolosa 70, 20018 Donostia

Email: nekane.balluerka@ehu.eus

Teléfono de contacto: 943018339

Además, en atención a lo que establecen el Reglamento 2016/679 de la Unión Europea, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en relación al tratamiento de sus datos personales y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales que:

- a. De conformidad con lo establecido en la mencionada regulación, la UNIVERSIDAD DE BARCELONA, (con CIF Q0818001J y domicilio en la Gran Via de les Corts Catalanes, 585 - 08007 Barcelona) como responsable del tratamiento de los datos personales, le informa que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos mediante escrito a la dirección postal (Travessera de les Corts, 131-159, Pavelló Rosa, 08028 - Barcelona), o mediante un mensaje de correo electrónico a protecciodedades@ub.edu.
- b. Usted tiene derecho a acceder a sus datos, a solicitar la rectificación de los datos inexactos y a solicitar su supresión, así como a limitar el tratamiento, a oponerse y a retirar el consentimiento de su uso para determinadas finalidades. Estos derechos los puede ejercer mediante escrito a la dirección postal o mediante un mensaje de correo electrónico a la dirección mencionada en el párrafo anterior. Así mismo, le informamos de su derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Catalana de Protección de Datos en el caso de cualquier actuación de la Universitat de Barcelona que considere que vulnera sus derechos.

Anexo 8

Consentimiento informado

Declaración escrita rubricada con la firma

Título del estudio: Hacia la recuperación en personas diagnosticadas con trastorno mental severo: Definición, evaluación e intervención (RECO-DAI) [Número de referencia del proyecto: PID2019- 109887GB-I00]

Por favor, lea y conteste cada una de las siguientes preguntas señalando en cada caso la respuesta que considere correcta:

- | | | |
|---|----|----|
| ¿Ha leído toda la información que le ha sido facilitada sobre el estudio? | Sí | No |
| ¿Ha recibido suficiente información sobre este estudio? | Sí | No |
| ¿Ha comprendido que usted es libre de abandonar este estudio sin que esta decisión pueda ocasionarle ningún perjuicio en cualquier momento y sin tener que dar ninguna explicación? | Sí | No |
| ¿Ha comprendido los posibles riesgos asociados a su participación en este estudio? | Sí | No |
| ¿Recibirá algún tipo de compensación por participar? | Sí | No |
| ¿Está de acuerdo en participar? | Sí | No |
| (Sólo si procede) ¿Autoriza la participación en el estudio a la persona de quien usted es responsable? | Sí | No |

(Nombre y apellidos de la persona):

.....

Firma del/la participante

Fecha (dd/mm/aa)

Nombre y apellidos del/la participante

En caso de que más adelante usted quiera hacer alguna pregunta o comentario sobre este estudio, o bien quiera revocar su participación en el mismo, por favor contacte con:

Nekane Balluerka

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud y Metodología de Investigación

Facultad de Psicología

Avenida de Tolosa, 70, 20018 Donostia

nekane.balluerka@ehu.eus

Teléfono de contacto: 943018339

Firma de la investigadora

Fecha (dd/mm/aa)