

Patricia Penas<sup>1</sup>  
Ioseba Iraurgi<sup>1</sup>  
M. Concepción Moreno<sup>2</sup>  
Jose J. Uriarte<sup>2</sup>

# ¿Cómo evaluar la recuperación en salud mental?: Una revisión sistemática

<sup>1</sup>Universidad de Deusto, Bilbao, España

<sup>2</sup>Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB), Osakidetza, Biocruces, Bizkaia, España

En los últimos años se ha producido un incremento en el reconocimiento del concepto de recuperación personal en la atención a las personas que padecen enfermedades mentales: la recuperación personal definida como la búsqueda de una vida satisfactoria y plena a pesar de las limitaciones causadas por la enfermedad. Consecuentemente, se han creado diferentes instrumentos para evaluar los resultados orientados a la recuperación. El principal objetivo de este estudio ha sido llevar a cabo una revisión sistemática de los dominios e instrumentos que evalúan tanto la recuperación a nivel personal como la orientación de los servicios hacia la recuperación. Tras la revisión sistemática se ha realizado un proceso de selección de los instrumentos más apropiados teniendo en cuenta distintos criterios de adecuación, propiedades psicométricas y su validación al castellano. Como resultado se han obtenido 35 instrumentos que evalúan la recuperación personal y 18 la orientación de los servicios de salud mental, aunque muchos de ellos han sido desestimados por no cumplir los criterios de adecuación. Esta revisión deja clara la falta de consenso en el concepto de recuperación, debido al alto número de instrumentos que evalúan el mismo concepto a través de diferentes dominios. Además, solo unos pocos ofrecen datos de evidencia de las propiedades psicométricas y únicamente un instrumento desarrollado para evaluar la recuperación personal está adaptado al español.

**Palabras clave:** Recuperación Personal, Orientación de los Servicios, Instrumentos, Evaluación de Resultados, Salud Mental, Revisión Sistemática

## How is evaluated mental health recovery?: A systematic review

There is an increasingly recognition of the concept of personal recovery in the treatment of mental illness. Recovery defined as living a fulfilling, rewarding life, even in the ongoing presence of a mental illness. Consequently, a number of different instruments have been designed to assess recovery-oriented outcomes. The objective of the study was to conduct a systematic revision of the domains and the instruments used to assess personal recovery and mental health services orientation to recovery. After the systematic review, it has been carried out a selection process of the most adequate instruments taking into account different criteria of adequacy, psychometric properties and the validation to the Spanish population. In the results have been obtained 35 instruments for measuring personal recovery and 18 for assessing the orientation of recovery in mental health services. However, many of them have been dismissed for not reaching the adequacy criteria. This review makes clear the lack of consensus on the concept of recovery, as a consequence of the high number of instruments that evaluate the same concept through different domains. In addition, few instruments offer data related to the psychometric properties and only one instrument to assess personal recovery is validated to the Spanish population.

**Keywords:** Personal Recovery, Service Orientation, Instruments, Outcomes Assessment, Mental Health, Systematic Review

*Actas Esp Psiquiatr* 2019;47(1):23-32

Correspondencia:  
Patricia Penas  
Avda. De las Universidades 24  
48007, Bilbao  
Correo electrónico: patricia.penas@deusto.es

## INTRODUCCIÓN

La visión actual del concepto de recuperación surge en los años 80<sup>1</sup> en un contexto en el que las personas con enfermedad mental empiezan a relatar sus experiencias en primera persona, y en el que el devenir de la enfermedad deja de verse como una sentencia de mero deterioro<sup>2,3</sup>. Una de las definiciones más citadas para este concepto es la de Anthony (1993): "La recuperación es un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad"<sup>4</sup>.

Esta visión de la recuperación personal ha adquirido importancia convirtiéndose en el eje principal a la hora de guiar las políticas asistenciales de los sistemas actuales de salud mental de los distintos países<sup>5,6</sup>. Por ello, la necesidad de que los servicios asistenciales estén orientados a la recuperación personal requiere el uso de medidas que permitan evaluar tanto el propio proceso de recuperación de los usuarios como la orientación de los programas y servicios que promueven dicha recuperación<sup>7</sup>. Esta recuperación personal descrita se diferencia de la recuperación clínica más tradicional en que esta última hace referencia únicamente a la reducción o remisión de síntomas<sup>8</sup>, existiendo múltiples instrumentos de medida para su evaluación.

En este sentido, a pesar de que existen definiciones comúnmente aceptadas, la variabilidad de conceptualización de este proceso subjetivo, complejo y multidimensional como es la recuperación personal<sup>9</sup>, dificulta la creación y la elección de medidas objetivas para su evaluación<sup>10</sup>. Asimismo, existe una gran variabilidad de las dimensiones utilizadas por los distintos instrumentos actuales de evaluación<sup>11</sup>.

En los últimos años, algunos autores han tratado de identificar procesos, etapas y características claves en la recuperación<sup>12</sup>, a pesar de ser una experiencia propia de cada individuo. Tener esperanza, responsabilizarse de uno mismo, ser apoyado por otros, realizar actividades significativas o favorecer una identidad positiva de uno mismo<sup>10,13,14</sup> son algunos de los factores identificados. Asimismo, algunos autores han trabajado en la creación de marcos conceptuales, como CHIME con sus factores de conexión, esperanza y optimismo hacia el futuro, crear una identidad propia, tener una vida significativa y el empoderamiento<sup>12,15</sup>.

Por tanto y como ha sido señalado, es importante evaluar no solo el proceso personal de recuperación de las personas con un trastorno mental grave<sup>16</sup>, sino también a los servicios que les atienden y favorecen dicho proceso<sup>17</sup>; solo conociendo y evaluando el funcionamiento y la orientación de los servicios, estos podrán ser adaptados hacia el modelo de recuperación<sup>18</sup>. Además, tanto en la creación de los ins-

trumentos como en su evaluación es importante incluir a los usuarios que acuden a estos servicios<sup>7</sup>.

Aunque se han publicado revisiones y trabajos recientes en relación a las nuevas aportaciones acerca del modelo de recuperación<sup>15,19</sup>, los estudios referidos a la actualización de los instrumentos existentes para su evaluación es más escasa. El presente trabajo pretende estudiar las dimensiones utilizadas y los instrumentos que se han creado y son utilizados para evaluar la recuperación personal por un lado, y la orientación de los servicios asistenciales por otro. También se analizan las propiedades psicométricas y la adecuación de los instrumentos encontrados para este propósito. Por último, serán señalados aquellos que tienen disponible la adaptación al castellano.

## MÉTODO

Para la revisión sistemática se aplica el modelo PRIMA<sup>20</sup> adaptándolo a la búsqueda de instrumentos de evaluación, en concreto, aquellos que se han destinado a la evaluación de factores asociados al concepto de recuperación en enfermedad mental. Así mismo se han tenido en cuenta las herramientas mencionadas en revisiones existentes<sup>7,10,11,21-24</sup>. No se han utilizado filtros de tiempo, ya que, si bien el concepto de recuperación es relativamente reciente, el propósito del mismo es inherente a la génesis de los modelos de rehabilitación. El proceso se realizó prioritariamente en inglés, aunque tampoco se utilizaron filtros de idioma con fin de no descartar las distintas versiones de los instrumentos. La búsqueda se ha realizado a través de las siguientes bases de datos: SCOPUS, ProQuest, PsycARTICLES, PsycCRITQUES, PsycINFO, EBSCOHost y Science Direct; donde se han introducido los siguientes descriptores: "*mental health recovery*", "*recovery instruments*" "*personal recovery*" "*mental illness recovery*" "*recovery assessment*" "*recovery orientation of mental health services*" "*assessment of recovery orientation services*" y "*recovery scales*".

Un primer objetivo de la búsqueda era la detección de todo aquel instrumento destinado a la evaluación de la recuperación en enfermedad mental. Posteriormente, los instrumentos encontrados fueron clasificados dependiendo si evalúan la recuperación personal o la orientación de los servicios. La extracción de las propiedades psicométricas se llevó a cabo tras la lectura de los trabajos seleccionados. Todo el proceso de búsqueda se realizó inicialmente en los meses noviembre y diciembre de 2016, mientras que la obtención de documentos y extracción de información durante los meses de enero a abril de 2017. Finalmente, entre septiembre y noviembre de 2017 se replicó el procedimiento para actualizar la información.

También se han registrado las dimensiones que evalúan cada una de las escalas, para a través de la agrupación de estos dominios poder conocer la variabilidad y concreción utilizada por los distintos grupos a la hora de medir un mismo concepto, en este caso el modelo de recuperación.

A la hora de seleccionar los instrumentos más adecuados para su utilización en los servicios de salud mental se han tomado como referencia los criterios jerárquicos seleccionados por Burgess y su equipo en el año 2011 en la revisión sistemática realizada para el entorno australiano<sup>11</sup>. Por lo tanto, para la evaluación de la recuperación a nivel personal se han tenido en cuenta los siguientes: (1) evalúa dominios relacionados con la recuperación personal, (2) es fácil de completar (no supera los 50 ítems), (3) considera la perspectiva del usuario, (4) se trata de una medida de datos cuantitativos, (5) científicamente examinado, (6) posee unas adecuadas propiedades psicométricas y (7) posee la adaptación española. En relación a los instrumentos para la valoración de la orientación a los servicios de salud mental los criterios son: (1) mide dominios relacionados con la orientación de los servicios, (2) facilidad a la hora de su utilización (no más de 100 ítems), (3) sigue un proceso adecuado de creación, (4) considera la perspectiva de los usuarios, (5)

posee adecuadas propiedades psicométricas y (6) posee la adaptación española.

## RESULTADOS

De la revisión sistemática han resultado un total de 53 instrumentos, de los que 35 hacen referencia a la recuperación personal y 18 a la orientación de los servicios de salud mental.

### Recuperación Personal

Se identifican 35 instrumentos que valoran la recuperación personal, pero solo se ha tenido acceso a los dominios de 29 de ellos, de los seis restantes no se dispone de información al respecto. Como puede observarse en la Tabla 1, las dimensiones más repetidas en los distintos instrumentos son: manejo de los síntomas, esperanza, relaciones, empoderamiento y calidad de vida, mientras que nos encontramos con 22 que son recogidas por un solo instrumento.

A continuación en la Figura 1, puede verse representado el proceso seguido para seleccionar aquellos instrumentos que se van ajustando a los criterios propuestos.

Tabla 1 Dimensiones de los instrumentos que evalúan la recuperación personal (n=29)			
Dimensión	Número de instrumentos	Dimensión	Número de instrumentos
Manejo de síntomas	12	Espiritualidad	3
Esperanza	11	Responsabilidad	3
Relaciones	9	Apoyos de vida diaria	3
Calidad de vida	7	Consciencia	3
Empoderamiento	7	Fortalezas	3
Objetivos/autodirección	5	Autoestima	3
Conocimientos	5	Redefinición de sí mismo	2
Apoyos	5	Intrapersonal	2
Funcionalidad diaria	5	Interpersonal	2
Trabajo/act. educativas	4	Búsqueda de ayuda	2
Bienestar	4	Ayudar a otros	2
Crecimiento activo	4	Actividad social	2
Seguridad en sí mismo	4	Salud física	2
Medicación	3	Adicciones	2

22 dimensiones han sido únicamente recogidas por un instrumento

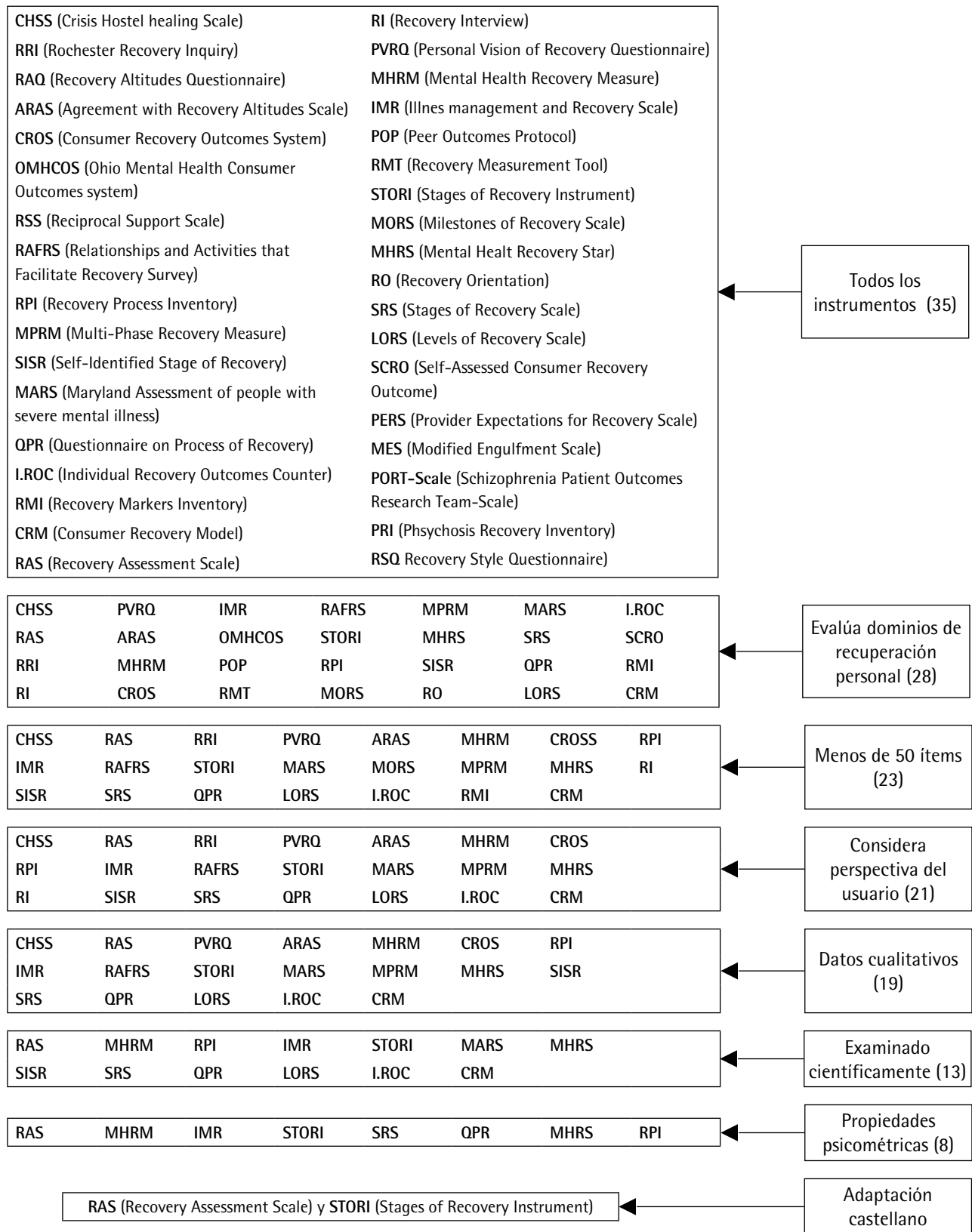


Figura 1

Diagrama de flujo par la selección de instrumentos de valoración de la 'Recuperación Personal'

### *Criterio 1: Evalúa dominios relacionados con la recuperación personal*

De los 35 instrumentos iniciales encontrados en las revisiones y literatura relacionada con la recuperación personal, se considera que solo 28 evalúan dominios directamente relacionados con el proceso de recuperación de personas con problemas de salud mental, excluyendo así herramientas utilizadas para un solo grupo de usuarios o la evaluación de unos aspectos muy concretos de dicho proceso. De este modo se rechazan: el RSS<sup>25</sup> al medir apoyo mutuo desde la perspectiva de los usuarios que forman parte de un programa, RAQ<sup>26</sup> que evalúa las actitudes de recuperación de forma general, PERS<sup>27</sup> está compuesta por una parte de la escala de optimismo que además es respondida por los profesionales en relación a los usuarios, MES<sup>28</sup> mide el grado en que la enfermedad influye en el autoconcepto del individuo, PORT-Scale<sup>29</sup> evalúa la recuperación como actitud u orientación de vida en personas con esquizofrenia, PRI<sup>30</sup> recuperación en primeros episodios, y por último, RSQ<sup>31</sup> se utiliza solo en el caso de diagnóstico de esquizofrenia.

### *Criterio 2: fácil de completar (menos de 50 ítems)*

Como puede observarse en la figura 1, cinco instrumentos son eliminados debido a que superan los 50 ítems: OMH-COS<sup>32</sup> (67 ítems), POP<sup>33</sup> (241 ítems), RO<sup>11</sup> (56 ítems), SCRO<sup>34</sup> (65 ítems) y RMT<sup>22</sup> (91 ítems).

### *Criterio 3: considera la perspectiva del usuario*

En este paso se suprimieron todos aquellos instrumentos que no recogían la información a través del propio usuario de la red, como son los instrumentos MORS<sup>35</sup> y RMI<sup>36</sup> en los que es el profesional quien completa la escala con su perspectiva del proceso de recuperación del usuario.

### *Criterio 4: datos cuantitativos*

Teniendo en cuenta este criterio los instrumentos RRI<sup>37</sup> y RI<sup>38</sup> son eliminados, ya que ambos tienen preguntas abiertas que generan datos cualitativos. La preferencia por los datos cuantitativos se debe a la facilidad que supone su posterior interpretación, a la hora de que la herramienta sea utilizada en un ámbito clínico.

### *Criterio 5: científicamente examinado*

Para no ser excluidos los instrumentos por este criterio, el desarrollo o la validación del instrumento debe haber sido publicado en una revista de revisión por pares, no solo en

revisiones<sup>7,10,11,21,23,24</sup> y en un compendium<sup>22</sup>. Por esta razón se descartan los siguientes instrumentos: el CHSS<sup>39</sup>, el ARAS<sup>40</sup> y el RAFRS<sup>41,22</sup>, debido a que solo han sido presentados en manuales o informes que no han sido publicados, el PVQR<sup>42</sup> que fue utilizado en una tesis y posteriormente no ha sido publicado, y la escala CROS<sup>43</sup> que se describe a través de un manuscrito. Por último, el MPRM<sup>44</sup> fue creado para un estudio específico<sup>11</sup>.

### *Criterio 6: Propiedades psicométricas: fiabilidad (consistencia interna), validez (validez convergente y de constructo) y valora el cambio*

A través de este criterio se excluyen aquellos instrumentos sobre los que no se encuentra información acerca de estas propiedades psicométricas. En este sentido, para el SISR<sup>45</sup> no existen estudios que evalúen la estructura factorial ni la valoración al cambio, en el caso del LORS<sup>46</sup> no se calcula la estructura factorial, para el CRM<sup>47</sup> se lleva a cabo un AFC y un análisis Rash pero no se proporcionan datos respecto a la validez convergente, en el estudio llevado a cabo por el I.ROC<sup>48</sup> no se indica la valoración al cambio y, por último, para la escala MARS<sup>49</sup> no existen datos acerca de la validez convergente. Por tanto, obtenemos datos de la evidencia psicométrica establecida para los siguientes instrumentos: RAS<sup>50</sup>, STORI<sup>51</sup>, RPI<sup>52</sup>, MHRM<sup>53</sup>, SRS<sup>54</sup>, IMR<sup>55</sup>, MHRM<sup>56</sup> y QPR<sup>57</sup>.

### *Criterio 7: Adaptación al castellano*

En este último criterio, que se refiere a la traducción de los instrumentos al castellano, solo se ha encontrado la versión española del STORI<sup>58</sup> y la traducción al castellano en la versión argentina del RAS<sup>59</sup>.

## **La orientación de los servicios asistenciales**

En relación a los 18 instrumentos que evalúan la orientación de los servicios asistenciales, se han encontrado las dimensiones para 15 de ellos presentadas en la Tabla 2, donde las más repetidas han sido las relaciones con otras personas, las posibilidades y expectativas acerca del proceso de recuperación, el clima de la organización, el tratamiento utilizado y la colaboración e involucración de los servicios.

A continuación en la Figura 2 está ilustrado el proceso seguido para seleccionar aquellos instrumentos que se van ajustando a los criterios propuestos para la evaluación de la orientación llevada a cabo por los servicios de salud mental.

Tabla 2 Dimensiones de los instrumentos que evalúan la orientación de los servicios asistenciales (n=15)			
Dimensión	Número de instrumentos	Dimensión	Número de instrumentos
Apoyo social/iguales	12	Acceso	3
Posibilidades/expectativas de recuperación	11	Elección	3
Clima organizacional	9	Inclusión	3
Tratamiento	7	Orientación al crecimiento	3
Colaboración/involucración	7	Autocuidado/wellness	3
Basado en fortalezas	5	Actividades significativas	3
Autodeterminación/autocontrol	5	Centrado en la comunidad	2
Búsqueda de objetivos	5	Servicios individualizados	2
Necesidades básicas	5	Responsabilidades	2

21 dimensiones han sido únicamente recogidas por un instrumento

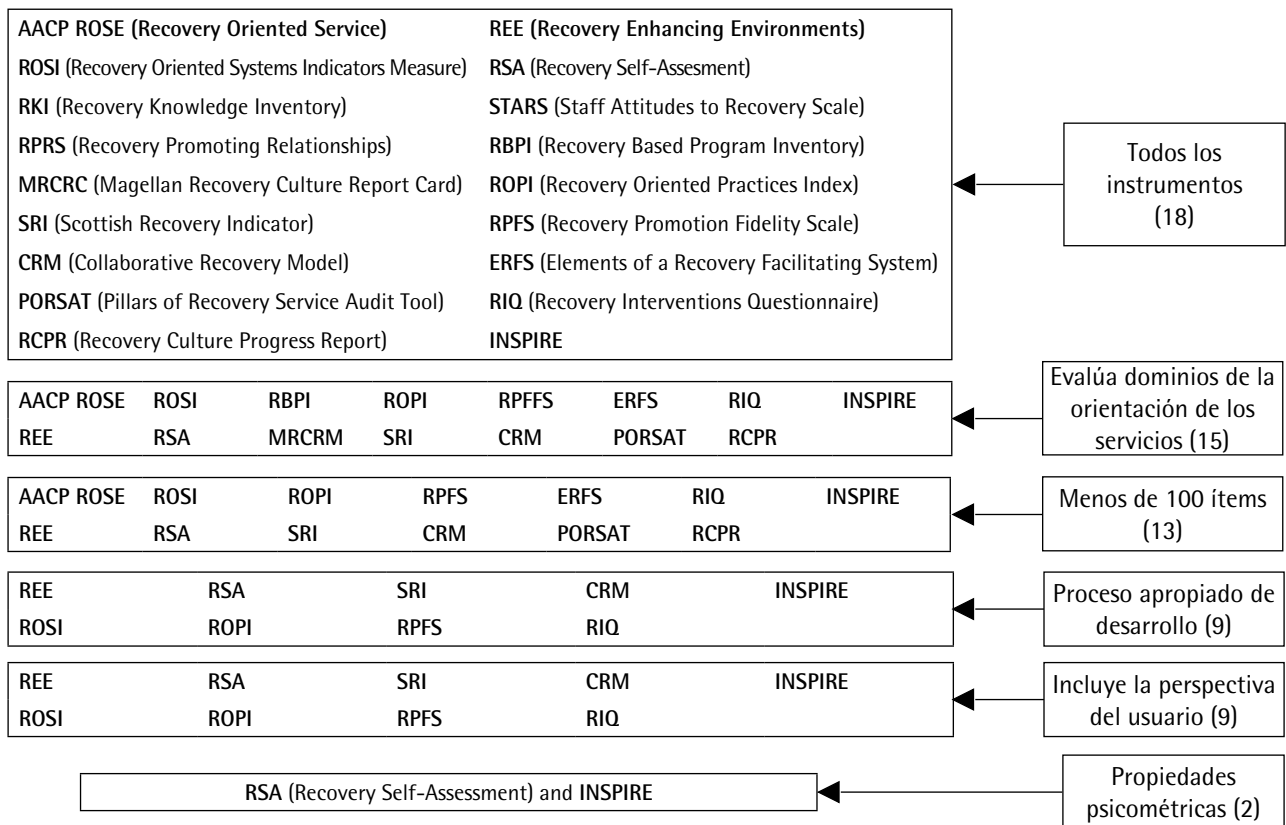


Figura 2

Diagrama de flujo par la selección de instrumentos de valoración de la 'Orientación de los Servicios hacia la Recuperación'

### *Criterio 1: Evalúa dominios de la orientación de los servicios*

De los 18 instrumentos iniciales encontrados en las revisiones y literatura relacionada, se considera que 15 evalúan dominios relacionados directamente con la orientación de los servicios al modelo de recuperación. Se excluyen el RKI<sup>60</sup>, que evalúa el conocimiento y las actitudes de los profesionales, el STARS<sup>61</sup> las actitudes de los trabajadores y el RPRS<sup>62</sup> las competencias de los profesionales.

### *Criterio 2: Fácil de completar (menos de 100 ítems)*

Con el objetivo de seleccionar un instrumento de cumplimiento fácil se eliminaron los dos instrumentos que superaban los 100 ítems: el MRCRM<sup>11</sup> con 102 y el RBPI<sup>63,11</sup> con 148 ítems.

### *Criterio 3: Proceso apropiado de desarrollo*

En este criterio se valora que la herramienta haya llevado un proceso adecuado de desarrollo, además de que haya sido examinada científicamente y publicada. En este sentido se descartan los siguientes instrumentos: el AACP ROSE<sup>22</sup> que únicamente fue presentado en una comunicación y añadido en el compedium de Campbell-Orde, el ERFS<sup>64</sup> que se trata de una versión reducida del REE utilizada solamente en un proyecto piloto en el 2008-2009, el PoRSAT<sup>65</sup> que es utilizado en un informe irlandés y, por último, el RCPR<sup>66</sup> que es la versión reducida del MRCRM y fue utilizada al igual que los instrumentos anteriores únicamente para la realización de un informe en concreto.

### *Criterio 4: Incluye la perspectiva del usuario*

Todos los instrumentos restantes cumplen este criterio, es decir, son herramientas que recogen la información acerca de los servicios teniendo en cuenta la perspectiva de los usuarios.

### *Criterio 5: Propiedades psicométricas: consistencia interna, validez convergente y estructura factorial*

Para algunos de los instrumentos no se han probado las propiedades psicométricas ROI<sup>67</sup>, SRI<sup>68</sup> o RPFS<sup>69</sup>. Para el REE<sup>70</sup>, ROSI<sup>71</sup>, CRM<sup>72</sup> y RIQ<sup>73</sup> solo conocemos la consistencia interna medida a través del alfa de Cronbach. Sin embargo, para el RSA<sup>74</sup> y el INSPIRE<sup>75</sup> sí se han llevado a cabo las siguientes propiedades psicométricas: consistencia interna, validez convergente y estructura factorial.

### *Criterio 6: Adaptación al castellano*

Tanto el instrumento *Recovery Self-Assessment (RSA)* como el INSPIRE no poseen la adaptación española, lo que indicaría que no existe ninguna herramienta que cumpla todos los criterios anteriormente establecidos para evaluar la orientación de los servicios de nuestro entorno.

## DISCUSIÓN

Siendo el objetivo del presente estudio la actualización de las dimensiones y herramientas utilizadas para la evaluación del modelo de recuperación tanto a nivel del proceso personal como en la orientación de los servicios de salud mental en el contexto español, una de las conclusiones más relevantes sería la falta de consenso en el concepto de recuperación en relación a ambas áreas. Esta misma idea fue respaldada por revisiones anteriores llevadas a cabo hace por lo menos cinco años<sup>10,11,23,24</sup>, lo que indica que, a pesar del auge y relevancia del modelo de recuperación, continúa siendo necesario buscar aproximaciones para su conceptualización.

El estado del arte actual presenta avances en relación a los procesos subjetivos que evalúan el marco conceptual del modelo de recuperación CHIME<sup>12</sup>; sin embargo esto no se ve claramente reflejado en los instrumentos de medida. A pesar de que algunos de los dominios más utilizados para evaluar el proceso personal de recuperación son los síntomas, la esperanza, las relaciones, la calidad de vida o el empoderamiento, dominios que exceptuando los síntomas se relacionan con dicho marco conceptual (CHIME), en la revisión realizada se puede observar que existen instrumentos con dominios distintos que están evaluando el mismo concepto. En este sentido, la confusión del marco conceptual también dificulta a los clínicos la elección de los instrumentos a utilizar, a falta de herramientas consensuadas.

Son pocos los instrumentos que cuentan con la valoración de las propiedades psicométricas que garantizan la adecuación de la herramienta para su uso práctico. De los 35 instrumentos desarrollados para la evaluación del proceso de recuperación personal únicamente ocho de ellos (RAS, MHRM, IMR, STORI, SRS, QPR, MHRS y RPI), cumplen con criterios de fiabilidad, validez convergente y de constructo y valoración al cambio. Entre los 18 que evalúan la orientación hacia la recuperación de los servicios de salud mental, solo para el RSA e INSPIRE se ofrecen datos de evidencia de la consistencia interna, la validez convergente y la estructura factorial.

En España el modelo de recuperación personal es un concepto emergente, presente en la estrategia del Sistema Nacional de Salud<sup>76</sup> y en los planes estratégicos de salud mental de las distintas comunidades autónomas, como por

ejemplo: País Vasco<sup>77</sup>, Navarra<sup>78</sup> o Cataluña<sup>79</sup>. Sin embargo, la escasez de herramientas adaptadas al castellano sugiere que la evaluación de este modelo no se está efectuando con los instrumentos propuestos en la literatura para ello.

En esta revisión se observa cómo de los ocho instrumentos que superan los criterios establecidos de selección para la evaluación del proceso de recuperación personal, solo dos de ellos están traducidos al castellano y solo uno está adaptado a la cultura española (STORI). El STORI (*Stages of Recovery Instrument*<sup>61,58</sup>) es un instrumento de 50 ítems tipo Likert que evalúa las diferentes etapas de la recuperación personal: moratorium, concienciación, preparación, reconstrucción y crecimiento, donde el proceso de la persona se situaría en aquella etapa que ha obtenido la puntuación más alta.

Asimismo, en relación a las herramientas adaptadas para valorar el modelo de recuperación en los servicios de salud mental, no se han encontrado instrumentos con adaptación al castellano que hayan superado dichos criterios.

Esta falta de herramientas adaptadas al contexto de uso en España deja clara la necesidad de validar y adaptar al castellano instrumentos que ayuden a evaluar este modelo de recuperación personal, y también el impacto que tienen los servicios en este proceso de recuperación de las personas con enfermedad mental. Solo conociendo y concretando el concepto de recuperación se pueden habilitar servicios y programas de salud mental y formar profesionales que realicen intervenciones centradas en este modelo de recuperación<sup>24</sup>.

Esta revisión presenta ciertas limitaciones. Por un lado, el sistema de criterios excluyentes seleccionado para elegir los instrumentos puede llevar a la eliminación de herramientas que pueden proporcionar información adecuada respecto a la recuperación individual pero no superan alguno de los criterios anteriores (por ejemplo no están compuestos por más de 50 ítems establecidos en el criterio 2). Del mismo modo, cabe la posibilidad de que existan más instrumentos que el STORI traducidos al castellano, pero no superen otros criterios anteriores. Por otro lado, para algunos de los instrumentos introducidos en la revisión el acceso al original no ha sido posible y al tratarse de literatura "gris" su descripción se ha realizado a partir de revisiones previas.

Por tanto y como conclusión final es importante destacar la necesidad de concreción, unificación y clarificación en el concepto del modelo de recuperación; solo así se podrán consensuar los dominios que lo componen, y consecuentemente, será posible seleccionar los instrumentos más apropiados para llevar a cabo su evaluación. Del mismo modo, conociendo y concretando los elementos que favorecen el proceso de recuperación se podrán elegir herramientas que sirvan para evaluar los servicios de salud mental, y posteriormente mejorar la atención clínica.

## CONFLICTO DE INTERESES

Patricia Penas es beneficiaria de una beca de investigación Predoctoral concedida por el Gobierno Vasco (PRE\_2017\_2\_0179).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Deegan P. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychiatr Rehabil J*. 1988;11:11-9.
2. Frese FJ, Knight EL, Saks E. Recovery from schizophrenia: With views of psychiatrist, psychologists and others diagnosed with this disorder. *Schizophr Bull*. 2009;35(2):370-80.
3. Zúñiga A, Navarro JB, Lago P, Olivas F, Muray E, Crespo M. Evaluación de las necesidades en pacientes psiquiátricos graves. Un estudio comunitario. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013;41(2):115-21.
4. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychos Rehabil J*. 1993;16:11-23.
5. U.S. Department of Health and Human Services. *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health; 1999.
6. Ramon S, Healy B, Renouf N. Recovery from mental illness as an emergent concept and practice in Australia and the UK. *Int J Soc Psychiatry*. 2007;53:108-22.
7. Sklar M, Groessl EJ, O'Connell M, Davidson L, Aarons GA. Instruments for measuring mental health recovery: A systematic review. *Clin Psycho Rev*. 2013;33:1082-95.
8. Slade M, Hayward M. Recovery, psychosis and psychiatry: Research better than rethoric. *Acta Psychiatrica Scand*. 2007;116:81-3.
9. Lahera G, Pérez-Fuster V, Gávez JL, Martínez M, Sánchez P, Roca M. ¿Es posible la recuperación funcional en la esquizofrenia?: un análisis cuali-cuantitativo de la opinión de los psiquiatras. *Actas Esp Psiquiatr*. 2016;44(3):97-106.
10. Williams J, Leamy M, Bird V, Harding C, Larsen J, Le Boutillier C, et al. Measures of the recovery orientation of mental health services: Systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47:1827-35.
11. Burgess P, Pirkis J, Coombs T, Rosen A. Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian Mental Health Services. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45:267-80.
12. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199:445-52.
13. Davidson L, O'Connell M, Tondora J, Lawless M. Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Prof Psychol Res Pr*. 2005;36(5):480-7.
14. Mancini A, Hardiman ER, Lawson HA. Making sense of it all: Consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J*. 2005;29(1):48-55.
15. Slade M, Leamy F, Bacon C, Janosik J, Le Boutillier V, Williams M, et al. International differences in understanding recovery: Systematic review. *Epidemiol Psychiatric Sci*. 2012;21(4):353-64.
16. Lavin D, Ryan P. Using quantitative research to measure recovery outcomes and correlates. *Ir J Psychol Med*. 2012; 29(3):157-62.
17. Leamy M, Clarke E, Le Boutillier C, Bird V, Choudhury R,



- MacPherson, R. Recovery practice in community mental health teams: National Survey. *Br J Psychiatry*. 2016;209(4):340-6.
18. Tansella M, Thornicroft G. Implementation science: Understanding the translation of evidence into practice. *Br J Psychiatry*. 2009;195:283-5.
  19. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, et al. Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*. 2014;12(1):12-20.
  20. Hutton B, Catalá-López F, Moher D. La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. *Med Clin*. 2016.
  21. Cavelti M, Kvrgic S, Beck EM, Kossowsky J, Vauth R. Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-report instruments. *Eur Psychiatry*. 2012;27(1):19-32.
  22. Campbell-Orde T, Chamberlin J, Carpenter J, Leff HS. Measuring the Promise: A compendium of Recovery Measures. Volume II. Crambridge, MA: Human Services Research Institute; 2005.
  23. Law H, Morrison A, Byrne R, Hodson E. Recovery from psychosis: a user informed review of self-report instruments for measuring recovery. *J Ment Health*. 2012;21(2):193-208.
  24. Shanks V, Williams J, Leamy M, Bird VJ, Le Boutillier C, Slade M. Measures of Personal Recovery: A Systematic Review. *Psychiatr Ser*. 2013;64(10):974-80.
  25. Silver T, Bricker D, Pesta Z. Impact of teaching mental health best practices and recovery process on constituent populations of the mental health system. In: D. Roth (Ed.). *New research in mental health*. Vol 15. Columbus, OH: Ohio Department in Mental Health; 2002. pp.331-5.
  26. Borkin JR, Steffen JJ, Ensfield LB, Krzton K, Wishnick H, Wilder K, et al. Recovery Attitudes Questionnaire: Development and Evaluation. *Psychiatr Rehabil J*. 2000;24(2):95-102.
  27. Salyers MP, Brennan M, Kean J. Provider Expectations for Recovery Scale: Refining a measure of provider attitudes. *Psychiatr Rehabil J*. 2013;36(3):153-9.
  28. McCay EA, Seeman MV. A scale to measure the impact of a schizophrenic illness on an individual's self-concept. *Arch Psychiatr Nurs*. 1998;12(1):41-9.
  29. Resnick SG, Rosenheck RA, Lehman AF. An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatr Ser*. 2004;55(5):540-7.
  30. Chen EY, Tam DK, Wong JW, Law CW, Chiu CP. Self-administered instrument to measure the patient's experience of recovery after first-episode psychosis: development and validation of the Psychosis Recovery Inventory. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39(6):493-9.
  31. Drayton A, Birchwood M, Trower P. Early attachment experience and recovery from psychosis. *Br J Clin Psychol*. 1998;37:269-84.
  32. The Ohio Department of Mental Health. *The Ohio Mental Health Consumer Outcomes System: Procedural Manual*. Columbus, Ohio: The Ohio Department of Mental Health; 2009.
  33. Campbell J, Einspahr K, Evenson R, Adkins R. Peer Outcomes Protocol (POP): Psychometric Properties of the POP. University of Illinois at Chicago; Department of Education and the Center for Mental Health Services; 2004.
  34. Gordon SE, Ellis PM, Siegert RJ, Walkey FH. Development of a Self-Assessment Consumer Recovery Outcome Measure: My voice, my life. *Adm Policy Ment Health*. 2013;40:199-210.
  35. Doyle M, Logan C, Ludlow A, Holloway J. Milestones to recovery: Preliminary validation of framework to promote recovery and map progress through the medium secure inpatient pathway. *Crim Behav Ment Health*. 2012;22:53-64.
  36. DeRoche K, Olmos-Gallo PA, McKinney CJ, Starks R, Huff S. Measuring Recovery Related Outcomes: A psychometric investigation of the recovery markers inventory. *Community Ment Health J*. 2014;50:896-902.
  37. Hopper K, Blanch A, Carpinello S, Johnson S, Knight E, Kovaszny B, et al. *Rochester Recovery Inquiry*. Orangeburg, NY: Center for the Study of Public Issues in Mental Health; 1996.
  38. Ralph RO, Kidder K, Phillips D. *Can we measure recovery? A compendium of Recovery and Recovery-related instruments*. Cambridge, MA: Human Services Research Institute; 2005.
  39. New York Crisis Hostel Project. *Crisis Hostel Healing Scale*. New York: New York Crisis Hostel Project; 1998.
  40. Murnen SK, Smolak L. *Agreement with Recovery Attitudes Scale*. Gambier, OH: Kenyon College; 1996.
  41. Leavy RL, McGuire AB, Rhoades C, McCool R. Predictors of subjective quality of life in mental health consumers: Baseline results. In: D. Roth (Ed.). *New research in mental health*. Vol 15. Columbus, OH: Ohio Department in Mental Health; 2002. pp. 331-5.
  42. Ensfield LB. *The Personal Vision of Recovery Questionnaire (PVRQ): The development of a consumer-derived scale*. Doctoral thesis in the Cincinnati University; 1998.
  43. Bloom BL, Miller A. *The Consumer Recovery Outcomes System (CROS 3.0): Assessing clinical status and progress in persons with severe and persistent mental illness*. Colorado Springs, CO: Colorado Health Networks; 2004.
  44. Beeble ML, Salem DA. Understanding the phases of recovery from serious mental illness: The roles of referent and expert power in a mutual-help setting. *J Community Psychol*. 2009;37(2):249-67.
  45. Wolstencroft K, Oades L, Caputi P, Andresen R. Development of a structures interview schedule to assess stage of psychological recovery from enduring mental illness. *Int J Psych Clin Pract*. 2010;14:182-9.
  46. Corriveau DP, Sousa S. Levels of Recovery Scale (LORS): Psychometric properties of a new instrument to assess psychotic symptoms and patient awareness. *Psychological Rep*. 2013;113(2):435-40.
  47. Luszczakowski K, Olmos-Gallo PA, Milnor W, McKinney CJ. *Measuring Mental Health Recovery: An application of Rasch Modeling to the Consumer Recovery Measure*. *Int J Behav Health Ser Res Pract*. 2016;43(1):104-15.
  48. Monger B, Hardie SM, Ion R, Cumming J, Henderson N. The individual Recovery Outcomes Counter: Preliminary validation of a personal recovery measure. *The Psychiatrist*. 2013;37:221-7.
  49. Drapalski AL, Medoff D, Unick GJ, Velligan DI, Dixon LB, Bellack AS. Assessing Recovery of people with serious mental illness: Development of a new scale. *Psychiatr Serv*. 2012;6(1):48-53.
  50. Gifford D, Schook A, Woody C, Vollandorf C, Gervain M. *Construction of a scale to measure consumer recovery*. *Psychiatr Rehabil Skills*. 1995.
  51. Andresen R, Caputi P, Oades L. *Stages of Recovery Instrument: Development of a measure of recovery from serious mental illness*. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:972-80.
  52. Jerrell JM, Cousins VC, Roberts KM. Psychometric Properties of Recovery Process Inventory. *J Behav Health Serv Res*. 2006;33(4):464-73.
  53. Young S, Bullock W. *Mental Health Recovery Measure*. Toledo OH: University of Toledo, Psychology Department; 2003.
  54. Song L, Hsu S. The development of the Stages of Recovery Scale for persons with persistent mental illness. *Res Soc Work Pract*. 2006;10:49-86.
  55. Mueser KT, Gingerich S, Salyers MP, McGuire AB, Reyes RU, Cunningham H. *The Illness Management and Recovery (IMR) Scales (Client and Clinicians Version)*. Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center; 2004.
  56. MacKeith J, Burns S. *Mental Health Recovery Star*. London:

- Mental Health Providers Forum and Triangle Consulting; 2008.
57. Neil S, Kilbride M, Pitt L, Nothard S, Welford M, Sellwood W, et al. The Questionnaire about the Process of Recovery (QPR): A measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis*. 2009;1(2):145-55.
  58. Lemos-Giráldez S, García-Alvarez L, Paino M, Fonseca-Pedrero E, Vallina-Fernández O, Vallejo-Seco G. Measuring stages of recovery from psychosis. *Compr Psychiat*. 2015;56:51-8.
  59. Zalazar V, Castro J, Masyano F, Vera N, Scorza P, Agrest M. Feasibility and Psychometric Properties of the Recovery Assessment Scale (RAS) in People with Mental Illness for its use in Argentina. *J Psycho Soc Rehab Ment Health*. 2017;1(1).
  60. Bedregal LE, O'Connell M, Davidson L. The Recovery Knowledge Inventory: Assessment of mental health staff knowledge and attitudes about recovery. *Psychiatr Rehabil J*. 2006;30(2):96-103.
  61. Crowe TP, Deane FP, Oades LG, Caputi P, Morland KG. Effectiveness of a Collaborative Recovery Training Program in Australia in promoting positive views about recovery. *Psychiatr Ser*. 2006;57(10):1497-500.
  62. Russinova Z, Rogers ES, Ellison ML. Recovery Promoting Relationships Scale Manual. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation; 2006.
  63. Ragins M. A Recovery Based Program Inventory. Long Beach, CA: Mental Health American of Los Angeles. Available in: <http://static1.1.sqspcdn.com/static/f/1084149/15481685/1323212495113/61ARecoveryBasedProgramInventory.pdf?token=rRsbuCAMGelk413To9gSBuFGhM%3D>
  64. Campbell-Orde T, Chamberlin J, Carpenter J, Leff HS. Addendum to Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures. Volume II. Cambridge, MA: Human Services Research Institute; 2005.
  65. Higgins A. A recovery approach within the Irish mental health services: A framework for development. Mental Health Commission; 2008.
  66. Mental Health America of Los Angeles. A Recovery Culture Progress Report. Exploring Recovery: The Collected Village Writings of Mark Ragins. Los Angeles: Mental Health America; 2009.
  67. Mancini AD, Finnerty MT. Recovery-oriented Practice Index. New York, NY: New York State of Mental Health; 2005.
  68. McLean J, Whitehead I. Evaluation of the Scottish Recovery Indicator pilot in the five health board areas in Scotland. Edinburgh: Scottish Government Social Research; 2008.
  69. Armstrong NP, Steffen JJ. The Recovery Promotion Fidelity Scale: Assessing the organizational promotion of recovery. *Community Ment Health J*. 2009;45:163-70.
  70. Ridgway P, Press A. Assessing the Recovery-orientation of Your Mental Health Program: A User's Guide for the Recovery-Enhancing Environmental Scale (REE). Kansas: University of Kansas; 2004.
  71. Dumont J, Ridgway P, Onken S, Doman D, Ralph R. Mental Health Recovery: What helps and what hinders? A National Research Project for the development of recovery facilitating system performance indicators. Phase II technical report: Development of recovery oriented system indicators (ROSI) measures to advance mental health system transformation. Alexandria: National technical assistance center for state mental health planning; 2006.
  72. Marshall SL, Oades LG, Crowe TP. Mental health consumers' perceptions of receiving recovery-focused services. *J Eval Clin Pract*. 2008;15:654-9.
  73. Ellis G, King R. Recovery focused interventions: Perceptions of mental health consumers and their case managers. *AeJAMH*. 2003;2(2):1-10.
  74. O'Connell M, Tondora J, Croog G, Evans A, Davidson L. From rhetoric to routine: Assessing perceptions of recovery oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatr Rehabil J*. 2005;28(4):378-86.
  75. Williams J, Leamy M, Bird V, Le Boutiller C, Norton S, Pesola F, Slade M. Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(5):777-86.
  76. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
  77. Osakidetza. Estrategia de Salud Mental de la CAPV. Vitoria-Gasteiz: Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco; 2010.
  78. Servicio Navarro de Salud Mental. Plan Estratégico de Salud Mental de 2012-2016; 2012. Available in: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/F349F797-9858-4326-8974-2EF2B7812FCB/250077/PlanSMNaAgosto2013.pdf>
  79. Ajuntament de Barcelona. Pla de Salut Mental de Barcelona 2016-2022; 2016. Available in: [http://eldigital.barcelona.cat/wp-content/uploads/2016/07/01\\_PlaSalutMental.pdf](http://eldigital.barcelona.cat/wp-content/uploads/2016/07/01_PlaSalutMental.pdf)