

Jose-Juan Uriarte¹
Patricia Penas²
M. Concepción Moreno-Calvete¹
Priscilla Ridgway³
Ioseba Iraurgi²

Evidencias de adecuación psicométrica de la adaptación española del REE: Cuestionario de Evaluación del Desarrollo de Entornos Favorables para la Recuperación

¹Biocruces Bizkaia Health Research Institute, Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza

²Universidad de Deusto, Bilbao, España

³Consultor Independiente, USA

Introducción. En el presente estudio se presentan el proceso y los resultados de la adaptación al castellano y la validación de REE (*Recovery Enhancement Environment*), una herramienta diseñada para evaluar tanto el proceso personal como la orientación de los servicios asistenciales hacia la recuperación.

Metodología. La versión española de REE fue completada por una muestra representativa de usuarios atendidos en el programa Trastorno Mental Grave (TMG) de la Red de Salud Mental de Bizkaia (n=312).

Resultados. Las evidencias de validez de cada una de las secciones (importancia de los componentes de recuperación, experiencia de los componentes de recuperación, clima organizacional y marcadores de recuperación) del REE han mostrado unidimensionalidad con índices adecuados en los análisis factoriales, siendo las puntuaciones de consistencia interna de cada una de las dimensiones superiores a 0,90. Asimismo, se han encontrado correlaciones significativas entre el REE y sus dimensiones, y con otros instrumentos que evalúan gravedad, funcionalidad y calidad de vida.

Conclusiones. La adecuación del comportamiento de las evidencias psicométricas del REE lo convierten en un instrumento de interés para la evaluación de diferentes indicadores en relación al modelo de recuperación, más aún dada la escasez de herramientas disponibles.

Palabras clave: Modelo de Recuperación, Evaluación de la Recuperación, Servicios de Salud Mental, Estudio Psicométrico, Trastorno Mental Grave

Actas Esp Psiquiatr 2020;48(2):75-88

Evidence of psychometric adequacy of the Spanish Adaptation of REE: Recovery Enhancing Environment

Introduction. In this study we present the process and results of the Spanish adaptation and validation of REE (*Recovery Enhancing Environment*), an instrument designed to assess the personal process of recovery and the recovery orientation of mental health services.

Methodology. The Spanish REE version has been completed by a representative sample of the Severe Mental Disorder (SMD) program users in the Mental Health Services of Biscay (n=312).

Results. The validity evidence of each section (importance of recovery elements, experience of recovery elements, organizational climate and recovery markers) of the REE has shown unidimensionality of the scale, with suitable indexes in the factorial analyses and Cronbach alphas greater than .90 for each dimension. Moreover, significant correlations have been found between REE and its dimensions, and with other instruments that measure severity, functionality and quality of life.

Conclusions. The adequacy of the psychometric properties of the REE make it an interesting instrument to assess the different indicators related to the recovery model, especially if the scarcity of available instruments is taken into account.

Keywords: Recovery Model, Recovery Assessment, Mental Health Services, Psychometric Research, Severe Mental Disorders

Correspondencia:
Patricia Penas
Universidad de Deusto
Avda de las Universidades 24
48007 Bilbao (España)
Correo electrónico: patricia.penas@deusto.es

INTRODUCCIÓN

La autonomía y la participación de las personas que padecen problemas graves de salud mental en su proceso de recuperación¹ tienen una presencia creciente en las políticas asistenciales de los sistemas de salud mental². Existen definiciones comúnmente aceptadas sobre el concepto y modelo de recuperación, entendido como un proceso llevado a cabo por la persona para vivir una vida satisfactoria, a pesar de las limitaciones propias de la enfermedad³. Sin embargo, no existe un consenso claro acerca de cuáles son las dimensiones que lo componen y su importancia relativa⁴, lo que dificulta la transición a su aplicación práctica⁵, y la elección de los instrumentos adecuados para su evaluación⁶, existiendo una gran variabilidad de escalas para ello⁷.

En el ámbito hispano son escasos los instrumentos adaptados al castellano para la evaluación tanto del proceso de recuperación como la orientación de los servicios⁸, a pesar de que el modelo de recuperación personal está presente en los planes estratégicos de salud mental⁹, tanto estatales como autonómicos.

El *Recovery Enhancement Environment* (REE) fue diseñado en 2004 en EE.UU. por Ridgway y Press para evaluar el modelo de recuperación, teniendo en cuenta las perspectivas de los usuarios de los servicios de salud mental¹⁰. Tratándose así de un instrumento que permite evaluar los factores de la recuperación y la manera en que los usuarios de los servicios perciben que estos factores se favorecen, proporcionando información útil para las organizaciones acerca del proceso de recuperación de sus usuarios y de la orientación a la recuperación de sus servicios y prácticas asistenciales. También se recoge información acerca del clima organizacional y de los marcadores de recuperación que hacen referencia al proceso de recuperación a nivel individual¹⁰.

El instrumento ha sido adaptado al Reino Unido como DREEM¹¹ - *Developing Recovery Enhancing Environment Measure* - y utilizada para medir la práctica orientada^{12,13}. Por ejemplo Bass, Tickle y Lewis han utilizado esta herramienta para evaluar el modelo de recuperación en tres unidades de rehabilitación desde la perspectiva de los usuarios y personal asistencial¹⁴ o Ayres, Fegan y Noak que han evaluado la evolución del clima organizacional del personal y el proceso de recuperación de los usuarios en un hospital penitenciario llevando a cabo medidas en dos momentos distintos¹⁵. Asimismo, también ha sido desarrollada la versión italiana¹⁶.

El presente estudio evalúa la adecuación psicométrica de la adaptación española del Cuestionario de Evaluación del Desarrollo de Entornos Favorables para la Recuperación (REE), con el objetivo de proporcionar un instrumento útil que permita evaluar tanto el proceso de recuperación per-

sonal como la orientación de los servicios de salud mental hacia la recuperación en nuestro entorno.

MÉTODO

Proceso de selección muestral

Se realiza un estudio observacional multicéntrico sobre una muestra representativa (n=312) de personas atendidas en el programa de Trastorno Mental Grave (TMG) en la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB). A partir del registro de casos activos (n=1949) durante el año 2016 se diseñó un muestreo aleatorio estratificado en función del sexo, edad y recurso asistencial. La muestra obtenida para un intervalo de confianza del 95% representa un error de muestreo de 5,1%. Como criterios de inclusión se consideraron la mayoría de edad y que estuvieran dentro del programa de TMG de la RSMB. Como criterios de exclusión se consideraron: la ausencia de consentimiento informado del paciente o tutor legal, alteraciones del lenguaje o de la comunicación, estado clínico que impida su colaboración. El presente estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de Euskadi.

Participantes

La muestra estaba constituida prioritariamente por hombres (60,6%), con una edad media de 49,17 años (DE=10,97, edad mínima 22 años, máxima 80), y reclutados en los Centros de Salud Mental (CSM, n=194), Hospitales de Día (HD, n=75), Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC, n=22) y Unidades Hospitalarias de Rehabilitación (n=21).

El diagnóstico más frecuente fue de esquizofrenia (56,1%), seguido del trastorno bipolar (12%) y el trastorno esquizoafectivo (8,9%), con una media de años en tratamiento de 17,37 (DE=8,70; rango 1-45). Un 75,6% de los pacientes habían sufrido alguna hospitalización a lo largo de su evolución, con una media de 6,65 hospitalizaciones (DE=8,34). Un 78,2% de los casos tenían acreditado un grado de minusvalía con una media de 65,18% (DE=9,48); asimismo un 68,3% no tenía reconocido ningún grado de dependencia. El 53,8% viven con sus familias, un 35,1% de forma autónoma y un 3,8% en alojamientos supervisados. En la Tabla 1 se presentan los datos de caracterización sociodemográfica en función de los recursos asistenciales.

Procedimiento

Las variables utilizadas incluyeron los datos sociodemográficos (ver Tabla 1) y de historia de enfermedad (diagnós-

Tabla 1		Estadísticos descriptivos y pruebas de contraste de las variables sociodemográficas en relación al centro de asistencial											
		Total (n=312)		CSM (n=194)		HD (n=75)		TAC (n=22)		HP (n=21)		F	P
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
Edad		49,17	10,97	50,71	10,99	46,85	8,80	50,95	12,24	41,43	12,35	5,546	0,001
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	χ^2	p
Sexo													
	Hombre	189	60,6	114	58,8	47	62,7	14	63,6	14	66,7	0,81	0,845
	Mujer	123	39,4	80	41,2	28	37,3	8	36,4	7	33,3		
Estado civil													
	Soltero/a	215	68,9	124	63,9	59	78,7	15	68,2	17	81,0	16,24	0,367
	Casado/a	40	12,8	33	17,0	3	4,0	2	9,1	2	9,5		
	Divorciado/a	27	8,7	18	9,3	5	6,7	3	13,6	1	4,8		
	Viudo/a	13	4,2	9	4,6	3	4,0	1	4,5	0	0,0		
	Separado/a	10	3,2	4	2,1	4	5,3	1	4,5	1	4,8		
	Otros	7	2,2	6	3,1	1	1,3	0	0,0	0	0,0		
Estudios													
	Sin estudios	16	5,1	12	6,2	2	2,7	2	9,1	0	0,0	25,83	0,040
	Primarios	131	42,0	88	45,4	26	34,7	11	50,0	6	28,6		
	Secundarios	59	18,9	31	16,0	20	26,7	2	9,1	6	28,6		
	Formación profesional	69	22,1	36	18,6	23	30,7	2	9,1	8	38,1		
	Universitarios	36	11,5	23	13,4	4	5,3	5	22,7	1	4,8		
	Otros	1	0,3	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Situación Laboral													
	Trabajando	43	13,8	34	17,5	5	6,7	3	13,6	1	4,8	41,12	0,005
	Baja laboral	7	2,2	3	1,5	1	1,3	0	0	3	14,3		
	Jubilado	51	16,3	35	18,0	9	12,0	5	22,7	2	9,5		
	Estudiante	14	4,5	8	4,1	5	6,7	0	0	1	4,8		
	Parado	56	17,9	30	15,5	12	16,0	6	27,3	8	38,1		
	Ama/o de casa	26	8,3	19	9,8	4	5,3	1	4,5	2	9,5		
	Invalidez	97	31,1	55	28,4	32	42,7	6	27,3	4	19,0		
	Otros	18	5,8	10	5,2	7	9,3	1	4,5	0	0,0		
Trabajo antes de enfermedad													
	Sí	248	79,5	160	82,5	54	72,0	16	72,7	18	85,7	6,74	0,081
	No	54	17,3	26	13,4	19	25,3	6	27,3	3	14,3		
	perdidos	10	3,2	8	4,1	2	2,7	0	0,0	0	0,0		

Tabla 1	Continuación												
	Total (n=312)		CSM (n=194)		HD (n=75)		TAC (n=22)		HP (n=21)		χ^2	p	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%			
Estructura de convivencia													
Familia	204	65,7	132	68,0	45	60,0	14	63,6	13	61,9	8,29	0,505	
Autónomo	70	22,4	42	21,8	18	24,0	7	31,8	3	14,3			
Piso tutelado	23	7,4	12	6,2	8	10,7	0	0,0	3	14,3			
Otros	14	4,5	7	3,6	4	5,3	1	4,5	2	9,5			
Perdidos	1	0,3	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0			

CSM: Centro de Salud Mental; HD: Hospital de Día; TAC: Tratamiento Asertivo Comunitario; HP: Hospitalización Psiquiátrica

tico según criterios CIE-10, número de años desde el primer contacto con los servicios de salud mental, número de episodios de hospitalización durante los años en el programa y número de días de hospitalización en los últimos dos años), y de valoración/evolución clínica y de la recuperación (ver instrumentos). La información de estos instrumentos fue recogida por los clínicos de referencia en un plazo inferior a 15 días de la realización de la entrevista para la evaluación de la recuperación mediante la aplicación del REE. Ésta fue realizada por cuatro personas con experiencia personal en el proceso de recuperación y en el uso de servicios de salud mental como usuarios. Recibieron formación previa acerca del concepto de recuperación, uso de REE y habilidades de entrevista, incluyendo aspectos como la confidencialidad.

Instrumentos

El cuestionario REE (*Recovery Enhancing Environment Measure*¹⁰), o 'Cuestionario de Evaluación del Desarrollo de Entornos Favorables para la Recuperación' en su adaptación al castellano, se recogió tanto de forma autoaplicada como heteroaplicada de forma equiparada, salvo en aquellos casos en los que las características del participante aconsejaron la forma heteroaplicada por necesidad mayor de apoyo por parte del entrevistador. Se trata de una escala tipo Likert (entre 4=totalmente de acuerdo y 0=totalmente en desacuerdo), donde las puntuaciones más altas indican una mayor importancia.

El entrevistado evalúa inicialmente la *importancia relativa* que concede a cada uno de los 24 factores o elementos relacionados con la recuperación, así como su percepción del desempeño y funcionamiento de profesionales y servicios en el ámbito de dichos elementos.

Existe un apartado para la *evaluación de necesidades específicas* incluyendo minorías culturales, adicciones a sustancias, víctimas de abusos en la infancia, orientación sexual no heterosexual y cuidados de hijos a cargo.

El *clima organizacional* se evalúa a través de 14 ítems que miden aspectos o cualidades del entorno que han sido identificados como importantes en la promoción de la resiliencia o la capacidad de recuperarse de la adversidad y el *feedback* que dan los usuarios al propio centro.

Los *marcadores de recuperación* evalúan, a través de 24 ítems, en qué momento de su recuperación personal se encuentran los usuarios de los servicios.

En el proceso de validación del cuestionario original en inglés, el alfa de Cronbach (α) de la subescala que hace referencia a los 24 componentes de la recuperación es de 0,94, y la de sus elementos oscila entre 0,72 y 0,87. La correlación promedio de los ítems de cada componente es de 0,61, y de 0,44 entre todos los ítems. Para las subescalas de necesidades especiales los valores α fueron mayores o iguales a 0,88, y por último, la del clima organizacional fue de 0,97¹⁰.

El proceso de traducción al castellano se llevó a cabo mediante metodología de traducción directa e inversa (traducción-retrotraducción)¹⁷. Incluyó la traducción al español, la revisión del contenido del instrumento y una posterior traducción inversa a la lengua original (inglesa) que fue revisada por la autora de la versión original. Para la versión española se suprimió el ítem que hacía referencia a la raza, por no ser un ítem de relevancia en nuestro contexto social.

Para la gravedad y la evolución clínica se utilizó el cuestionario de Impresión Clínica Global - ICG (CGI - *Clinical Global Impression*)^{18,19} que consta de dos subescalas tipo Likert

de ocho opciones que oscilan de 0 (no evaluado) a 7 (extremadamente enfermo/mucho peor).

Para el funcionamiento global se utilizó la escala de Evaluación de la Actividad Global – EEAG (GAF – *Global Assessment of Functioning*)^{20,21}. Forma parte del eje V del diagnóstico multiaxial del DSM propuesto por la APA²². Se debe considerar la actividad psicológica, social y laboral a través de un ítem puntuado entre 1 (gravemente impedido) y 100 (máxima funcionalidad).

La gravedad global fue evaluada mediante la escala HoNOS^{23,24}. Consta de 12 ítems agrupados en cuatro áreas: problemas conductuales (1-3), deterioro (4-5), problemas clínicos (6-8) y problemas sociales (9-12). Cada ítem es puntuado en una escala de cinco puntos, desde 0 (sin problema) a 4 (problema severo), con una puntuación máxima de 48 – a mayor puntuación, mayor gravedad–.

La calidad de vida relacionada con la salud fue evaluada mediante la escala visual analógica (EVA) implementada en el EuroQoL-5D^{25,26}, que oscila de 0 ('peor estado de salud imaginable') a 100 ('mejor estado de salud imaginable') donde la persona indica el punto que mejor refleje su estado de salud global el día de la administración²⁷.

Análisis estadísticos

Los análisis de caracterización psicométrica del REE se han realizado circunscribiéndolos por separado a cada una de las cuatro secciones que lo componen. Las secciones II, III y IV, constituidas por 15, 14 y 24 ítems respectivamente, permiten obtener tres indicadores de recuperación que hacen alusión a 'Necesidades específicas', 'Clima organizacional' y los 'Marcadores de recuperación'. La sección I, 'Componentes o elementos de la recuperación', diferencia dos áreas, permitiendo obtener dos indicadores: la valoración de la importancia que atribuye el participante a 24 componentes identificados teóricamente (24 ítems) y la experiencia percibida por el participante de cómo los profesionales y los servicios propician el logro de esos 24 componentes (72 ítems, tres ítems por componente).

Se aplicaron técnicas de Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para probar la unidimensionalidad de cada una de las secciones de REE por separado. En el caso del área "importancia" de la sección I y las tres secciones restantes, el AFC se realizó sobre la matriz de correlaciones policóricas al tratarse de ítems en escala Likert; en el caso del área 'experiencia' de la sección I se realizó sobre la matriz de correlaciones producto-momento de Pearson al tratarse de puntuaciones factoriales obtenidas en el procedimiento previo. A partir de la matriz de correlaciones se calcularon la asimetría y la kurtosis multivariante y su desviación de la normalidad mediante el coeficiente de Mardia (<0,5). Para la evaluación

del ajuste de los modelos del AFC se realizó la estimación de parámetros a través del método de mínimos cuadrados ponderados estimándose su bondad de ajuste a partir de la prueba de Chi Cuadrado (χ^2). Dado que el Chi Cuadrado generalmente se ve afectado por el tamaño de la muestra y la falta de normalidad^{28,29}, se aplicaron para la estimación los métodos robustos de de Satorra-Bentler²⁹ y se solicitaron otros índices complementarios de bondad de ajuste²⁸: el Chi-Cuadrado normado (χ^2/gf) considerándose un buen indicador si el valor oscila entre 1 y 3; el error cuadrático medio estandarizado (RMSEA) y su intervalo de confianza del 90%, donde se consideran los valores <0,05 adecuados y los <0,08 aceptables; el índice de bondad de ajuste comparativo (CFI) y el índice de ajuste no reglado de Bentler-Bonnet (BB-NFI) con adecuación para valores >0,90.

Por último, la asociación entre las dimensiones del REE, y de estas con otros constructos clínicos se llevó a cabo mediante análisis de correlación de Pearson en aras a obtener evidencias de su validez concurrente.

RESULTADOS

Los 312 participantes respondieron a REE mediante entrevista con una cumplimentación prácticamente total (el porcentaje más alto de un ítem no respondido fue de 1,6% [5 casos]), salvo en la sección de 'necesidades especiales' donde se debe responder solo en el caso de cumplirse dicha necesidad: Trasfondo racial, étnico o cultural (n=7), Problemas alcohol/drogas (n=49), Abusos físicos/sexuales (n=60), Orientación sexual (n=15) e Hijos a su cargo (n=79).

El conjunto de ítems que componen cada sección de REE fue analizado independientemente y con la misma estructura de análisis (Tablas 2 a 5).

Evidencias psicométricas de la sección 'Importancia' de los componentes de recuperación

La Tabla 2 presenta los datos de distribución de respuestas a cada uno de los 24 ítems que conforman la escala y el total de la misma, sus estadísticos descriptivos (M, DE, As y k), el valor de correlación del ítem con el total de la escala (r), el coeficiente de fiabilidad de la escala si se retirase el ítem (α) y la comunalidad del ítem (h^2). Para todo el conjunto de ítems se aprecian valores promedios superiores o cercanos a 3 para un recorrido de 0 a 4, y por tanto una alta presencia de asimetría negativa en la distribución de respuestas. Tan solo cuatro ítems presentan una distribución diferencial reflejando una menor importancia atribuida (Apoyo a otros pacientes, Enfrentar el estigma, Creencias religiosas e Intimidad y sexualidad). El total de la escala presenta un

coeficiente de consistencia interna de 0,90, sin que la retirada de ninguno de los ítems permita mejorar dicho valor. En conjunto, la correlación ítem-escala se sitúa por encima de 0,30 (salvo el ítem de creencias religiosas; $r=0,16$ y enfrentar estigma y discriminación $r=0,24$) y las comunalidades alcanzan valores cercanos o superiores a 0,45. Para corroborar la dimensionalidad de la escala se utilizaron técnicas de

factorización. Las pruebas de Velicer (MAP) y Parallel mostraron que la mejor solución factorial era la retención de un único factor. El primer factor mostraba un valor propio de 12,52 con una varianza explicada del 52,19%. El valor propio del segundo y tercer factor era de 1,10 y 0,99, con una varianza explicada del 4,62 y 4,14%; estos dos factores se alejan considerablemente del primero en mucho más del

Tabla 2	Estadísticos descriptivos y medidas de tendencia central de los ítems que indican la importancia de los componentes de recuperación del instrumento REE												
	Ítems	Puntuaciones					Perd	M	DE	As	k	r	α
0		1	2	3	4								
Sentido positivo de la identidad	1,0	1,3	3,8	46,8	46,8	0,3	3,38	0,71	-1,56	4,48	0,44	0,90	0,61
Vida tiene sentido	1,0	0,6	3,5	41,0	53,2	0,6	3,46	0,69	-1,73	5,31	0,57	0,90	0,70
Esperanza	1,0	1,0	2,2	41,0	54,5	0,3	3,48	0,69	-1,85	5,97	0,58	0,90	0,56
Conocimientos actualizados	0,3	7,4	15,1	48,1	29,2	0,0	2,98	0,88	-0,75	0,17	0,35	0,90	0,43
Manejar síntomas y evitar recaídas	0,6	1,6	3,5	42,6	51,6	0,0	3,43	0,70	-1,56	4,04	0,55	0,90	0,63
Mejorar salud y bienestar	0,3	1,0	1,6	43,9	52,9	0,3	3,49	0,62	-1,36	3,95	0,67	0,90	0,60
Participar activamente en el proceso	0,3	3,2	7,1	48,7	40,4	0,3	3,26	0,75	-1,11	1,75	0,62	0,90	0,47
Respeto y defensa derechos	0,6	1,6	5,8	46,8	45,2	0,0	3,34	0,72	-1,30	2,98	0,70	0,90	0,56
Apoyo a otros pacientes	3,5	11,5	14,1	44,6	26,3	0,0	2,79	1,07	-0,84	0,05	0,35	0,90	0,60
Participar act, importantes	0,6	4,2	7,7	44,6	42,3	0,6	3,25	0,82	-1,23	1,76	0,64	0,90	0,52
Participar en la sociedad	2,2	2,5	6,1	44,9	42,9	0,3	3,23	0,89	-1,56	2,99	0,67	0,89	0,59
Relaciones personales positivas	1,0	2,6	5,1	40,4	51,0	0,0	3,38	0,78	-1,59	3,43	0,63	0,90	0,56
Identificar y reforzar fortalezas	0,0	2,2	5,4	44,9	46,8	0,6	3,37	0,69	-1,06	1,36	0,71	0,89	0,61
Desarrollar nuevas capacidades	0,0	5,4	11,2	51,3	32,1	0,0	3,10	0,80	-0,82	0,52	0,59	0,90	0,61
Necesidades básicas	0,6	1,9	3,8	42,9	50,6	0,0	3,41	0,72	-1,53	3,74	0,57	0,90	0,46
Sensación control/Toma decisión	0,3	2,2	3,2	46,2	48,1	0,0	3,39	0,69	-1,35	3,07	0,61	0,90	0,61
Creencias religiosas	14,7	26	17,0	23,1	19,7	0,0	2,06	1,36	-0,03	-1,27	0,16	0,91	0,52
Participar sociedad	0,0	2,6	6,1	45,8	45,5	0,0	3,34	0,71	-1,04	1,27	0,73	0,89	0,66
Enfrentar estigma/discriminación	7,4	22,8	11,2	34,9	23,7	0,0	2,45	1,28	-0,41	-1,07	0,24	0,91	0,66
Afrontar nuevos retos	1,3	5,8	9,6	46,2	36,9	0,3	3,12	0,90	-1,16	1,36	0,56	0,90	0,60
Buenos ejemplos	1,0	5,1	10,6	51,3	31,7	0,3	3,08	0,84	-1,06	1,41	0,49	0,90	0,47
Asistencia en crisis	0,6	2,2	4,8	43,6	47,8	1,0	3,37	0,74	-1,44	3,17	0,61	0,90	0,55
Intimidad y sexualidad	3,2	13,5	12,8	40,4	28,8	1,0	2,78	1,11	-0,78	-0,24	0,38	0,90	0,52
Profesionales preocupados	0,0	1,6	2,2	41,7	54,2	0,0	3,49	0,63	-1,22	2,20	0,58	0,90	0,52
Total						0,0	3,18	0,47	-0,79	2,40		0,90	

4=Totalmente de acuerdo; 3=De acuerdo; 2=Neutral; 1=En desacuerdo; 0=Totalmente en desacuerdo; M: Media; DE: Desviación estándar; As: Asimetría; k: Kurtosis; α : Alpha si se elimina elemento; h²: Comunalidad

triple de su valor (12 vs 1) por lo que se admite como mejor solución factorial la unidimensionalidad del constructo. Se llevó a cabo un AFC sobre la matriz de correlaciones polinómicas con estimación de Mínimos Cuadrados Ponderados dada la asimetría multivariante observada (Mardia=195,45). Los índices de ajuste ($\chi^2_{SB(252)}=350,93$; $p<0,001$; CFI=0,978; BB-NFI=0,928; RMSEA=0,036) muestran como los datos reproducen adecuadamente el modelo teórico unidimensional, con las cargas factoriales que oscilan entre 0,16 y 0,76. Tan solo dos ítems, el 171 -creencias religiosas- ($\lambda=0,16$) y el 191 -enfrentar estigma- ($\lambda=0,25$), muestran cargas inferiores a 0,30, siendo en el primer caso estadísticamente no significativo ($p=0,137$), lo que sugeriría prescindir de dicho ítem.

Evidencias psicométricas de la sección 'Experiencia' de los componentes de recuperación

Un análisis análogo al de la importancia de los componentes de recuperación se ha llevado a cabo con la 'Ex-

periencia' de recuperación (Tabla 3). En esta sección cada componente de recuperación viene definido por tres ítems que han sido factorizados para verificar su unidimensionalidad respecto al componente al que hacen referencia. En las 24 situaciones de experiencia de recuperación se ha encontrado unidimensionalidad, en todos los casos con cargas factoriales superiores a 0,60, y la consistencia interna entre los ítems componentes oscila entre 0,54 y 0,89. La distribución de respuestas también presenta asimetría negativa, si bien los valores promedios son algo inferiores a los mostrados en la sección de 'importancia'; el promedio total de la escala de 'experiencia' es de 2,66 frente a los 3,18 de la primera. La fiabilidad alcanzada por la escala total ha sido de 0,95 e igualmente el AFC ofrece una solución unifactorial satisfactoria ($\chi^2_{SB(252)}=713,10$; $p<0,001$; CFI=0,958; BB-NFI=0,937) si bien con índices de distribución de los errores casi en el límite de adecuación (RMSEA=0,077; IC90%=0,070 a 0,084). No obstante, en este caso, todas las cargas factoriales son significativas y superiores a 0,30, y tan solo el ítem 17E ($\lambda=0,33$) muestra una carga inferior a 0,40.

Tabla 3	Estadísticos descriptivos y medidas de tendencia central de los ítems que indican la experiencia de los componentes de recuperación del instrumento REE														
	Puntuaciones						Perd	M	DE	As	k	r	α	h ²	F
	0	1	2	3	4										
Sentido positivo de la identidad	1	1,6	4,2	11,5	50,6	32,1	0,0	3,07	0,86	-1,14	1,76	0,55	0,58	0,66	0,81
	2	0,3	5,4	8,0	48,4	37,8	0,0	3,18	0,82	-1,08	1,20	0,47	0,68	0,55	0,75
	3	1,6	7,4	11,5	51,3	28,2	0,0	2,97	0,92	-1,03	1,02	0,56	0,57	0,67	0,82
	Tot						0,0	3,07	0,69	-0,71	0,67		0,71		
Vida tiene sentido	1	0,0	6,7	13,8	52,6	26,6	0,3	2,99	0,82	-0,72	0,26	0,59	0,73	0,67	0,82
	2	0,3	4,2	9,9	55,4	30,1	0,0	3,11	0,77	-0,92	1,33	0,63	0,70	0,70	0,84
	3	1,0	8,3	10,9	51,9	27,2	0,6	2,97	0,90	-0,96	0,76	0,64	0,68	0,72	0,85
	Tot						0,0	3,02	0,69	-0,67	0,74		0,78		
Esperanza	1	1,6	3,8	26,9	42,3	25	0,3	2,86	0,90	-0,58	0,32	0,53	0,42	0,67	0,82
	2	0,6	6,1	9,3	51	32,4	0,6	3,09	0,85	-1,04	1,18	0,35	0,65	0,45	0,67
	3	4,5	20,2	25	34,6	15,1	0,3	2,35	1,10	-0,26	-0,79	0,47	0,50	0,62	0,79
	Tot						0,0	2,77	0,72	-0,28	0,02		0,63		
Conocimientos actualizados	1	0,6	10,3	12,8	49,7	26,6	0,0	2,91	0,93	-0,81	0,16	0,54	0,76	0,61	0,78
	2	1,3	17,3	20,5	40,1	19,2	1,6	2,60	1,03	-0,39	-0,75	0,66	0,62	0,75	0,87
	3	0,6	17,3	15,1	47,8	18,9	0,3	2,67	0,99	-0,53	-0,62	0,61	0,68	0,69	0,83
	Tot						0,0	2,73	0,81	-0,38	-0,45		0,77		

Tabla 3	Continuación		Puntuaciones												
			0	1	2	3	4	Perd	M	DE	As	k	r	α	h ²
Manejar síntomas y evitar recaídas	1	0,3	8,3	10,3	51,3	29,8	0,0	3,02	0,88	-0,91	0,53	0,58	0,73	0,65	0,81
	2	0,6	11,2	14,1	51,6	22,4	0,0	2,84	0,92	-0,74	0,06	0,63	0,69	0,71	0,84
	3	1,9	10,9	16,0	46,2	24,7	0,3	2,81	0,99	-0,77	0,06	0,62	0,68	0,70	0,84
	Tot						0,0	2,89	0,77	-0,66	0,46		0,77		
Mejorar salud y bienestar	1	1,6	3,8	6,7	54,8	32,7	0,3	3,14	0,82	-1,37	2,86	0,59	0,60	0,70	0,84
	2	2,2	4,8	9,9	51,3	31,4	0,3	3,05	0,90	-1,25	1,93	0,58	0,60	0,70	0,83
	3	3,2	14,7	15,7	42,3	23,7	0,3	2,69	1,09	-0,66	-0,38	0,50	0,72	0,59	0,76
	Tot						0,0	2,96	0,76	-1,04	2,16		0,73		
Participar activamente en el proceso	1	1,0	7,4	14,4	56,1	21,2	0,0	2,89	0,85	-0,88	0,88	0,53	0,42	0,69	0,83
	2	1,6	7,4	12,5	51,6	26,3	0,6	2,94	0,91	-0,99	0,96	0,45	0,51	0,62	0,79
	3	6,7	23,1	17,9	35,3	16,3	0,6	2,32	1,19	-0,29	-0,98	0,37	0,67	0,46	0,68
	Tot						0,0	2,72	0,75	-0,50	0,38		0,62		
Respeto y defensa derechos	1	1,9	14,1	16,7	46,8	19,9	0,6	2,69	1,01	-0,64	-0,26	0,60	0,59	0,70	0,84
	2	1,9	13,1	33,7	35,3	16,0	0,0	2,50	0,98	-0,23	-0,46	0,52	0,69	0,60	0,78
	3	2,6	4,5	16,7	53,8	22,4	0,0	2,89	0,89	-1,05	1,55	0,56	0,65	0,65	0,81
	Tot						0,0	2,69	0,78	-0,55	0,54		0,73		
Apoyo a otros pacientes	1	3,2	8,3	19,9	46,5	21,5	0,6	2,75	0,99	-0,81	0,39	0,43	0,67	0,54	0,73
	2	2,2	9,6	26,0	44,9	16,7	0,6	2,65	0,95	-0,57	0,07	0,63	0,42	0,75	0,87
	3	4,5	20,2	25,6	34,6	14,7	0,3	2,35	1,10	-0,26	-0,76	0,45	0,66	0,56	0,75
	Tot						0,0	2,58	0,80	-0,46	0,85		0,68		
Participar actividades importantes	1	1,3	8,7	10,3	50,3	29,5	0,0	2,98	0,93	-1,01	0,77	0,58	0,67	0,67	0,82
	2	2,9	11,2	24,7	44,9	15,7	0,6	2,60	0,98	-0,60	-0,02	0,52	0,74	0,59	0,77
	3	2,9	9,6	15,1	45,3	27,2	0,0	2,84	1,02	-0,88	0,30	0,65	0,58	0,74	0,86
	Tot						0,0	2,81	0,79	-0,77	0,96		0,75		
Participar en la sociedad	1	3,5	6,7	17,6	47,1	25,0	0,0	2,83	0,99	-0,95	0,72	0,57	0,55	0,70	0,84
	2	4,5	12,2	18,9	44,2	19,2	1,0	2,62	1,07	-0,70	-0,12	0,61	0,49	0,74	0,86
	3	3,2	11,9	9,9	43,9	29,8	1,3	2,86	1,08	-0,94	0,16	0,39	0,76	0,45	0,67
	Tot						0,0	2,77	0,83	-0,64	0,36		0,70		
Relaciones personales positivas	1	3,2	16,7	20,5	36,9	22,8	0,0	2,59	1,11	-0,46	-0,68	0,52	0,63	0,62	0,79
	2	2,6	10,9	10,9	46,5	29,5	0,0	2,90	1,03	-0,97	0,39	0,52	0,63	0,62	0,79
	3	5,1	22,4	20,8	32,1	19,6	0,0	2,38	1,18	-0,25	-0,98	0,55	0,59	0,66	0,82
	Tot						0,0	2,63	0,88	-0,41	-0,03		0,71		

Tabla 3	Continuación														
	Puntuaciones						Perd	M	DE	As	k	r	α	h ²	F
	0	1	2	3	4										
Identificar y reforzar fortalezas	1	1,9	6,1	13,1	50	28,8	0,0	2,98	0,92	-1,04	1,16	0,62	0,73	0,69	0,83
	2	2,9	7,4	14,4	49,7	25,6	0,0	2,88	0,97	-1,00	0,87	0,66	0,69	0,73	0,86
	3	2,6	16,7	17,9	41,0	21,8	0,0	2,63	1,08	-0,52	-0,60	0,63	0,72	0,70	0,84
	Tot						0,0	2,83	0,83	-0,80	0,96		0,79		
Desarrollar nuevas capacidades	1	1,0	10,6	13,5	51,3	23,7	0,0	2,86	0,93	-0,81	0,24	0,64	0,74	0,72	0,85
	2	1,9	10,6	18,6	47,4	21,5	0,0	2,76	0,97	-0,71	0,08	0,74	0,63	0,81	0,90
	3	4,2	20,2	18,6	40,1	16,7	0,3	2,45	1,12	-0,41	-0,77	0,58	0,81	0,64	0,80
	Tot						0,0	2,69	0,85	-0,57	0,24		0,80		
Necesidades básicas	1	5,4	19,9	15,1	34,9	24,7	0,0	2,54	1,21	-0,46	-0,89	0,54	0,41	0,68	0,83
	2	9,6	26,6	27,9	23,7	12,2	0,0	2,02	1,17	0,05	-0,89	0,49	0,49	0,61	0,78
	3	0,6	3,8	8,3	51,0	35,9	0,3	3,18	0,79	-1,12	1,82	0,37	0,65	0,46	0,68
	Tot						0,0	2,58	0,82	-0,24	-0,01		0,64		
Sensación control/Toma decisión	1	2,2	5,4	7,4	51,0	33,7	0,3	3,09	0,91	-1,34	2,07	0,52	0,42	0,72	0,85
	2	2,9	7,4	17,0	48,4	24,4	0,0	2,84	0,97	-0,92	0,69	0,53	0,39	0,73	0,86
	3	2,9	12,5	12,5	45,8	25,6	0,6	2,79	1,05	-0,83	0,02	0,29	0,75	0,32	0,57
	Tot						0,0	2,91	0,74	-0,68	0,99		0,63		
Creencias religiosas	1	17,0	42,0	23,7	10,9	6,4	0,0	1,48	1,09	0,66	-0,15	0,77	0,86	0,80	0,90
	2	17,3	44,9	22,1	12,2	3,2	0,3	1,39	1,01	0,62	-0,11	0,79	0,84	0,82	0,91
	3	22,1	46,5	16,0	11,2	3,5	0,6	1,27	1,04	0,81	0,11	0,80	0,83	0,83	0,91
	Tot						0,0	1,38	0,95	0,68	0,16		0,89		
Participar sociedad	1	6,7	31,1	21,8	26,6	13,5	0,3	2,09	1,18	0,08	-1,05	0,68	0,72	0,75	0,86
	2	4,5	30,8	20,2	31,1	13,5	0,0	2,18	1,14	0,00	-1,10	0,71	0,68	0,78	0,88
	3	8,0	32,4	25,3	24,0	10,3	0,0	1,96	1,14	0,17	-0,90	0,59	0,81	0,65	0,80
	Tot						0,0	2,08	0,98	0,07	-0,72		0,81		
Enfrentar estigma/discriminación	1	6,1	18,3	9,9	44,2	21,5	0,0	2,57	1,19	-0,65	-0,62	0,51	0,56	0,64	0,80
	2	5,1	17,9	17,9	43,3	16,0	0,3	2,48	1,11	-0,55	-0,55	0,61	0,41	0,75	0,86
	3	2,2	10,6	17,0	46,8	23,1	0,3	2,78	0,99	-0,77	0,13	0,36	0,73	0,43	0,66
	Tot						0,0	2,61	0,85	-0,47	0,12		0,68		
Afrontar nuevos retos	1	2,2	13,1	11,2	47,8	25,6	0,0	2,81	1,03	-0,84	0,03	0,63	0,72	0,70	0,84
	2	2,6	9,9	15,1	48,7	23,4	0,3	2,81	0,99	-0,87	0,37	0,60	0,74	0,68	0,82
	3	2,2	7,7	8,7	55,4	25,3	0,6	2,95	0,92	-1,18	1,44	0,67	0,68	0,74	0,86
	Tot						0,0	2,86	0,83	-0,76	0,84		0,79		

Tabla 3	Continuación		Puntuaciones													
			0	1	2	3	4	Perd	M	DE	As	k	r	α	h ²	F
Buenos ejemplos	1	1,3	4,2	16,0	49,4	29,2	0,0	3,01	0,86	-0,91	1,08	0,26	0,57	0,36	0,60	
	2	7,1	33,0	28,5	22,4	8,7	0,3	1,93	1,09	0,22	-0,75	0,39	0,39	0,57	0,76	
	3	7,1	29,2	27,2	25,3	10,9	0,3	2,04	1,13	0,09	-0,87	0,43	0,30	0,64	0,80	
	Tot						0,0	2,32	0,74	0,17	0,13		0,54			
Asistencia en crisis	1	6,1	6,1	11,2	44,6	37,5	0,3	3,13	0,86	-0,95	0,58	0,59	0,63	0,70	0,84	
	2	6,4	6,4	11,2	48,4	33	0,0	3,06	0,89	-1,01	0,96	0,64	0,57	0,75	0,87	
	3	10,9	10,9	15,7	42,3	27,9	0,3	2,82	1,05	-0,80	0,01	0,49	0,77	0,55	0,74	
	Tot						0,0	3,00	0,76	-0,77	1,05		0,74			
Intimidad y sexualidad	1	15,7	37,2	22,4	15,7	8,0	1,0	1,63	1,17	0,46	-0,64	0,57	0,75	0,64	0,80	
	2	12,2	26,9	26,9	24,0	10,3	0,6	1,95	1,18	0,06	-0,90	0,65	0,66	0,73	0,86	
	3	12,2	37,8	20,8	17,6	10,3	0,6	1,77	1,20	0,40	-0,83	0,62	0,69	0,70	0,84	
	Tot						0,6	1,78	0,98	0,16	-0,20		0,78			
Profesionales preocupados	1	1,0	1,0	3,5	52,6	41,7	0,3	3,33	0,68	-1,45	4,80	0,66	0,74	0,73	0,85	
	2	1,6	6,1	7,4	51,6	32,7	0,6	3,08	0,89	-1,25	1,82	0,62	0,79	0,68	0,82	
	3	1,3	2,2	5,4	51,6	39,1	0,3	3,25	0,77	-1,46	3,67	0,72	0,67	0,79	0,89	
	Tot						0,3	3,22	0,66	-1,23	3,76		0,81			
Total Experiencia						0,0	2,66	0,56	-0,41	0,99		0,95				

4=Totalmente de acuerdo; 3= De acuerdo; 2=Neutral; 1=En desacuerdo; 0=Totalmente en desacuerdo; M: Media; DE: Desviación estándar; As: Asimetría; k: Kurtosis; α : Alfa de Cronbach si se elimina elemento y para los totales de la escala se informa de alfa de Cronbach obtenida; h²: Comunalidad; F: Carga factorial

Evidencias psicométricas de la sección 'Clima Organizativo' de REE

En relación a la sección III, clima organizacional, la puntuación media obtenida para el total de la subescala es 2,89 (DE=0,64) para un recorrido entre 0 y 4, donde la asimetría es negativa. La fiabilidad alcanzada es de 0,92, con correlaciones ítem-total escala por encima de 0,50 y comunalidades superiores a 0,45. Asimismo, se observan índices adecuados de ajuste en el AFC ($\chi^2_{(147)}=215,83$; $p<0,001$; CFI=0,981; BB-NFI=0,945; RMSEA=0,029), que ratifican la unidimensionalidad del constructo.

Evidencias psicométricas de la sección 'Marcadores de Recuperación' del REE

El patrón de respuesta de los análisis de los 'marcadores de recuperación' (Tabla 4), es similar: asimetría negativa dentro de los límites de normalidad (solo dos ítems presentan $As<1,25$), co-

rrrelaciones ítem-total escala por encima de 0,30 (solo el ítem 6 [$r=0,17$] y el 8 [$r=0,25$] presentan valores inferiores), en todos los casos con comunalidades superiores a 0,35, y la retirada de ningún ítem hace mejorar la fiabilidad total de la escala ($\alpha=0,93$). El AFC presenta índices de ajuste adecuados ($\chi^2_{(252)}=350,93$; $p<0,001$; CFI=0,981; BB-NFI=0,931; RMSEA=0,044) que ratifican la unidimensionalidad del constructo, si bien se observan dos ítems con pesos factoriales inferiores a 0,25 (ítems 6 y 8), que pudieran ser eliminados para obtener un mejor ajuste.

Evidencias psicométricas de validez concurrente

En la Tabla 5 se presentan las correlaciones entre los indicadores de las secciones de REE y con otros marcadores de severidad, funcionalidad y calidad de vida recogidos en el protocolo de evaluación. Los cuatro indicadores de REE presentan asociación positiva y estadísticamente significativa entre sí ($r>0,40$), si bien presentan un mayor efecto la asociación entre la importancia y experiencia ($r=0,56$), y

Tabla 4	Estadísticos descriptivos y medidas de tendencia central de la subescala de marcadores de recuperación del instrumento REE													
	Ítems	Puntuaciones						M	DE	As	k	r	α	h ²
0		1	2	3	4	Perd								
Me siento seguro y cómodo con mi vida	5,4	14,7	11,5	44,6	23,7	0,0	2,66	1,15	-0,77	-0,31	0,64	0,93	0,66	
Personas en las que confío y puedo recurrir	1,9	6,7	2,6	51,9	36,5	0,3	3,15	0,90	-1,48	2,44	0,56	0,93	0,65	
Al menos un amigo	4,5	14,4	7,1	45,2	28,5	0,3	2,79	1,14	-0,91	-0,09	0,44	0,93	0,57	
Participo en actividades productivas importantes	4,2	23,4	13,5	36,9	21,8	0,3	2,49	1,19	-0,38	-1,01	0,57	0,93	0,62	
Síntomas bajo control	4,5	12,5	11,9	48,4	22,8	0,0	2,72	1,09	-0,88	0,08	0,53	0,93	0,48	
Gano lo suficiente (cubrir necesidades)	7,7	22,1	12,2	38,8	19,2	0,0	2,40	1,24	-0,42	-0,98	0,31	0,93	0,36	
No trabajo, pero me veo haciéndolo <6 meses	20,5	43,6	21,2	9,9	3,2	1,6	1,31	1,02	0,70	0,06	0,17	0,93	0,72	
Aprendiendo cosas nuevas importantes	2,6	17,0	13,1	43,6	23,4	0,3	2,68	1,09	-0,63	-0,52	0,52	0,93	0,57	
Buena salud física	5,8	19,2	14,1	43,9	17,0	0,0	2,47	1,15	-0,55	-0,68	0,52	0,93	0,51	
Creencias religiosas me ayudan	15,7	22,4	13,5	32,4	15,4	0,6	2,09	1,34	-0,18	-1,25	0,25	0,93	0,84	
Me gusto y respeto a mí mismo	4,8	7,7	12,8	51,9	22,8	0,0	2,80	1,03	-1,09	0,88	0,67	0,93	0,55	
Utilizo capacidades, habilidades y cualidades	1,6	8,7	10,6	54,5	24,7	0,0	2,92	0,97	-1,03	0,97	0,64	0,93	0,55	
Tengo objetivos en los que trabajo	4,5	20,2	10,3	42,0	22,8	0,3	2,59	1,17	-0,58	-0,76	0,61	0,93	0,54	
Razones para levantarme de la cama	3,5	6,1	8,3	50,3	31,7	0,0	3,01	0,98	-1,30	1,66	0,64	0,93	0,55	
Más días buenos que malos	3,5	9,9	12,5	49,4	24,7	0,0	2,82	1,03	-0,97	0,49	0,67	0,93	0,67	
Buena calidad de vida	4,8	10,9	11,2	51,9	21,2	0,0	2,74	1,06	-0,99	0,41	0,66	0,93	0,68	
Control sobre decisiones importantes	5,1	8,0	15,1	50,0	21,5	0,3	2,75	1,05	-1,00	0,63	0,67	0,93	0,63	
Me siento útil para la sociedad	4,5	13,8	15,7	41,0	25,0	0,0	2,68	1,13	-0,70	-0,33	0,76	0,93	0,71	
Estoy creciendo como persona	2,9	8,0	10,6	51,9	26,6	0,0	2,91	0,97	-1,11	1,07	0,76	0,93	0,68	
Me siento integrado en mi entorno	3,8	7,4	8,7	53,2	26,9	0,0	2,92	1,00	-1,23	1,35	0,75	0,93	0,69	
Me siento despierto y vivo	1,9	9,0	9,6	47,8	31,7	0,0	2,98	0,97	-1,06	0,77	0,72	0,93	0,65	
Estoy esperanzado con mi futuro	4,2	10,9	16,7	42,3	26,0	0,0	2,75	1,09	-0,80	-0,02	0,73	0,93	0,71	
Capaz de hacer frente a las dificultades	4,5	9,3	13,1	51,0	22,1	0,0	2,77	1,04	-1,00	0,58	0,71	0,93	0,72	
Puedo hacer cambios positivos	1,9	8,0	9,3	52,9	27,6	0,3	2,96	0,93	-1,13	1,18	0,63	0,93	0,60	
Total							2,68	0,66	-0,85	1,33		0,93		

4=Totalmente de acuerdo; 3=de acuerdo; 2=Neutral; 1=En desacuerdo; 0=Totalmente en desacuerdo; M: media; DE: Desviación estándar; As: Asimetría; k: Kurtosis; α : Alpha si se elimina elemento; h²: Comunalidad

entre esta última y el clima organizacional ($r=0,85$). El indicador de 'marcadores de recuperación' se asocia con los indicadores de valoración clínica de forma estadísticamente significativa en la dirección de lo que cabe esperar: positivamente con la funcionalidad (EEAG $r=0,30$) y calidad de vida

(EuroQoL $r=0,43$), y negativamente con los indicadores de severidad (ICG y HoNOS: valores de r entre $-0,16$ y $-0,41$), salvo en el caso de la dimensión deterioro del HoNOS, en que la asociación no resulta significativa.

Tabla 5	Correlaciones (Validez concurrente y discriminante)			
		REE		
	Importancia de los componentes y programas	Experiencia de los componentes y programas	Clima organizacional	Marcadores de recuperación
EEAG	0,08	0,13*	0,10	0,30**
ICG	-0,05	-0,05	-0,02	-0,25**
EuroQol	0,01	0,11	0,05	0,43**
HoNOS				
Problemas conductuales	0,01	-0,05	-0,07	-0,16**
Deterioro	-0,13*	-0,06	-0,06	-0,07
Problemas clínicos	0,01	-0,09	-0,07	-0,41**
Problemas sociales	0,03	-0,08	-0,10	-0,27**
Total	-0,02	-0,11	-0,11	-0,36**
REE				
Importancia	1			
Experiencia	0,56**	1		
Clima organizacional	0,43**	0,85**	1	
Marcadores de recuperación	0,41**	0,48**	0,41**	1

*<0,05; **<0,001

DISCUSIÓN

Existen evidencias de validez de instrumentos de valoración de los niveles de atención requerida para personas con TMG³⁰, pero las evidencias de instrumentos de medida específicos para la valoración de la 'Recuperación' son escasos⁸. El presente estudio aporta evidencia de la idoneidad psicométrica de la adaptación española de REE, siendo éste el primer instrumento en castellano que evalúa de forma integral la recuperación, tanto a nivel personal, como la orientación de los servicios.

Todas las escalas del instrumento muestran una distribución asimétrica negativa, es decir, los usuarios valoran positivamente la recuperación. Esto podría deberse a un sesgo de deseabilidad en la respuesta, o bien al que la mayoría de los usuarios participantes se hallen precisamente en dicho proceso de recuperación. Dada las características de la muestra, en su mayoría personas con larga evolución de la enfermedad y tiempo en tratamiento, y la supervisión en la captación muestral realizada, se considera que la segunda opción pudiera ser la más acertada. Esta tendencia ha sido también encontrada en otros estudios en los que se ha utilizado el instrumento, Kochen³¹ en la evaluación de la

recuperación de los usuarios en un programa de pisos tutelados o por Corlett y Miles en un estudio que examina la implementación del modelo de recuperación en un servicio forense seguro³².

Las cuatro escalas de REE, "importancia de la recuperación y programas y servicios que la favorecen", "experiencia de la recuperación y programas y servicios que la favorecen", "clima organizacional" y "marcadores de recuperación" alcanzan valores de consistencia interna superiores a 0,90. Los análisis de fiabilidad basados en la consistencia interna de los ítems del estudio original¹⁰ también resultaron similares y superiores a 0,90. Las evidencias encontradas en los análisis factoriales apuntan a la existencia de unidimensionalidad de cada uno de los constructos valorados en cada sección, lo que permitiría generar puntuaciones totales de cada dimensión como síntesis de la información y criterios para la evaluación de resultados, procesos o programas del sistema sanitario.

De las cuatro secciones que REE ofrece, dos podrían ser consideradas para el contexto de evaluación clínico asistencial (marcadores de recuperación y clima organizacional), mientras que las otras dos (importancia y experiencia) están

relacionadas con un componente más conceptual del modelo. Existe una alta correlación entre el indicador de marcadores de recuperación y los criterios de severidad de la enfermedad, funcionalidad y calidad de vida: las personas que puntúan más alto en recuperación son las que menos gravedad presentan y las que más funcionalidad y calidad de vida perciben, lo que convierte a REE en un índice de evolución clínica apropiado para valorar la recuperación. De hecho, esta subescala del REE ha sido utilizada de forma independiente como *Recovery Markers Questionnaire* (RMQ) para la evaluación del proceso de recuperación individual³³. Por su parte, la atribución de experiencia proporcionada a cada componente de recuperación constituye un referente en la valoración del paradigma de la recuperación, por lo que serían dimensiones claves en la investigación conceptual del constructo. Resulta de especial interés el cálculo de la diferencia entre la experiencia obtenida y la importancia atribuida, proporcionando un índice que puede ser interpretado como la brecha existente entre los servicios y las expectativas de sus usuarios.

En este estudio, siguiendo la propuesta de los autores del REE¹⁰, se ha utilizado la suma simple de los ítems de cada escala divididos entre el número de ítems con el objetivo de mantener el mismo rango de respuestas utilizados en su formato original. No obstante, sería deseable la obtención de puntuaciones homogéneas, como por ejemplo una escala decimal, que permitan la lectura más fácil en el ámbito práctico. Para la valoración de casos también sería aconsejable el desarrollo de baremos, ya que resulta útil para la toma de decisiones clínicas. En este sentido, podrían desarrollarse criterios de decisión basados en el establecimiento de puntos de corte o metodologías basadas en estimadores del cambio clínicamente significativo³⁴.

Entre las limitaciones del estudio está la de su extensión para la descripción de todas sus características psicométricas, aspecto que debería ser desarrollado en futuras comunicaciones. Un ejemplo es la capacidad de REE para discriminar diferentes momentos del proceso de recuperación o entre diferentes recursos específicos destinados al proceso de recuperación. También sería deseable conocer la constancia de medida a corto plazo (fiabilidad retest) o la sensibilidad al cambio.

El proceso de captación muestral y de recogida de los datos garantizan la representatividad, y es, por otro lado, congruente con el propio modelo en tanto que los entrevistadores han sido personas usuarias de los servicios de salud mental y con experiencia personal en el proceso de recuperación, lo que consideramos que aporta calidad y coherencia al estudio, a la par que una mayor comprensión y confianza para compartir experiencias³⁵.

Los resultados obtenidos en este estudio demuestran la adecuación del comportamiento de las evidencias psicométricas de REE. La escasez de herramientas de evaluación del modelo de recuperación en nuestro medio convierte a REE en un instrumento de interés para la obtención de información e indicadores capaces de guiar procesos de cambio organizativo o la evaluación del proceso de recuperación de los usuarios de los servicios.

FINANCIACIÓN

El presente estudio obtuvo financiación en la convocatoria 2013 de ayudas a proyectos de investigación en salud del Departamento de Salud del País Vasco (Exp.: 2013111088). Asimismo, la autora de correspondencia es beneficiaria de una beca predoctoral de Gobierno Vasco (PRE_2017_2_0179).

CONFLICTOS DE INTERÉS

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ridgway P. Restoring psychiatric disability: Learning from first person narratives. *Psychiatr Rehabil J*. 2001;24:335-43.
2. Davidson L, O'Connell M, Tondora J, Styron T, Kangas K. The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatr Serv*. 2006;57(5):640-5.
3. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabil J*. 1993;16:11-23.
4. Silverstein SM, Bellack AS. A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clin Psychol Rev*. 2008;28:1108-24.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Penas P, Iraurgi I, Moreno MC, Uriarte JJ. How is evaluated mental health recovery?: A systematic review. *Actas Esp Psiquiatr*. 2019;47(1):23-32.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
10. 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.
11. Dinniss S, Roberts G, Hubbard C, Hounsell J, Webb R. User-led assessment of a recovery service using DREEM. *Psychiatr Bull*. 2007;31:124-7.

12. Shepherd G, Boardman J, Slade M. Making recovery a reality. London: Sainsbury Centre for Mental Health; 2008.
13. Thomas KA, Rickwood DJ. Recovery environment of a sub-acute mental health service. *Mental Health Review Journal*. 2016;21(2):95-106.
14. Bass H, Tickle A, Lewis N. The recovery-orientation of three mental health units. *Mental Health Review Journal*. 2016;19(3):163-75.
15. Ayres J, Fegan T, Noak J. Measuring recovery orientation in a forensic high-secure hospital. *British Journal of Mental Health Nursing*. 2015;4:26-30.
16. Boso M, Barron E, Secker J, Pesenti S, Morandotti N, Orsi P et al. Using the DREEM-Italian version to evaluate the recovery-orientation of Pavia rehabilitative services. *Eur Psychiatry*. 2009;24(sup 1):S869.
17. Hambleton RK. Guidelines for adapting educational and psychological tests: A progress report. *Eur J Psychol Assess*. 1994;10(3):229-44.
18. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville: Rockville National Institute Mental Health; 1976.
19. Guy W. Escala de Impresión Clínica Global. In: Bobes J, García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M, Eds. Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2004. p.137.
20. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JI, Cohen J. The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatr J*. 1976;33:766-71.
21. Bobes J, Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M. Banco de instrumentos psiquiatría clínica. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2002.
22. American Psychiatric Association. DSM IV TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
23. Wing J, Beevor A, Curtis R, Park S, Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. *Br J Psychiatry*. 1998;172(1):11-8.
24. Uriarte JJ, Beramendi V, Medrano J, Wing JK, Beevor AS, Curtis R. Presentación de la traducción al castellano de la escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). *Psiquiatría Pública*. 1999;11(4):93-101.
25. EuroQol Group. EuroQol a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health policy*. 1990;16:199-208.
26. Roset M, Badia X, Mayo NS. Sample size calculations in studies using the EuroQol 5D. *Qual Life Res*. 1999;8:539-49.
27. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: Una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;25:425-30
28. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*. 1999;6(1):1-55.
29. Satorra A, Bentler PM. A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika*. 2001;66:507-14.
30. Lascorz D, López V, Pinedo C, Trujols J, Vegue J, Pérez V. Estudio psicométrico de la Escala de valoración de los Niveles de Atención Requerida para personas con Trastorno Mental Grave (ENAR-TMG). *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2016;1-12.
31. Kochen L. 2010 Houselink Community Homes Recovery Survey. <http://houselink.on.ca/wp-content/uploads/2011/03/2010-DREEM-Survey.pdf>; 2010.
32. Corlett H, Miles H. An evaluation of the implementation of the recovery philosophy in a secure forensic service. *The British Journal of Forensic Practice*. 2010;12(4):14-25.
33. Sklar M, Sarkin A, Gilmer T, Groessler E. The psychometric properties of the Illness Management and Recovery scale in a large American public mental health system. *Psychiatr Res*. 2012;199:220-7.
34. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: A statistically approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59:12-9.
35. Davidson L, Ridgway P, Schmutte T, O'Connell M. Purposes and Goals of Service User Involvement in Mental Health Research. In: Wallcraft J, Schrank B, Amering M, eds. *Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research*, Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell; 2009. p. 87-98.