

Evaluación de la Recuperación en Enfermedad Mental Grave: Baremos, Puntos de Corte y Criterios de Valoración del REE (Recovery Enhancing Environment) para Casos Individuales

Assessment of Recovery in Severe Mental Disorder: REE (Recovery Enhancing Environment) Normative Data, Cut-off Points and Assessment Criteria for Individual Cases

Jose Juan Uriarte¹, Patricia Penas², María Concepción Moreno-Calvete³, Susana Gorbeña⁴, Nerea Iglesias⁵, Alexander Álvarez⁶ y Ioseba Iraurgi⁷

Resumen

El objetivo es ofrecer una herramienta para evaluar el proceso de recuperación personal que llevan a cabo las personas y recoger información respecto a la orientación de los servicios de salud mental. Se han realizado 312 entrevistas a usuarios de los servicios de salud mental cumplimentando el instrumento REE (Recovery Enhancing Environments). Se han calculado considerando el sexo, centro asistencial y la edad los baremos y el Índice de Cambio Fiable (ICF). A través de dos ejemplos se observa como los baremos permiten obtener la posición relativa del individuo respecto a su grupo de referencia, mientras que el ICF permite conocer si un usuario del servicio se encuentra por encima o debajo del punto de corte, además de conocer su evolución. Por tanto, ambas metodologías ofrecen al clínico una herramienta útil para la toma de decisiones terapéuticas sobre el proceso de recuperación y posible cambio organizativo, que considera tanto su juicio clínico como la experiencia de los usuarios.

Palabras clave: recuperacion personal, recovery enhancing environments, REE, índice de cambio fiable, evaluación clínica, trastorno mental grave

Abstract

The objective of this study is to offer a useful instrument to evaluate the personal recovery process carried out by people and collect information regarding the orientation of mental health services. Interviews (n=312) were carried out with users of mental health services, by completing the REE Questionnaire (Recovery Enhancing Environment). The normative data and the Reliable Change Index (RCI) were calculated considering the gender, care centre and age. Through two examples, it can be observed that the normative data make enable the attainment of the relative position of the individual with respect to their reference group, while the RCI allows to know if a user of the service is above or below the cut-off point and the individual's evolution. Therefore, both methodologies offer clinicians a useful instrument for making therapeutic decisions about the recovery process and about possible organizational change, considering both the clinical judgment and the experience of the users.

Keywords: personal recovery, recovery enhancing environment, REE, reliable change index, clinical evaluation, severe mental disorder

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

¹Psiquiatra y jefe de la Unidad de Gestión Clínica de Adultos en la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB), Osakidetza, Biocruces Bizkaia, Bizkaia, España. Tel.: 944705195. Correo: josejuan.uriarteuriarte@osakidetza.es

²Doctora en Psicología y Profesora del Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Deusto, Bilbao, España. Tel.: 944139000. Correo: patricia.penas@deusto.es (Autora de correspondencia)

³Doctora en Neurociencias y subdirectora de Investigación e Innovación en la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB), Osakidetza, Biocruces Bizkaia, Bizkaia, España. Tel.: 944705195. Correo: mariaconcepcion.morenocalvete@osakidetza.es

⁴Doctora en Psicología y profesora del Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Deusto, Bilbao. Tel.: 944139000. Correo: susana.gorbena@deusto.es

⁵Psicóloga General Sanitaria y estudiante de Doctorado en la Universidad de Deusto, Bilbao, España. Tel.: 944139000. Correo: nereaignlesias@deusto.es

⁶Estudiante de Doctorado en la Universidad de Deusto, Bilbao, España. Tel.: 944139000. Correo: alvarez@opendeusto.es

⁷ Doctor en Psicología y Profesor del Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Deusto, Bilbao, España. Tel.: 944139000. Correo: ioseba.iraurgi@deusto.es

Introducción

El modelo de recuperación en la atención a personas con enfermedad mental grave ha ido adquiriendo en las últimas décadas una creciente relevancia en las políticas asistenciales de los servicios de salud mental (Davidson et al., 2006). El modelo de recuperación, a diferencia de la recuperación clínica que busca la reducción o remisión de los síntomas (Slade et al., 2008), hace referencia a que las personas con un trastorno mental desarrollen una vida satisfactoria a pesar de las limitaciones causadas por la propia enfermedad (Anthony, 1993).

La evaluación de la experiencia subjetiva de los usuarios con enfermedad mental en su recuperación personal, así como la orientación de los servicios en el modelo de recuperación se han convertido en un área de creciente interés para los servicios de salud mental (Baber, 2012; Ramon et al., 2009), en tanto que posibilitan la valoración de la efectividad de los servicios asistenciales (Happell, 2008). Habitualmente este conocimiento es accesible a través de la utilización de instrumentos psicométricos de medida; sin embargo, son escasas las validaciones al castellano de los instrumentos específicos propuestos en la literatura para ello (Penas et al., 2019).

Recovery Enhancing Environments (REE; Ridgway & Press, 2004), traducido al castellano como Cuestionario de Evaluación del Desarrollo de Entornos Favorables para la Recuperación, es un instrumento multidimensional que evalúa la recuperación personal a nivel individual y la orientación de los servicios y su capacidad para promover la recuperación a través de las siguientes cuatro dimensiones: 1) la importancia de los Componentes de Recuperación (CR), 2) la experiencia de los CR así como de los programas y servicios que los favorecen, 3) el clima organizacional, y 4) los marcadores de recuperación. Estas subescalas pueden ser utilizadas de forma independiente en base a los objetivos a evaluar. De hecho, la dimensión de marcadores de recuperación ha sido utilizada en algunos trabajos como Recovery Markers Questionnaire (RMQ; Ridgway & Press, 2004; Sklar et al., 2012). Asimismo, REE fue diseñado para ser utilizado en procesos de planificación y

cambio, introduciendo en el proceso la perspectiva y experiencia de los usuarios de los servicios (Ridgway & Press, 2004). En este sentido, se consideran las dimensiones de clima organizacional y marcadores de recuperación para el desarrollo de baremos y metodologías basadas en estimadores del cambio que permitan conocer la respuesta de los usuarios, ya que son estas las dimensiones más relacionadas con la evaluación clínico-asistencial.

REE ya ha sido utilizado en otros países (Ayres et al., 2015; Basse t al., 2014; Knudsen & Wingenfeld, 2016; Thomas & Rickwood, 2016), pero sólo recientemente ha sido adaptado al castellano (Uriarte et al., 2020) y estudiado su comportamiento psicométrico que le confiere adecuación de medida y utilidad para la valoración del constructo de recuperación psiquiátrica, lo que lo convierte en un instrumento adecuado y útil para su utilización en este entorno. Sin embargo, aún no han sido publicados los datos de referencia que permitan conocer la respuesta de los usuarios.

Habitualmente la respuesta clínica y el cambio esperado tras una intervención es valorada en función de unos estándares de referencia que se construyen a partir de muestras representativas y que se proponen en forma de baremos (Nunnally & Berstein, 1995). Estos permiten conocer la posición relativa de un usuario respecto a su grupo de referencia, teniendo en cuenta una determinada característica psicológica o de salud. La determinación de la posición centil al inicio de la intervención y el cambio de dicha posición hacia una posición promedio hacia la funcionalidad tras dicha intervención, es valorado como un criterio de mejoría e incluso de éxito terapéutico. No obstante, además de la propuesta clásica de utilización de baremos, existen otros procedimientos que permiten calcular no sólo si el cambio es estadísticamente significativo, sino además si es clínicamente relevante, tanto en la valoración de grupos como de casos individuales. Este es el caso de la propuesta de Jaconson y Truax (1991) en la formulación del Índice de Cambio Fiable (RCI en su acepción en inglés – Reliability Change Index) que permite conocer para una escala o instrumento de medida dado la magnitud de mejora necesaria que el usuario debe lograr para considerar que el cambio alcanzado es

clínicamente relevante –atendiendo a la estimación de un punto de corte– y estadísticamente significativo –a partir del cálculo de una puntuación mínima de cambio– (Iraurgi, 2010).

El objetivo del presente estudio es ofrecer los datos de baremación y los criterios de decisión basados en la aplicación del Índice de Cambio Fiable sobre las dimensiones de clima organizacional y marcadores de recuperación del REE, para ofrecer al clínico una herramienta útil con la que interpretar los resultados de los usuarios a nivel individual.

Método

Participantes

La muestra está constituida por 312 usuarios atendidos en el Programa Trastorno Mental Grave (PTMG) de la Red de Salud Mental de Bizkaia, en su mayoría varones ($n=189$) y con una edad media de 48.75 ($DE=11.00$). Los participantes del estudio fueron seleccionados de un total de 1949 usuarios, asumiéndose un error de estimación de 5.1% para un nivel de confianza del 95%. Para la selección se llevó a cabo una estratificación en función del sexo, edad y tipo de centro asistencial con asignación aleatoria a cada estrato. Como criterios de inclusión se consideraron: ser mayor de 18 años y la pertenencia al PTMG. Como criterios de exclusión: la no obtención del consentimiento informado, dificultades en la comunicación y presentar un estado clínico que no permita su colaboración.

El diagnóstico más frecuente fue el de esquizofrenia (56.1%) seguido del trastorno bipolar (12%). Los usuarios evaluados eran atendidos en 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 ($n=21$) con una media de 17.37 años en tratamiento ($DE=8.70$). Un 78.2% tenían acreditado un grado medio de minusvalía del 65.18% ($DE=9.48$) y 68.3% de los casos no tenían reconocido ningún grado de dependencia.

Instrumento

El Cuestionario de Evaluación del Desarrollo de Entornos Favorables para la Recuperación

(Uriarte et al., 2020) es la versión española del instrumento Recovery Enhancing Environment (Ridgway & Press, 2004), REE en adelante. Es un instrumento conformado por un total de 165 ítems de respuesta tipo Likert de cinco categorías (4=totalmente de acuerdo a 0=totalmente en desacuerdo), que permiten valorar las cuatro dimensiones del constructo ‘recuperación’ que ya han sido descritas en el apartado de introducción. Para el presente estudio se han considerado las dimensiones de ‘Clima Organizativo’ compuesta por 14 ítems que hacen referencia a aspectos o cualidades del entorno, como ejemplo de ítems: el ítem 2–*el servicio promueve la esperanza y las expectativas positivas de futuro*- o ítem 6–*el servicio proporciona a sus usuarios oportunidades para participar y contribuir activamente*-; y la dimensión de ‘Marcadores de Recuperación’ compuesto por 24 ítems (ítem 1–*me siento seguro y cómodo con mi vida actual*- o ítem 13–*tengo objetivos en los que estoy trabajando*-). En ambos casos las puntuaciones más altas indican una mayor satisfacción con los servicios o el grado de recuperación, respectivamente. Presentan una consistencia interna de .92 para la dimensión del clima organizativo y .93 para los marcadores de recuperación.

Procedimiento

Se elaboró un mapa muestral estratificado con asignación aleatoria de los participantes. En el caso de que el usuario extraído no cumpliera los criterios de inclusión, o denegase su participación, se realizó una nueva asignación aleatoria para su remplazo dentro del estrato no cubierto. La selección de participantes a partir del censo (identificados por el número de historia clínica y no de forma nominal), era comunicada a su centro de salud mental de referencia, quien se encargaba del contacto, solicitud de participación en el estudio y citación para la entrevista de cumplimentación del cuestionario.

Para llevar a cabo las entrevistas REE se contrataron a cuatro personas, usuarias de los servicios de salud mental y con experiencia personal en el proceso de recuperación, que recibieron formación durante dos semanas tanto sobre la herramienta de evaluación como del modelo de recuperación y técnicas de entrevista con ejercicios de simulación. Durante todo el

proceso de campo fueron supervisados por dos personas con formación reglada en salud mental y formación en técnicas de investigación.

Las entrevistas, con una duración promedio de 45 minutos, eran realizadas aleatoriamente de forma heteroaplicada por el entrevistador (formulaba las preguntas y el entrevistado respondía) o se invitaba al participante a responder por sí mismo de forma auto-aplicada. En uno u otro caso el entrevistador permanecía en la misma sala que el participante para responder a las preguntas que pudieran formularse. En el caso de problemas por parte del participante para responder al cuestionario de forma autoaplicada, el entrevistador tomaba la iniciativa y pasaba a guiar la entrevista de forma heteroaplicada.

El presente estudio fue sometido a valoración por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de Euskadi y aprobado para su realización.

Análisis Estadísticos

Se estimaron la media (M), desviación estándar (DE) y los percentiles 95, 90, 85, 80, 75, 50, 25, 20, 15, 10 y 5. Estos se llevaron a cabo a través del método clásico o frecuentista para cada una de las dos subescalas (clima organizacional y marcadores de recuperación), tanto en función del sexo y centro asistencial como en relación al grupo de edad al que pertenecen.

Para la estimación de la Puntuación Mínima de Cambio (PMC) se parte del algoritmo desarrollado por Jacobson y Truax (1991) sobre Índice de Cambio Fiable (RCI) que viene dado por la siguiente expresión: $RCI = (x_2 - x_1) / SE_{dif}$, donde x_2 y x_1 son las puntuaciones post-test y pre-test, respectivamente, en la escala del REE, y SE_{dif} es el error estándar de la diferencia, siendo:

$SE_{dif} = \sqrt{2} * (DE * \sqrt{1 - r_{xx}})$, y donde DE es la Desviación Estándar y r_{xx} la fiabilidad del instrumento alcanzadas en el grupo que actúa como normativo o base de baremación.

Para que el RCI sea considerado estadísticamente significativo se toma como referencia la convención de un nivel de significación menor del 5% ($\alpha < .05$), tomando como referencia las puntuaciones z estandarizadas (Wilkinson & The Task Force on Statistical Inference APA Board of Scientific, 1999). Debido a que solo contamos con la distribución de un grupo clínico y que el sentido de la funcionalidad

se expresa a partir de altas puntuaciones en el REE, el 5% de los casos superiores se situarían por encima de un valor $z=1.65$. Por tanto, teniendo en cuenta este criterio se calcula la Puntuación de la diferencia Mínima de Cambio (PMC), $PMC = Z_{0.05} * SE_{dif}$, donde la puntuación estandarizada de $Z_{0.05}$ es 1.65.

Por último, para el cálculo del Punto de Corte (PC) se ha utilizado el mismo criterio que el mencionado para tomar como referencia el valor crítico del RCI, es decir, el punto de corte se establecería a partir del siguiente algoritmo: $PC_{\alpha Z=0.05} = \bar{x} + 2DE * 1.65$. Sin embargo, debido a que el procedimiento propuesto por Jacobson y Truax de dos desviaciones estándar es un criterio estadístico muy restrictivo, también se han calculado los puntos de corte teniendo en cuenta otros dos criterios. El primero de ellos basado en criterios clínicos (Colton, 1995) que consistiría en sumar una DE al valor de la media ($PC = \bar{x} + DE$). Mientras que el segundo criterio vendría apoyado por evidencias de la ciencia básica (Miller, 1956; Norman et al., 2003) que plantea la conveniencia de utilizar media desviación estándar ($PC = \bar{x} + 1/2DE$).

Ambos criterios (la PMC y el PC) han sido calculados al igual que los baremos teniendo en cuenta tanto el sexo y centro asistencial como el grupo de edad al que pertenecen. Además, la combinación de ambas condiciones permiten llevar a cabo una clasificación de los individuos (Jacobson & Truax, 1991) respecto a su consideración del cambio clínico en: ‘Recuperados’ (cuando supera ambos criterios), ‘Mejorados’ (supera la diferencia mínima de cambio, pero no se llega a alcanzar el punto de corte), ‘No cambio’ (no superan ninguno de los dos criterios, y/o ‘Deteriorados’ (el cambio es significativo y se produce en sentido contrario al de la funcionalidad) (Evans et al., 1998; Iraurgi, 2010).

Resultados

En las Tablas 1 y 2 se presentan los baremos, las PMC y los PC de la subescala de Clima Organizacional (Tabla 1) y de Marcadores de Recuperación (Tabla 2) teniendo en cuenta el sexo y el centro asistencial al que acuden a recibir tratamiento. Las puntuaciones percentiles

Tabla 1. Baremos e Índice Fiable de Cambio para la dimensión “Clima Organizacional” en función del sexo y centro asistencial

Centro Asistencial		Hombres					Mujeres					
		CSM	HD	TAC	HP	Total	CSM	HD	TAC	HP	Total	
	n	114	47	14	14	189	80	28	8	7	123	
Percentiles	95	4.00	4.00	---	---	3.96	3.99	4.00	---	---	4.00	
	90	3.86	3.80	3.86	3.38	3.79	3.64	3.81	---	---	3.76	
	85	3.70	3.70	3.79	3.00	3.64	3.56	3.76	3.83	3.40	3.57	
	80	3.43	3.46	3.57	3.00	3.43	3.20	3.66	3.60	3.20	3.39	
	75	3.21	3.36	3.52	2.95	3.29	3.14	3.50	3.43	3.00	3.21	
	50	2.86	3.00	3.11	2.89	2.93	2.86	3.00	3.04	2.57	2.86	
	25	2.50	2.79	2.86	2.32	2.61	2.50	2.59	2.66	2.07	2.57	
	20	2.36	2.71	2.86	2.21	2.50	2.36	2.54	2.53	1.61	2.36	
	15	2.29	2.57	2.70	2.00	2.36	2.30	2.24	2.27	1.16	2.26	
	10	2.11	2.40	2.50	1.32	2.21	2.14	2.06	2.07	.93	2.07	
	5	1.70	2.24	2.36	.71	1.79	1.79	1.96	2.07	.93	1.94	
	Media		2.85	3.06	3.18	2.65	2.91	2.81	3.02	3.03	2.42	2.85
	DE		.66	.50	.45	.70	.62	.66	.60	.58	.81	.66
	SED		.26	.20	.18	.28	.25	.26	.24	.23	.32	.26
PC $\alpha z=.05$		3.94	3.89	3.92	3.81	3.93	3.90	4.00	3.99	3.76	3.64	
PC 1DT		3.51	3.56	3.63	3.35	3.53	3.47	3.62	3.61	3.23	3.51	
PC 1/2DT		3.18	3.31	3.41	3.00	3.22	3.14	3.32	3.32	2.83	3.18	
PMC $z=.05$.43	.33	.29	.46	.41	.43	.39	.38	.53	.43	

Nota. CSM: Centro de Salud Mental; HD: Hospital de Día; TAC: Tratamiento Asertivo Comunitario; HP: Hospitalización Psiquiátrica; SED: Error Estándar de la Diferencia; PC: Punto de Corte; 1DT: 1 Desviación Típica; 1/2DT: Media Desviación Típica; PMC: Puntuación Mínima de Cambio. Se trata de una escala Likert de 0-4.

Tabla 2. Baremos e índice Fiable de Cambio para la dimensión “Marcadores de Recuperación” en función del sexo y centro asistencial

Centro Asistencial		Hombres					Mujeres					
		CSM	HD	TAC	HP	Total	CSM	HD	TAC	HP	Total	
	n	114	47	14	14	189	80	28	8	7	123	
Percentiles	95	3.63	3.74	---	---	3.65	3.75	3.63	---	---	3.75	
	90	3.50	3.55	3.50	3.81	2.50	3.54	3.34	---	---	3.48	
	85	3.48	3.29	3.40	3.61	3.40	3.24	3.27	3.67	3.08	3.23	
	80	3.33	3.21	3.22	3.08	3.25	3.17	3.18	3.41	3.08	3.17	
	75	3.22	2.96	2.96	3.02	3.10	3.13	3.08	3.20	3.08	3.08	
	50	2.73	2.71	2.73	2.77	2.74	2.83	2.67	2.69	2.67	2.83	
	25	2.29	2.29	2.14	2.61	2.31	2.34	2.02	2.15	2.54	2.33	
	20	2.25	2.15	1.92	2.58	2.25	2.29	1.83	1.88	2.26	2.21	
	15	2.08	2.02	1.92	2.49	2.08	2.17	1.74	1.62	1.98	2.08	
	10	1.88	1.82	1.35	2.21	1.92	2.08	1.43	1.42	1.83	1.81	
	5	1.16	1.31	.79	1.96	1.31	1.67	.47	1.42	1.83	1.43	
	Media		2.69	2.65	2.56	2.87	2.68	2.74	2.52	2.68	2.67	2.68
	DE		.66	.68	.71	.48	.66	.64	.81	.75	.43	.68
	SED		.24	.25	.26	.18	.24	.24	.30	.28	.16	.25
PC $\alpha z=.05$		3.78	3.77	3.73	3.66	3.77	3.80	3.86	3.92	3.38	3.80	
PC 1DT		3.35	3.33	3.27	3.35	3.34	3.38	3.33	3.43	3.10	3.36	
PC 1/2DT		3.02	2.99	2.92	3.11	3.01	3.06	2.93	3.06	2.89	3.02	
PMC $z=.05$.40	.41	.43	.29	.40	.39	.49	.46	.26	.41	

Nota. CSM: Centro de Salud Mental; HD: Hospital de Día; TAC: Tratamiento Asertivo Comunitario; HP: Hospitalización Psiquiátrica; SED: Error Estándar de la Diferencia; PC: Punto de Corte; 1DT: 1 Desviación Típica; 1/2DT: Media Desviación Típica; PMC: Puntuación Mínima de Cambio. Se trata de una escala Likert de 0-4.

proporcionan información, a través de porcentajes, acerca de la situación relativa que ocupa la puntuación de una persona en comparación con su grupo correspondiente.

Asimismo, en las tablas de ambas subescalas del REE se presentan tanto las PMC como los PC para dos niveles de significación distintos dependiendo del criterio de decisión a seleccionar, nivel de significación .05. La combinación de ambos

criterios permite conocer si el cambio de los usuarios en cada una de las subescalas es estadísticamente significativo y clínicamente relevante.

Del mismo modo que en las dos tablas anteriores, en la Tabla 3 pueden observarse las puntuaciones percentiles, la PMC y el PC de ambas dimensiones (clima organizacional y marcadores de recuperación), pero en este caso teniendo en cuenta el grupo de edad al que pertenecen.

Tabla 3. Baremos e Índice Fiable de Cambio para las dimensiones de “Clima Organizacional” y “Marcadores de Recuperación” en función de la edad

Edad	Clima Organizacional						Marcadores de Recuperación					
	18-35	36-45	46-55	56-65	>66	Total	18-35	36-45	46-55	56-65	>66	Total
n	34	87	106	63	22	312	34	87	106	63	22	312
Percentiles												
95	4.00	3.94	4.00	3.77	3.98	4.00	3.80	3.67	3.65	3.57	3.90	3.72
90	3.86	3.77	3.86	3.52	3.81	3.79	3.73	3.39	3.51	3.29	3.83	3.50
85	3.64	3.49	3.78	3.22	3.68	3.58	3.57	3.33	3.45	3.25	3.70	3.33
80	3.50	3.29	3.64	3.16	3.60	3.43	3.50	3.14	3.24	2.98	3.37	3.21
75	3.45	3.07	3.45	3.07	3.30	3.21	3.26	3.08	3.17	2.92	3.13	3.08
50	3.00	2.79	3.00	2.86	2.86	2.93	2.81	2.71	2.75	2.67	2.83	2.75
25	2.70	2.50	2.64	2.50	2.36	2.57	2.49	2.25	2.29	2.33	2.47	2.33
20	2.36	2.36	2.57	2.43	2.33	2.43	2.25	2.11	2.23	2.31	2.34	2.25
15	2.13	2.29	2.43	2.19	2.25	2.35	2.02	1.92	2.04	2.15	2.29	2.08
10	2.00	2.20	2.34	1.96	2.06	2.16	1.90	1.70	1.67	2.03	2.26	1.86
5	1.41	1.96	2.07	1.66	1.76	1.90	1.29	1.17	1.04	1.83	2.04	1.39
Media	2.96	2.81	3.00	2.78	2.88	2.89	2.81	2.60	2.67	2.67	2.88	2.68
DE	.69	.63	.66	.57	.61	.64	.69	.69	.73	.52	.53	.66
SED	.27	.25	.26	.23	.24	.25	.25	.25	.27	.19	.19	.24
PC $\alpha z=.05$	4.07	3.85	4.09	3.72	3.89	3.95	3.95	3.74	3.87	3.53	3.75	3.77
PC 1DT	3.63	3.44	3.66	3.35	3.49	3.53	3.50	3.29	3.40	3.19	3.41	3.34
PC 1/2DT	3.29	3.13	3.33	3.07	3.19	3.21	3.16	2.95	3.04	2.93	3.15	3.01
PMC $z=.05$.44	.41	.43	.37	.40	.42	.42	.42	.44	.32	.32	.40

Nota. CSM: Centro de Salud Mental; HD: Hospital de Día; TAC: Tratamiento Asertivo Comunitario; HP: Hospitalización Psiquiátrica; SED Error Estándar de la Diferencia; PC: Punto de Corte; IDT: 1 Desviación Típica; 1/2DT: Media Desviación Típica; PMC: Puntuación Mínima de Cambio. Se trata de una escala Likert de 0-4.

Discusión

El objetivo del presente estudio es ofrecer al clínico una herramienta útil para interpretar los resultados de las dimensiones de clima organizacional y marcadores de recuperación del instrumento REE; dos ejemplos prácticos permiten ilustrar la interpretación de las puntuaciones percentiles y de los criterios del Índice de Cambio Fiable propuesto por Jacobson y Truax (1991). A este respecto se tomará como referencia para el cálculo del PC el criterio clínico basado en sumar a la media una desviación estándar.

Pongamos como ejemplo las puntuaciones obtenidas en la dimensión de Marcadores de Recuperación por dos hombres que acuden al hospital de día. El primer hombre inicialmente puntúa 1.5, valor que se sitúa entre el percentil 5 y 10 (véase Tabla 2) indicando que solo el 5% de los hombres que acuden al HD tienen una puntuación inferior y el 95% superior. Esto sugiere que se encuentra en un proceso de recuperación muy pobre. Tras un tiempo de tratamiento este mismo hombre completa nuevamente el cuestionario y obtiene una puntuación de 3.00, lo que le situaría entre el percentil 75 y 80, indicando que ha alcanzado una puntuación superior al 75% de los hombres que

son atendidos en HD. Teniendo en cuenta que la diferencia entre ambas puntuaciones es 1.5, considerablemente elevada, y que la puntuación mínima de cambio calculada a través de la metodología propuesta por Jacobson y Truax (1991) es de .41, el clínico puede observar que este cambio es estadísticamente significativo. Sin embargo, la puntuación de 3.00 obtenida en la valoración post-test no alcanza la puntuación de 3.33 que es el punto de corte establecido para una desviación estándar. Por tanto, este hombre debe ser clasificado por el clínico como ‘mejorado’, ya que a pesar de que la mejoría del sujeto es considerada alta y estadísticamente significativa, no supera el punto de corte.

Un segundo hombre también atendido en el HD ha obtenido una puntuación inicial de 3.2, puntuación que se sitúa en el percentil 80 e indica que parte de un nivel alto dentro de su proceso de recuperación. Esta misma persona tras un tiempo acudiendo al HD vuelve a completar la subescala de Marcadores de Recuperación del REE y obtiene una puntuación de 3.5 situándole en el percentil 90, es decir, únicamente el 10% de los hombres en el HD tienen una puntuación superior a la suya. La mejora alcanzada por este individuo ha sido de .30 puntos, por lo que no ha superado la puntuación mínima de cambio que es de .41 calculada por los algoritmos de Jacobson y Truax

para su grupo de referencia. Sin embargo, sí ha logrado una puntuación superior al punto de corte (PC=3.33) calculado considerando el criterio de una desviación estándar. Esta persona, sin duda, se halla en una apropiada situación respecto a los marcadores de recuperación y a nivel de valoración clínica ha de considerarse adecuada y dentro de la funcionalidad. No obstante, respecto a la valoración del cambio tras el tratamiento, si bien se aprecia un progreso hacia la funcionalidad al sobrepasar el punto de corte, la magnitud del cambio no es lo suficientemente importante ($.30 < PMC = .41$), y, por tanto, este cambio ha de considerarse como probablemente debido al azar. En este caso, el juicio asociado a la combinación de los dos criterios de decisión es que se trata de un cambio no significativo hacia la funcionalidad en la recuperación, un cambio clínicamente adecuado, pero no estadísticamente significativo.

Para el ejemplo dado se ha utilizado el punto de corte establecido a partir de una desviación típica, debido a que el criterio propuesto por Jacobson y Truax es especialmente restrictivo y únicamente un 5% de los usuarios supera dicho punto de corte; teniendo en cuenta que se trata de una muestra de pacientes dentro de un programa de trastorno mental grave de evolución prolongada, el criterio de una desviación estándar es considerado más apropiado (Colton, 1995). Incluso en las tablas se presenta el punto de corte para media desviación estándar que podría ser utilizado para aquellos casos donde un punto de corte menos restrictivo pueda considerarse útil. En el caso de usuarios con un mayor grado de cronicidad un punto de corte más bajo puede ser suficiente, y su superación puede ser considerado un avance significativo.

Como se puede percibir a través de los ejemplos ambas metodologías son útiles para apoyar al clínico en la toma de decisiones. La primera de ellas, permite la comparación del sujeto en relación a su grupo de referencia. La segunda opción permite conocer si un usuario del servicio se encuentra por encima o debajo del punto de corte, además de conocer si su evolución en el tratamiento es clasificada como “recuperado”, “mejorado”, “no cambio” o “deteriorado”, teniendo en cuenta el sexo y el centro asistencial o el grupo de edad al que pertenecen. Esta clasificación sobre la evolución

del tratamiento permite al clínico apoyarse en las respuestas que el propio paciente da a la escala REE acerca de su proceso de recuperación a la hora de tomar decisiones respecto al tratamiento que se está llevando a cabo. Así bien, existen estudios que apoyan el uso de este tipo herramientas, ya que el clínico tiende a tener una visión más optimista respecto al proceso terapéutico de sus pacientes (Walfish et al., 2012), y a través de este tipo de metodologías el clínico estaría recibiendo un *feedback* que le ayuda a detectar más fácilmente aquellos casos que no están teniendo una buena evolución (Lambert, 2012).

Las dos dimensiones del REE (el clima organizacional y los marcadores de recuperación) seleccionadas para el cálculo de estas dos metodologías permiten llevar a cabo una evaluación clínico asistencial interesante. Por un lado, se ofrecen ítems relacionados con las características del servicio que les atiende. Esto proporciona información acerca de su orientación hacia el modelo de recuperación, algo especialmente interesante para procesos de cambio organizativo y mejora de los servicios que atienden a personas con un trastorno mental. Por otro lado, los marcadores de recuperación hacen referencia al proceso personal del individuo, un índice de evolución clínica de interés para valorar la recuperación personal. En el estudio de validación esta dimensión ha correlacionado negativamente con índices de gravedad y positivamente con funcionalidad y calidad de vida (Uriarte et al., 2020).

La limitación principal del estudio es la falta de datos respecto a la sensibilidad al cambio. Sin embargo, debido a la escasez de herramientas para evaluar la recuperación personal en el trastorno mental grave y su adaptación al castellano, resulta de utilidad conocer los datos de baremación y la metodología basada en estimadores de cambio propuesta por Jacobson y Truax¹⁶. Además, la representatividad de la muestra garantiza su aplicación, a pesar de que para futuros estudios sería necesario su cálculo en otras comunidades y culturas.

En resumen, ambas metodologías proporcionan una herramienta útil para el clínico a la hora de tomar decisiones terapéuticas sobre el proceso de recuperación, teniendo en cuenta no

solo su juicio clínico, sino también la opinión de los propios pacientes recogida a través del cuestionario REE. Ambas técnicas tienen una aplicación sencilla que no requiere de una formación específica en metodología por parte del profesional. Estas dimensiones del REE recogen información relevante respecto a la orientación de los servicios de salud mental y sobre el proceso de recuperación personal que llevan a cabo los usuarios.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Referencias

- Affairs, L. W., & The Task Force of Statistical Inference. (1999). Statistical methods in psychology journals. *American Psychologist*, 54 (8), 594-604.
<https://doi.org/10.1037//0003-066X.54.8.594>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Ayres, J., Fegan, T., & Noak, J. (2015). Measuring recovery orientation in a forensic high-secure hospital. *British Journal of Mental Health Nursing*, 4(1), 26-30.
- Baber, M. E. (2012). Recovery as the new medical model for psychiatry. *Psychiatric Services*, 63(3), 277-279.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100248>
- Bass, H., Tickle, A., & Lewis, N. (2014). The recovery-orientation of three mental health units. *Mental Health Review Journal*, 19(3), 163-175.
<https://doi.org/10.1108/MHRJ-11-2013-0036>
- Colton, T. (1995). *Estadística en Medicina*, 10 edición. Masson.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T., & Kangas, K. (2006). The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services*, 57(5), 640-645.
<https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.5.640>
- Evans, C., Margison, F., Barkham, M. (1998). The contribution of reliable and clinically significant change methods to evidence-based mental health. *Evidence Based Mental Health*, 1(3), 70-72.
- Happell, B., 2008. Determining the effectiveness of mental health services from a consumer perspective: Part 2: Barriers to recovery and principles for evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 12-130.
<https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00520.x>
- Iraurgi, I. (2010). Evaluación de resultados clínicos (y III): Índices de Cambio Fiable (ICF) como estimadores del cambio clínicamente significativo. *Norte de Salud Mental*, 8(36), 105-122.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
<https://doi.org/00224006X/9>
- Knudsen, K. J., & Wingenfeld, S. (2016). A specialized treatment court for veterans with trauma exposure: Implications in the field. *Community Mental Health Journal*, 52, 127-135.
<https://doi.org/10.1007/s10597-015-9845-9>
- Lambert, M. J. (2012). Helping clinicians to use and learn from research-based systems: The OQ-analyst. *Psychotherapy*, 49(2), 109-114.
<https://doi.org/10.1037/a0027110>
- Miller, G. A. (1956). The magical number seven, plus or minus two some limits in our capacity for processing information. *Psychological Review*, 101(2), 343-352.
<https://doi.org/10.1037/h0043158>
- Norman, G. R., Sloan, J. A., & Wyrwich, K. W. (2003). Interpretation of changes in health-related quality of life. *Medical Care*, 41(5), 582-592.
<https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000062554.74615.4C>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. J. (1995). *Teoría Psicométrica*, 3ra Edición. McGraw-Hill.
- Penas, P., Iraurgi, I., Moreno, M. C., & Uriarte, J.J. (2019). ¿Cómo evaluar la recuperación en salud mental?: Una revisión sistemática. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 47(1), 23-32.
- Ramon, S., Shera, W., Healy, B., Lachman, M., & Renouf, N. (2009). The rediscovered concept of recovery in mental illness. *International*

- Journal of Mental Health*, 38(2), 106-126.
<https://doi.org/10.2753/IMH0020-7411380205>
- Ridgway, P., & Press, A. (2004). *Assessing the recovery-orientation of your mental health program: A user's guide for the Recovery-Enhancing Environmental Scale (REE)*. University of Kansas.
- Sklar, M., Sarkin, A., Gilmer, T., & Groessl, E. (2012). The psychometric properties of the Illness Management and Recovery Scale in a large American public mental health system. *Psychiatry Research*, 199(3), 220-227.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.03.013>
- Slade, M., Amering, M., & Oades, L. G. (2008). Recovery: An international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(2), 128-137.
- Thomas, K. A., & Rickwood, D. J. (2016). Recovery environment of a sub-acute mental health service. *Mental Health Review Journal*, 21(2), 95-106.
<https://doi.org/10.1108/MHRJ-08-2015-0023>
- Uriarte, J. J., Penas, P., Moreno-Calvete, M. C., Ridgway, P., & Iraurgi, I. (2020). Evidencias de adecuación psicométrica de la adaptación española del REE: Cuestionario de Evaluación del Desarrollo de Entornos Favorables para la Recuperación. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 48(2), 75-88.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639-644.
<https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644>
- Wilkinson L., & The Task Force on Statistical Inference APA Board of Scientific. (1999). Statistical methods in psychology journals: Guidelines and explanations. *American Psychologist Journal*, 54(8), 594-604.