



Evaluación del nivel de salud mental positiva en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, atendidos en la comunidad

Assessment of the levels of positive mental health in outpatients with schizophrenia living in the community

Eva María Luján-Luján¹, María Teresa LLuch-Canut², Montserrat Puig-Llobet², Juan Roldán-Merino³, Edith Pomarol-Clotet⁴, M^a Dolores Miguel-Ruiz³

1. Complejo Asistencial en Salud Mental Benito Menni. Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España.

2. Universitat de Barcelona: Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

3. Campus Docent Sant Joan de Déu: Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

4. Fidmag Sisters Hospitalers, Barcelona, España.

Contacto: Eva María Luján Luján, evalujan@hotmail.es

Fecha de recepción: 25 de mayo de 2021 / Fecha de aceptación: 12 de noviembre de 2021

Resumen

Introducción: Cuando hablamos de salud mental positiva, nos referimos al concepto de bienestar y a las habilidades para adaptarse a la adversidad, siendo necesario prestar atención a la positividad. Nuestro estudio se basó en el modelo multifactorial de salud mental positiva de Lluch configurado por 6 factores: satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y habilidades de relación interpersonal.

Objetivo: Evaluar el nivel de salud mental positiva en pacientes diagnosticados de esquizofrenia atendidos en la comunidad.

Método: Se trata de un estudio con diseño descriptivo transversal. Para medir la salud mental positiva de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, se utilizó el cuestionario de salud mental positiva de Lluch y se realizó una evaluación global y de cada uno de los seis factores. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas y se realizaron análisis descriptivos y correlacionales.

Resultados: La muestra estuvo formada por 226 participantes. La puntuación media del cuestionario de salud mental positiva fue de 83,38. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación con variables sociodemográficas y clínicas tanto a nivel global como en los 6 factores de salud mental positiva.

Conclusión: Las mujeres presentan niveles más elevados de salud mental positiva que los hombres y los pacientes con peor funcionamiento obtuvieron una mayor salud mental positiva, de lo que se deduce que un buen funcionamiento no es un requisito indispensable para presentar una buena salud mental positiva.

Palabras clave: salud mental positiva, esquizofrenia, salud mental.

Abstract

Introduction: Positive mental health refers to the concept of well-being and the skills to adapt to adversity, being necessary to pay attention to positivity. Our study was based on Lluch's multifactorial model of positive mental health configured by 6 factors: personal satisfaction, prosocial attitude, self-control, autonomy, problem solving and self-realization, and interpersonal relationship skills.

Objective: To determine the levels of positive mental health in outpatients with schizophrenia who live in the community.

Method: This is a study with a descriptive cross-sectional design. To measure the positive mental health of patients diagnosed with schizophrenia, the Lluch positive mental health questionnaire was used, a global evaluation and of each of the six factors was carried out. Sociodemographic and clinical variables were collected, and descriptive and correlational analyzes were carried out.

Results: The sample consisted of 226 participants with schizophrenia. The mean score of the positive mental health questionnaire was 83.38. Statistically significant differences were observed in relation to sociodemographic and clinical variables, both at the global level and in the 6 positive mental health factors.

Conclusion: Women present higher levels of positive mental health than men and patients with poorer functioning obtained a higher positive mental health, from which it is deduced that good functioning is not an essential requirement to present good positive mental health.

Keywords: positive mental health, schizophrenia, mental health.

Introducción

Actualmente, la salud mental constituye un elemento importante en el estado de la salud y del bienestar general. Tener una buena salud mental contribuye al buen funcionamiento de las personas, de las familias y de la sociedad. Pero el concepto de salud mental varía en función del tiempo, lugar, cultura y contexto.

El concepto de salud mental positiva (SMP) apareció en la literatura con el trabajo realizado por Marie Jahoda en 1958, cuando recibió el encargo de la Comisión Conjunta sobre la Enfermedad y la Salud Mental para preparar un informe sobre el estado de la salud mental¹.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (2004) identificó una serie de enfoques utilizados en la comprensión de la SMP, reconociéndolos como los esfuerzos necesarios en la construcción de una mirada de la salud mental que se aleja de los modelos biomédico y comportamental² y en los que se tienen en cuenta aspectos vinculados con el bienestar.

Entre estos enfoques, se encuentran diferentes modelos: la percepción subjetiva de bienestar, en la que se incluirían el modelo de bienestar subjetivo³, el modelo de bienestar psicológico⁴ y el modelo de bienestar social o salud social⁵; el modelo salutogénico, que estudia la dimensión positiva de la personalidad y se centra en aspectos que generan salud⁶⁻⁸; los planteamientos de George Vaillant, que identifican las siete maneras empleadas en la conceptualización y determinación de la SMP⁹; y por último la psicología positiva desarrollada por George Seligman, que sugirió que esta se podía agrupar en el estudio de las emociones positivas, el estudio de los rasgos positivos y el estudio de las organizaciones positivas¹⁰⁻¹³.

Pero, como hemos referido anteriormente, la idea de SMP como construcción se remonta al trabajo pionero de Marie Jahoda (1958), vinculado a los inicios del modelo comunitario de intervención que pretende promover la salud mental y no solo la prevención de

esta. Uno de los aspectos interesantes de su modelo es que expuso una serie de criterios que podrían caracterizar un estado multidimensional de la SMP. Estos criterios serían aplicables tanto a personas sanas como a las personas con patología.

Posteriormente, Lluich (1999) adaptó y evaluó el modelo de salud mental de Jahoda y propuso un modelo multifactorial de SMP, en el que consideró que existe una estrecha interrelación entre la salud física y la salud mental, planteando la salud desde una perspectiva holística, diferenciando entre el concepto y el constructo. Como concepto, describió los términos de felicidad, satisfacción, optimismo, bienestar y calidad de vida, y posteriormente los conceptos de prevención y promoción. Como constructo, lo definió con dimensiones o términos de manera más específica siendo seis factores los que configuraron el modelo multifactorial de SMP: Satisfacción personal (F1), actitud prosocial (F2), autocontrol (F3), autonomía (F4), resolución de problemas y autoactualización (F5) y habilidades de relación interpersonal (F6)¹⁴⁻¹⁶.

Actualmente, el modelo, juntamente con el cuestionario de SMP, están siendo desarrollados en múltiples proyectos de investigación, no solo a nivel nacional, sino también en Latinoamérica y Portugal¹⁵.

Justificación

Un sector de la población donde es importante determinar la relación entre la salud física y mental es aquel que comprende personas con problemas de salud mental.

La esquizofrenia es un trastorno caracterizado no solo por síntomas psicopatológicos, sino por presentar comorbilidad médica, envejecimiento prematuro, reducción de la vida útil, deterioro cognitivo y discapacidad psicosocial¹⁷. Por tanto, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar la salud mental positiva en pacientes diagnosticados de esquizofrenia atendidos en la comunidad.

Metodología

Diseño del estudio

El diseño fue descriptivo transversal.

Población y muestra

La población de estudio incluyó 226 pacientes del Centro de Salud Mental de Adultos de Granollers, situado en la provincia de Barcelona (España). Los participantes se incorporaron en el estudio de manera progresiva, durante los dos años que duró la recogida de la muestra (enero de 2017 a diciembre de 2019), participando de manera voluntaria y cumpliendo con los criterios de inclusión requeridos para su selección. Todos los participantes estaban diagnosticados de esquizofrenia según el DSM-IV-TR¹⁸, con una vinculación mínima de 6 meses. Se excluyeron aquellos que se encontraban en fase aguda de la enfermedad o habían sido dados de alta de la unidad de agudos en el mes previo, así como aquellos que presentaban comorbilidad con discapacidad intelectual y del desarrollo.

Instrumentos de medida

Para la medición de los datos sociodemográficos y clínicos se construyó un formulario *ad hoc*. Para ello se recogieron las siguientes variables: género, edad en años, estado civil, nivel de estudios, convivencia, situación laboral, diagnóstico, tipo de tratamiento: oral, parenteral, oral-parenteral; años de evolución de la enfermedad.

Para la medición de la SMP se utilizó el *Cuestionario de salud mental positiva* de Lluch (CSMP) (1999)^{14,16}. Este cuestionario evalúa la salud mental desde una perspectiva positiva y consta de 39 ítems, agrupados en los seis factores que postulan el modelo.

Los ítems fueron formulados como afirmaciones (positivas y negativas), ofreciendo cada uno de ellos cuatro alternativas de respuesta (siempre o casi siempre, con bastante frecuencia, algunas veces, nunca o casi nunca). Para el análisis, los ítems negativos fueron invertidos. La puntuación global de CSMP oscila en un rango mínimo de 39 puntos y un máximo de 156 puntos. Los valores mínimos y máximos para cada factor son: 8-32 (F1), 5-20 (F2), 5-20 (F3), 5-20 (F4), 9-36 (F5) y de 7-28 (F6). De este modo, se obtuvo una puntuación no solo de cada uno de los 6 factores, sino también la puntuación global del cuestionario.

El CSMP fue validado inicialmente en una muestra de estudiantes de enfermería de la Universidad de Barcelona (España). Los ítems del cuestionario obtuvieron un índice de discriminación interna superior al 0,25. La consistencia interna, analizada mediante el alfa de Cronbach, de la escala global fue de 0,91 y por factores los valores obtenidos fueron F1=0,83, F2=0,58, F3=0,81, F4=0,77, F5=0,79 y F6=0,72. El análisis exploratorio extrajo 6 factores que explicaron el 46,8 de la varianza total del cuestionario, y en la matriz factorial resultante los pesos de cada ítem fueron superiores a 0,40 en todos los casos¹⁹ (tabla 1).

El funcionamiento global se valoró con la escala de valoración de funcionamiento global (GAF)²⁰; esta escala permite valorar la gravedad y la evolución del paciente, siendo de uso extenso en psiquiatría, constituyendo el eje V del diagnóstico multiaxial que propone la APA. Indica si existe un nivel de afectación de moderado a severo en el funcionamiento laboral, social y/o familiar, excluyendo los daños físicos y ambientales. Es una escala descriptiva heteroaplicada que consta de un único ítem que se puntúa entre 1 a 100, indicando a mayor puntuación mayor nivel de activación. Utiliza como punto de corte la puntuación correspondiente a afectación leve (70 o menos) en los casos más restrictivos o el de moderado (inferior a 50), que indica una severidad en los síntomas con afectación grave en el funcionamiento y competencia social.

Procedimiento

A los sujetos participantes se les entregó un documento que contenía la información relevante y necesaria para la participación en el estudio. Las enfermeras/os que realizaron la recogida de datos informaban a los sujetos sobre la naturaleza de este, así como del coste, riesgos y beneficios, resolviendo las dudas y preguntas que pudieran surgirles durante la cumplimentación del CSMP.

Análisis estadísticos

Se llevo a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas mediante frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar (DE)). Seguidamente se analizaron los valores descriptivos de la SMP global y por factores y las relaciones con las variables sociodemográficas y clínicas, aplicando la t de Student o la ANOVA según

las características de cada una de las variables, y en los test no paramétricos se utilizó el test de U de Mann-Whitney cuando las variables tenían dos categorías y, si eran tres o más de tres grupos, la prueba de Kruskal-Wallis. Se trabajó con un nivel de confianza del 95 % y se consideró que la diferencia entre variables es significativa cuando el grado de significación (p) es menor o igual a 0,05. Así mismo, se analizaron las propiedades psicométricas de validez y fiabilidad del CSMP, calculando la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach²¹.

Se usó el paquete estadístico SPSS versión 25. (IBM® Statistical Package for the Social Sciences [SPSS])²².

Consideraciones éticas

Se solicitó autorización al comité de ética e investigación clínica (CEIC) de la institución donde se llevó a cabo el estudio: Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental. Los datos fueron tratados conforme a lo que dispone la Ley orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de 2018 de Protección de datos Personales y garantía de los derechos digitales²³, para el desarrollo y la correcta finalidad del estudio. A los sujetos se les asignó un número de identificación, en función de la evolución del estudio, no constando de este modo ningún dato de identificación personal. A todos los participantes se les solicitó la firma del consentimiento informado.

Resultados

El sexo prevalente fueron hombres con un 69 %; la edad media de la muestra fue de 44,39 años (DE 11,42). El estado civil con mayor porcentaje fue de solteros/as en un 76,5 %; un 15,5 % vivían solos y un 53,1 % vivía con su familia de origen. El 87,6 % tenían estudios primarios y/o secundarios y únicamente un 10,2 % estaba laboralmente activo.

En relación con los resultados clínicos de la muestra, encontramos que el 87,6 % presentaba un diagnóstico de esquizofrenia paranoide, el 52,2 % estaban con tratamiento oral, el 46,9 % tenía una evolución de más de 15 años de la enfermedad, no encontrándose diferencia de porcentaje en el GAF (evaluación global de funcionamiento), siendo un 50 % en los dos grupos (mayor y menor o igual a 50) (tabla 2).

La puntuación media de los pacientes estuvo situada en 83,25 (DE 19,39) siendo la puntuación mínima de 39 y la máxima de 140.

Las puntuaciones medias más altas las presentaron las siguientes categorías: las mujeres, con una puntuación media de 85,87 (DE 21,29); los solteros obtuvieron una puntuación media de 85,23 (DE 18,47) con respecto a los casados que obtuvieron una puntuación media de 77,61 (DE 19,89); los que viven con otros (recursos residenciales o con soporte) tienen una puntuación de 85,56 (DE 17,04) con respecto a los que viven con su propia familia que obtuvieron las puntuaciones más bajas 78,31 (DE 17,78); aquellos que tiene estudios universitarios obtuvieron una puntuación de 86,42 (DE 24,11), seguidos de los que no tienen estudios con un 85,44 (DE 17,95); los que tienen una evolución de 10 a 15 años de la enfermedad tienen una media de 86,44 (DE 20,12); los que tienen el diagnóstico de esquizofrenia paranoide con una media de 83,46 (DE 19,67); los que toman medicación oral presentan una media superior al resto 84,99 (DE 20,46); y finalmente los que presentaban un GAF menor o igual a 50, obtuvieron una media de 86,43 (DE 18,90).

Al analizar la relación entre los factores del CSMP con las distintas variables sociodemográficas y clínicas, se obtuvieron los siguientes resultados: con respecto a la puntuación global de la escala, no encontramos diferencias estadísticamente significativas con referencia a las variables de edad, sexo, con quien viven, nivel de estudios, situación laboral, años de evolución de la enfermedad, diagnóstico y tipo de tratamiento. Sin embargo, encontramos diferencias significativas a nivel del estado civil ($p=0,048$) y de la puntuación GAF ($p=0,016$); es decir, que los solteros tienen mejor SMP que los casados, y los pacientes con un GAF inferior o igual a 50 puntúan mejor que los que tienen el GAF superior a 50. Probablemente esto se debe a que estos pacientes sufren menos niveles de estrés y por tanto evitan el afecto negativo. Esta estrategia podría jugar un papel importante en la preservación de la felicidad que a su vez preservaría la SMP²⁴ (tabla 3).

En cuanto a la puntuación de cada uno de los factores de SMP y su relación con las variables sociodemográficas y clínicas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor de satisfacción personal (F1), en el sentido que los divorciados ($p=0,041$) y los pacientes con tratamiento oral ($p=0,017$) tienen menos satisfacción personal. En

cuanto a la actitud prosocial (F2), los pacientes con un GAF superior a 50 ($p=0,002$) presentan más actitud prosocial. En el (F4) autonomía y en el factor de resolución de problemas y autoactualización (F5), se encontraron diferencias significativas en el GAF, ($p=0,026$) y ($p=0,047$) respectivamente, en el sentido que los pacientes que tienen un GAF igual o inferior a 50 puntúan mejor en SMP. En los factores autocontrol (F3) y habilidades de relación interpersonal (F6), no existieron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables sociodemográficas y clínicas (tabla 3).

En relación con las características psicométricas de la escala, en el análisis factorial de componentes principales, los seis factores extraídos explicaron el 48,91 % de la varianza total del cuestionario. El factor F1 explica el más alto porcentaje de varianza explicada (24,31 %), mientras que los otros cinco factores participan en un grado mucho más bajo (F2 = 7,49 %; F3 = 5,35 %; F4 = 4,76 %; F5 = 4,1; F6 = 3,60). El alfa de Cronbach (consistencia interna) para la puntuación total de la escala fue de 0,915 y para los factores los valores obtenidos fueron: F1 = 0,82; F2 = 0,60; F3 = 0,70; F4 = 0,73; F5 = 0,82; y F6 = 0,70 (tabla 1).

Discusión

Los resultados obtenidos indican niveles moderados de SMP en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. En la actualidad, hay pocos estudios sobre SMP en pacientes que presentan este diagnóstico^{25,26}. Nuestro estudio fue coincidente en algunos aspectos, como podría ser que los solteros presentaron unos niveles más elevados de SMP, así como los que tenían estudios de mayor grado (universitarios), del mismo modo que aquellos que presentaron edades más elevadas presentaron niveles de SMP más bajos en la puntuación general, así como en cada uno de los seis factores específicos²⁷.

La muestra presentó un número menor de participantes de sexo femenino, pero proporcionaron unos niveles de SMP más elevados que los hombres, no solo en cuanto a la puntuación global, sino también en la mayoría de los factores. Esto quizás fue debido a que las mujeres tienen más probabilidades de buscar ayuda, apoyo y tener mejores relaciones sociales. Del mismo modo, suelen presentar mayor sensibilidad emocional y expresividad, siendo más probable que los hombres presenten actitudes y habilidades que les confieren una mayor capacidad de respuesta emocional²⁷.

Al analizar la SMP, en cada uno de los factores específicos, se encontraron aspectos interesantes y relevantes para la discusión:

En cuanto al factor 1 (satisfacción personal), se encontró que los que obtuvieron mayor puntuación fueron los individuos de edades comprendidas entre los 36 y 50 años, solteros, que convivían con su familia de origen, sin estudios, pero que estaban activos laboralmente. Puntúan mejor aquellos sujetos con una puntuación en la escala GAF menor o igual a 50, una evolución menor de 5 años del trastorno y con tratamiento oral. Estas últimas variables las podríamos relacionar con el nivel de conciencia de enfermedad. Sin embargo, algunos autores indican que el nivel de SMP, sea positivo o negativo, no guarda relación con el nivel de afectación de patología ya sea esta física²⁷ o psíquica²⁸.

El factor 2 (actitud prosocial) se puede relacionar con la actitud de ayuda a los demás. Las mayores puntuaciones se presentan en la franja de 36 a 50 años, principalmente mujeres, de estado civil soltero, que conviven con otros; normalmente suelen ser personas que conviven en pisos tutelados o recursos residenciales, hecho que implica aceptar y apoyar a los demás para avanzar en el día a día.

Con respecto al autocontrol (factor 3), entendido como la tolerancia a la frustración, la ansiedad y el estrés, obtuvieron mayor puntuación los que se encuentran entre los 36 y los 50 años, que conviven con otros y que no tienen estudios, pero que se encuentran activos laboralmente.

En el factor 4 (autonomía), que se interpreta como la capacidad de tener criterios propios y ser más independientes, puntúan más bajo las edades más elevadas. Este dato coincide con otros estudios publicados donde se remarca que a mayor edad menor percepción de autonomía^{25,27}.

En cuanto a la resolución de problemas y autoactualización (factor 5), entendido como la capacidad que tiene la persona para tomar decisiones, adaptarse a cambios y desarrollarse a nivel personal, obtuvieron valores más elevados los solteros, aquellos que conviven con otros y los que están con tratamiento oral.

En el factor 6 (habilidades de relación interpersonal), entendido como aquellas habilidades que la persona tiene para establecer relaciones interpersonales,

empatizar y entender los sentimientos de los demás, proporcionar apoyo emocional y establecer relaciones interpersonales íntimas, obtuvieron valores más elevados las mujeres, los solteros y los que tienen estudios universitarios.

Esto indica que aquellos pacientes que tienen más conocimientos tienen estabilizada su enfermedad y poseen un mejor afrontamiento de los problemas. Estos resultados son coincidentes con los que obtuvo en su estudio Miguel Ruiz²⁵.

El cuestionario de salud mental positiva ha sido validado en diferentes estudios con un alfa de Cronbach entre 0,80 y 0,91 por lo que nuestro estudio presenta resultados similares, reafirmando la validación y la fiabilidad del cuestionario^{20,30,33}.

Conclusión

Los resultados indicaron que los pacientes con peor funcionamiento global mostraban mayor SMP, lo que significa que un buen funcionamiento no es un requisito indispensable para presentar una buena salud mental positiva.

Por lo que para aquellos pacientes que tienen un funcionamiento global deficiente también es necesario planificar y ofrecer programas de intervención psicosocial enfermera³³ que incidan en la promoción y el fomento de su autocuidado, ya que al mismo tiempo ayudarían a aumentar los niveles de SMP.

Bibliografía

- Jahoda M. Current concepts of positive mental health. Basic Books, editor. Joint commission on mental health and illness monograph series. 1958; 1:172.
- World Health Organization. Salud mental: Un estado de bienestar [Internet]. World Health Organization; 2014 [cited 2019 Sep 10]. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*. 2000;55(1):34–43.
- Ryff CD. Psychological well-being and health: Past, present and future. *Psicología della Salute*. 2016;7–26.
- Lee C, Keyes M. Social Well-Being*. *Social Psychology Quarterly*. 1998;61(2):121–40.
- Mantas Jiménez S. Sentido de coherencia, resiliencia y salud mental positiva en los profesionales del Sistema de Emergencias Médicas [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 25]. p. 202. Available from: <http://hdl.handle.net/10803/406045>
- Mantas Jiménez S, Juvinyà i Canal D, Bertran i Noguera C, Roldán Merino J, Sequeira C, Lluch-Canut MT. Evaluation of Positive Mental Health and Sense of Coherence in Mental Health Professionals [Internet]. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2015 [cited 2020 Nov 3]. p. 34–42. Available from: <http://hdl.handle.net/2445/144634>
- Casullo MM, Solano AC, Brenlla ME. La evaluación del bienestar psicológico en adultos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 2001;47(4):316–24.
- Vaillant GE. Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*. 2012 Jun;11(2):93–9.
- Gancedo M. Psicología Positiva: Posible futuro y derivaciones clínicas. *Psicodebate Psicología, Cultura y Sociedad*. 2009; 9:15–26.
- Laura M, Perugini L, Solano AC. Psicología positiva: Análisis desde su surgimiento. Vol. IV. 2010.
- Seligman M. PERMA and the building blocks of well-being. *Journal of Positive Psychology*. 2018 Jul 4;13(4):333–5.
- Seligman M, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist*. 2000;55(1):6–14.
- Lluch-Canut MT. Construcción De Una Escala Para Evaluar La salud mental positiva [Internet]. Universitat de Barcelona, editor. Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva (Tesis doctoral). Barcelona; 1999 [cited 2017 May 15]. Available from: <https://www.tdx.cat/handle/10803/2366#page=1>
- Lluch-Canut MT. Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*. 2002;25(4):42–55.
- Lluch-Canut MT. Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. *Psicología conductual = behavioral psychology Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. 2003;11(1):61–78.
- Kirkpatrick B, Messias E, Harvey PD, Fernandez-Egea E, Bowie CR. Is Schizophrenia a Syndrome of Accelerated Aging? *Schizophrenia Bulletin* vol. 2008;34(6):1024–32.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th edition. American Journal of Psychiatry, editor. American Psychiatric Association. Washington DC; 2000.
- Lluch-Canut MT, Puig-Llobet M, Sánchez-Ortega A, Roldán-Merino J, Ferré-Grau C, Albacar-Riobóo N, et al. Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: Correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*. 2013 Oct 5;13(1):1–11.
- Aas IM. Global Assessment of Functioning (GAF): Properties and frontier of current knowledge. *Annals of General Psychiatry*. 2010; 9:11.
- Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951 Sep;16(3):297–334.
- IBM SPSS Statistics. Armonk, NY: IBM Corp.; 2017.
- Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [Internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE). 2018 [cited 2021 May 25]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>
- Myin-Germeys I, Delespaul PAEGEG, Devries MW. Schizophrenia Patients Are More Emotionally Active Than Is Assumed Based on Their Behavior. *Schizophrenia Bulletin*. 2000 Jan 1;26(4):847–54.
- Miguel Ruiz MD. Valoración de la salud mental positiva y de los Requisitos de Autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de Esquizofrenia, según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem (Tesis doctoral) [Internet]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2014 [cited 2018 Feb 15]. p. 291. Available from: <http://hdl.handle.net/2445/56453>
- Albacar-Riobóo N. Atenció d'infermeria a la cuidadora principal de persones amb esquizofrènia: Valoració dels requisits d'autocura i de la salut mental positiva [Internet]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat Rovira i Virgili; 2014 [cited 2020 Jul 26]. p. 250. Available from: <http://www.tdx.cat/handle/10803/294732>

27. Lluch-Canut MT, Puig-Llobet M, Sánchez-Ortega A, Roldán-Merino J, Ferré-Grau C. Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*. 2013;13(1):1–11.
28. Granholm E, Ben-Zeev D, Fulford D, Swendsen J, Joel S. Ecological Momentary Assessment of social functioning in schizophrenia: Impact of performance appraisals and affect on social interactions. *Schizophrenia Research*. 2013;145(1–3):120–4.
29. Hurtado-Pardos B, Moreno-Arroyo C, Casas I, Lluch-Canut T, Farrés-Tarafa M, Roldán-Merino J, et al. Positive Mental Health and Prevalence of Psychological Ill-Being in University Nursing Professors in Catalonia, Spain [Internet]. Vol. 55, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. [cited 2019 Sep 4]. Available from: www.encuestafacil.com.
30. Puig Llobet M, Sánchez Ortega M, Lluch-Canut M, Moreno-Arroyo M, Hidalgo Blanco MÀ, Roldán-Merino J. Positive Mental Health and Self-Care in Patients with Chronic Physical Health Problems: Implications for Evidence-based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2020 Aug 6;17(4):293–300.
31. Sequeira C, Carvalho JC, Gonçalves A, Nogueira MJ, Lluch-Canut MT, Roldán-Merino J. Levels of Positive Mental Health in Portuguese and Spanish Nursing Students. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2019;26(5):483–92.
32. Teke C, Arabaci LB. The validity and reliability of Positive Mental Health Scale/Pozitif Ruh Sagligi Olceginin Turckce gecerlilik ve guvenilirliigi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2018 Jun 15;19(S1):21–9.
33. Sánchez-Ortega MA, Puig-Llobet M, Lluch-Canut MT. Programa d'Intervenció Psicosocial d'Infermeria (PIPs) per a potenciar la Salut Mental Positiva i l'Autocura [Internet]. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona. Barcelona; 2015 [cited 2019 May 2]. p. 35. Available from: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/116403>

	Validación escala original Lluch (1999)	Validación escala en nuestro estudio
Número de elementos	39	39
Alfa de Cronbach para la puntuación total del cuestionario	0,91	0,91
Alfa de Cronbach F1	0,83	0,82
Alfa de Cronbach F2	0,58	0,6
Alfa de Cronbach F3	0,81	0,7
Alfa de Cronbach F4	0,77	0,73
Alfa de Cronbach F5	0,79	0,82
Alfa de Cronbach F6	0,72	0,7
Varianza total del cuestionario	46,80%	48,90%
Varianza del Factor 1	23,1	24,31
Varianza del Factor 2	6,7	7,49
Varianza del Factor 3	4,9	5,35
Varianza del Factor 4	4,4	4,76
Varianza del Factor 5	3,9	4,1
Varianza del Factor 6	3,8	3,6

Tabla 1: Características psicométricas del cuestionario de salud mental positiva

Características sociodemográficas		n	%
Género	Masculino	158	69,9
	Femenino	68	30,1
Edad media 44,39 años (*DE 11,42)			
Edad en años	Hasta 35 años	63	27,9
	De 36 a 50	106	46,9
	Más de 51	57	25,2
Estado Civil	Soltero/a	173	76,5
	Casado/a	23	10,2
	En Pareja	1	0,4
	Separado/a-Divorciado/a	24	10,6
	Viudo/a	5	2,2
Convive	Solo/a	35	15,5
	Con familia propia	32	14,2
	Con familia de origen	120	53,1
	Con otros	39	17,3
Nivel de estudios	Estudios primarios	148	65,5
	Estudios secundarios	50	22,1
	Estudios universitarios	12	5,3
	Sin estudios	16	7,1
Situación laboral	Pensionista	168	74,3
	Activo	23	10,2
	Parado	35	15,5
Características clínicas de la muestra			
Diagnóstico de Esquizofrenia	Tipo paranoide	198	87,6
	Tipo indiferenciado	15	6,6
	Tipo desorganizado	1	0,4
	Tipo residual	12	5,3
Tipo de tratamiento	Oral	118	52,2
	Parenteral	28	12,4
	Oral y Parenteral	79	35
Años de evolución de la enfermedad	Menos de 5	16	7,1
	Entre 5-10	53	23,5
	De 10 a 15	51	22,56
	Más de 15	106	46,9
GAF**	Menor o igual a 50	113	50
	Mayor de 50	113	50

*(DE) Desviación estándar, **GAF: Valoración de funcionamiento global

Tabla 2: Datos sociodemográficos y clínicos de la muestra, incluido el GAF

Tabla 3: Puntuaciones medias de la SMP global y de los diferentes factores, con los estadísticos descriptivos según variables sociodemográficas, clínicas y GAF

	SM Global			F1 Satisfacción personal		F2 Actitud prosocial		F3 Autocontrol		F4 Autonomía		F5 Resolución de problemas y autoactualización		F6 Habilidades de relación interpersonal		
	n	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p
Genero																
Hombre	158	82,13	18,47		15,32	5	9,62	2,88	11,18	3,32	11,06	3,57	19,18	5,52	15,73	4,28
				,262*		,350**		,413**		,071**		,822**		,552**		,571**
Mujer	68	85,87	21,3		16,48	6,3	10,17	3,51	12,04	3,41	11,01	3,58	19,94	6,56	16,2	4,75
Grupos de edad																
Hasta 35 años	63	82,79	19,4		15,66	5,6	9,74	3,3	11,42	3,41	11,2	3,5	18,68	5,63	16,06	4,01
De 36 a 50 años	106	85,22	18,5	,199*	15,91	5,5	9,88	2,84	11,68	3,24	11,33	3,61	20,33	5,77	16,06	4,6
Más de 51 años	57	80,08	20,9		15,28	5,3	9,66	3,14	11,01	3,55	10,35	3,53	18,5	6,06	15,31	4,54
Estado Civil																
Soltero/a	173	85,23	18,94		16,07	5,2	10	3,08	11,74	3,34	11,36	3,54	19,84	5,84	16,19	4,41
Casado/a	23	77,61	19,89		14,56	6,5	9,39	3,05	10,39	3,53	10	3,56	17,95	5,55	15,3	4,45
En pareja	1	92,00	-	,048**	20		7	,319*	12	,243*	11		22	,347*	20	,131*
Separado/a-Divorciado/a	24	74,29	20,46		13,66	5,1	8,87	2,77	10,29	3,35	9,58	3,57	17,95	6,34	13,91	4,06
Viudo/a	5	82	16,82		15,6	9,4	9,2	2,16	11,4	2,3	12	3,08	17,8	4,32	16	4,94

Nivel de estudios															
Estudios primarios	148	83,47	18,88	15,8	5,4	9,62	2,87	11,44	3,41	11,14	3,46	19,43	5,98	16	4
Estudios secundarios	50	81,16	20,48	15,36	5,3	9,64	3,4	11,5	3,38	10,74	3,77	18,8	5,56	15,12	5,45
Estudios universitarios	12	86,42	24,11	15,16	5,6	11,5	3,31	11,08	3,47	11,41	4,39	20,25	5,81	17	4,36
Sin estudios	16	85,44	17,95	15,81	6,5	10,5	2,96	11,56	3,01	10,87	3,53	20,5	5,77	16,18	4,38
Con quien vive															
Solo/a	35	83,14	22,52	15,74	5,5	10	3,42	11,37	3,71	10,4	3,77	19,62	6,57	16	4,5
Vive con familia propia	32	78,31	17,78	14,75	5,8	8,87	2,83	10,96	3,21	10,15	3,65	18,75	5,32	14,81	4,33
Vive con Familia de origen	120	83,85	19,55	16,14	5,7	9,73	3,02	11,54	3,4	11,35	3,47	19,16	5,76	15,91	4,62
Vive con otros	39	85,56	17,04	14,92	4	10,53	2,78	11,61	3,12	11,43	3,55	20,53	5,88	16,51	3,73
Situación laboral															
Pensionista	168	82,51	19,06	15,54	5,3	9,77	2,89	11,29	3,41	10,94	3,53	19,14	5,81	15,81	4,44
Activo	23	87,74	18,17	16,26	5,2	9,91	3,59	12,95	3,28	11,56	3,15	20,78	5,59	16,26	3,5
Parado	35	83,86	21,78	15,91	6,3	9,8	3,43	11,17	3,02	11,22	4,05	19,82	6,17	15,91	4,93
Tipo de tratamiento															
Oral	118	84,99	20,46	16,27	5,7	9,88	3,17	11,6	3,34	11,34	3,7	19,84	5,9	16,18	4,77
Parenteral	28	76,89	18,34	13,32	5,1	9,82	2,84	11,03	2,72	10,14	3,78	17,64	6,08	14,92	3,92
Oral y Parenteral	79	82,96	17,93	15,86	5	9,6	2,92	11,4	3,61	10,88	3,26	19,41	5,66	15,78	4,04

Diagnóstico															
Tipo paranoide	198	83,46	19,7	15,71	5,6	9,78	3,06	11,64	3,45	11,07	3,57	19,5	5,77	15,74	4,42
Tipo indiferenciado	15	80,33	18,49	15,86	4,5	9	2,8	10,2	2,51	10,93	4,06	17,33	5,92	17	4,91
Tipo desorganizado	1	85,00	.	18		8		11		12		21		15	
Tipo residual	12	83,33	17,8	14,5	4,5	11,08	2,81	9,75	2,09	10,75	3,25	20,5	7,09	16,75	3,88
Años de evolución de la enfermedad															
Menos de 5	16	83,44	20,1	16,93	6,1	10,06	3,53	11	3,34	10,62	3,32	19,12	5,73	15,68	4,14
Entre 5-10	53	80,77	19,2	16,09	6	9,09	2,63	11,07	3,42	10,81	3,4	18,56	5,95	15,13	3,72
De 10 a 15	51	86,80	20,2	15,88	5,3	10,56	2,98	12,45	3,59	11,7	3,83	20,11	5,99	16,07	4,79
Más de 15	106	82,75	19	15,16	5,1	9,72	3,13	1,21	3,17	10,91	3,56	19,54	5,77	16,17	4,61
GAF															
Menor o igual a 50	113	86,43	18,9	16,15	5,5	10,4	3,18	11,7	3,15	11,59	3,67	20,13	5,75	16,43	4,45
Mayor de 50	113	80,07	19,4	15,18	5,4	9,17	2,77	11,18	3,55	10,5	3,59	18,69	5,88	15,31	4,34

*T de Student, **ANOVA, GAF: Valoración Funcionamiento Global