



COMILLAS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**Bienestar subjetivo en personas con
trastorno mental grave: análisis
comparativo entre adultos y mayores y
estudio de los predictores de la satisfacción
vital en la vejez.**

Autora: Violeta Arilla Pablos

Tutora: Rocío Caballero Campillo

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2026

Tabla de contenido

Resumen.....	4
Abstract.....	4
Introducción	6
Definición y delimitación del trastorno mental grave.....	6
Prevalencia, factores de riesgo e impacto del TMG	6
El envejecimiento en el TMG: una cuestión infraestudiada	7
La satisfacción vital en el TMG: conceptualización y factores asociados.....	8
Modelos teóricos previos de la satisfacción vital en población con TMG	9
Método	11
Participantes.....	11
Diseño de investigación y procedimiento	13
Instrumentos.....	14
Análisis de datos	16
Resultados	17
Características de los participantes y diferencias encontradas en grupos de mayores y adultos en dichas variables.	17
Relación entre las variables sociodemográficas y clínicas con el grupo de edad (adultos y mayores).....	19
Predictores de la satisfacción con la vida en mayores con TMG	21
Discusión.....	22
Conclusión	28
Referencias.....	29
Apéndice	41
Apéndice A: Informes de aprobación del proyecto dirigido por Rocío Caballero Campillo por el Comité de Ética de la Investigación Científica del Hospital Universitario Ramón y	

Cajal (N° 160/25) y por el Comité de Ética de la Investigación Científica de la Universidad Pontificia Comillas bajo el Dictamen N° 096/24-25.....	41
Apéndice B: Hojas de consentimiento administradas a los usuarios adultos y mayores con TMG según grupo de edad (plasmadas en dicho orden).....	43
Apéndice C: Cuestionarios administrados a los usuarios adultos y mayores con TMG.	59
Apéndice D: Declaración de uso de herramientas de inteligencia artificial generativa.	65

Resumen

El trastorno mental grave (TMG) constituye un importante problema de salud pública debido a su carácter crónico y al impacto biopsicosocial asociado, especialmente en las etapas avanzadas de la vida, cuando la pérdida de autonomía y la dependencia cobran mayor relevancia. Sin embargo, la literatura sobre la satisfacción vital de las personas mayores con TMG sigue siendo escasa. El objetivo de este estudio fue analizar las diferencias entre personas adultas (18-50 años) y mayores (≥ 51 años) con TMG en variables sociodemográficas y clínicas, así como identificar los predictores de la satisfacción vital en la población mayor con TMG. Se empleó un diseño transversal con una muestra de 163 usuarios con TMG (81 adultos y 82 mayores). Se utilizaron instrumentos estandarizados para evaluar el funcionamiento psicosocial, la satisfacción vital, el apoyo social, el sentido de vida, la autocompasión, la recuperación personal y la sintomatología ansiosa y depresiva, y se llevaron a cabo análisis descriptivos, comparativos y de predicción. Los resultados mostraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto al estado civil ($p = .001$), el nivel educativo ($p < .001$) y la situación laboral ($p < .001$). Además, las personas mayores presentaron mayores niveles de presencia de significado vital ($p = .045$). El modelo de regresión explicó el 42% de la varianza de la satisfacción vital y los predictores significativos identificados de la misma fueron una mayor presencia de sentido en la vida y menores niveles de sintomatología depresiva. Estos resultados subrayan la importancia de promover intervenciones psicosociales centradas en el sentido vital y la sintomatología depresiva en personas mayores con TMG.

Palabras clave: trastorno mental grave, TMG, satisfacción vital, predictores, bienestar subjetivo.

Abstract

Severe mental illness (SMI) is a major public health issue due to its chronic nature and associated biopsychosocial impact, particularly in later life when loss of independence becomes more significant. However, literature on life satisfaction among older adults with SMI remains scarce. This study aimed to analyze differences in sociodemographic and clinical variables between adults (aged 18-50 years) and older adults (aged ≥ 51 years) with SMI, and to identify predictors of life satisfaction in older adults with SMI. A cross-sectional design was employed, involving 163 individuals with SMI (81 adults and 82 older adults). Standardized instruments were used to assess psychosocial functioning, life satisfaction, social support, meaning in life, self-compassion, personal recovery, and anxious and depressive symptomatology. The results revealed significant differences between groups in terms of

marital status ($p = .001$), educational level ($p < .001$) and employment status ($p < .001$). Furthermore, older adults exhibited higher levels of presence of meaning in life ($p = .045$). The regression model explained 42% of life satisfaction variance with a greater sense of presence of meaning in life and lower levels of depressive symptoms identified as significant predictors. These results emphasise the importance of promoting psychosocial interventions focused on fostering meaning in life and addressing depressive symptoms in older individuals with SMI.

Key words: severe mental illness, SMI, life satisfaction, predictors, subjective well-being.

Introducción

Definición y delimitación del trastorno mental grave

El estudio del trastorno mental grave (TMG) es especialmente relevante por su curso prolongado, su alto riesgo de recaídas a lo largo de la vida del individuo y su alto impacto en las esferas personal, familiar y sociosanitaria (Bartels et al., 2018; Brooks et al., 2019; Dell et al., 2022). Por ello, resulta fundamental la delimitación conceptual del TMG con el fin de orientar su evaluación, la planificación de recursos y el proceso de intervención. En este marco, si bien la conceptualización del TMG presenta diversas dificultades por la heterogeneidad de los criterios metodológicos, diagnósticos, de duración y discapacidad empleados, la literatura científica apoya que se delimita por la convergencia de: (1) un diagnóstico de trastorno mental mayor (p. ej., trastornos del espectro de la esquizofrenia y otras psicosis, trastorno bipolar y algunos trastornos de la personalidad [esquizoide, paranoide, límite]), (2) una discapacidad severa y recurrente descrita como limitaciones funcionales en actividades vitales que afectan al rol ocupacional, apoyo social recibido, autocuidado y conducta, y (3) un curso persistente, que en diversas operacionalizaciones exige una duración mínima de ≥ 2 años de enfermedad, seguimiento o tratamiento (Gisbert et al., 2002; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave 2009, 2024; Schinnar et al., 1990; Zumstein y Riese, 2020). Dada la tendencia a la cronificación de los cuadros de TMG, el envejecimiento en esta población tiende a vincularse con una complejización de sus necesidades, condiciones médicas crónicas y una atención psiquiátrica que acompaña a la persona en las necesidades psicosociales asociadas a esta etapa vital (Westermair et al., 2022).

Prevalencia, factores de riesgo e impacto del TMG

Con el fin de dimensionar adecuadamente el TMG como problema de salud pública, resulta necesario analizar de forma sistemática datos sobre su prevalencia, etiología, distribución por género, factores de riesgo y consecuencias funcionales. En referencia a su prevalencia, se estima que entre el 2.5% y 3% de la población adulta española tiene este diagnóstico y que, a nivel mundial, un 1% de la población desarrollará en algún momento de su vida alguna forma de esquizofrenia (Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, citado en Confederación Salud Mental España [CSME], s.f.). En cuanto a la etiología de este trastorno en particular, se entiende que el desarrollo de la esquizofrenia puede deberse a una interacción entre factores ambientales y genéticos (Wahbeh y Avramopoulos, 2021). En referencia a la distribución y curso de la enfermedad en función del género, los hombres suelen presentar un inicio más temprano, peor funcionamiento premórbido, síntomas

negativos más graves (Giordano et al., 2021), mayor aislamiento y déficits de memoria (Li et al., 2016), y una mayor frecuencia de abuso de sustancias en comparación con las mujeres diagnosticadas de esquizofrenia (Giordano et al., 2021). En relación con los factores de riesgo del TMG, existe una interacción de vulnerabilidad clínica y determinantes sociales: mayor exposición a acontecimientos vitales estresantes, desempleo y precariedad social, aislamiento y barreras de acceso asociadas al estigma, así como la influencia del contexto familiar (p. ej., alta emoción expresada) sobre su curso y pronóstico (Bhugra, 2006; World Health Organization [WHO], 2022). Enlazado con ello, las consecuencias funcionales más significativas suelen ir desde dificultades persistentes en el rol ocupacional, en el funcionamiento social y en el autocuidado en la etapa adulta (Modini et al., 2016; Zumstein y Riese, 2020), hasta una mayor carga de multimorbilidad física y necesidades complejas de cuidados en la vejez, incluyendo un riesgo elevado de deterioro cognitivo descrito en personas con esquizofrenia (Halstead et al., 2024; Stroup et al., 2021).

Dadas las necesidades específicas que emergen y se intensifican con la edad en la población con TMG, resulta pertinente diferenciar subgrupos etarios; la literatura tiende a establecer una distinción entre adultos (18–50 años) y mayores (≥ 51 años) con TMG (Pratt et al., 2008; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2020; Twamley et al., 2008). En consecuencia, esta segmentación por edad permite visibilizar un vacío de conocimiento: si bien el estudio del TMG ha sido más frecuente en adultos jóvenes, cada vez resulta más necesario comprender las particularidades del envejecimiento en esta población escasamente estudiada (Sánchez-Izquierdo et al., 2025). Además, la evidencia disponible sugiere que no basta con extrapolar a la vejez las intervenciones eficaces en la adultez pues, al estar basadas en poblaciones más jóvenes, a menudo no incorporan los cambios propios del envejecimiento, lo que se asocia con una atención subóptima y peores resultados en mayores, por lo que se recomienda ajustarlas específicamente a esta población (Institute of Medicine [IOM], 2012; SAMHSA, 2019).

El envejecimiento en el TMG: una cuestión infraestudiada

Con el objetivo de conocer cuáles son los predictores de bienestar y adaptar eficazmente las intervenciones a la vejez, es imprescindible comprender cómo se envejece al padecer un TMG. En este sentido, el envejecimiento y el aumento en sí de esta población suponen un importante reto para el sistema sociosanitario. Las personas con TMG envejecen prematuramente (Brooks et al., 2019), presentando diversas comorbilidades médicas (p. ej., diabetes, enfermedades cardiovasculares) (SAMHSA, 2019; 2020) y un mayor deterioro físico,

cognitivo, psicosocial (Bryant et al., 2008; Reynolds et al., 2022; Van der Werf et al., 2007). De manera especialmente marcada, suelen sufrir un declive funcional, lo cual tiene un impacto directo sobre su autonomía, red de apoyo y nivel de bienestar, que tiende a agravarse en ausencia de una intervención biopsicosocial adecuada (Reynolds et al., 2022; Van der Werf et al., 2007). En este sentido, los mayores con TMG tienden a recibir una atención sanitaria de peor calidad, lo cual impacta en su recuperación (Dell et al., 2022), presentan una tasa de institucionalización tres o cuatro veces mayor que la población general (Bartels et al., 2018; Pratt et al., 2008) y una doble vulnerabilidad y estigmatización, por su edad y por padecer este trastorno (Dell et al., 2022; Holst et al., 2023). Además, esta población tiene una esperanza de vida de entre 11 a 30 años menor en comparación con población general (Bartels et al., 2018), cifra afectada a su vez por la elevada tasa de suicidio, especialmente en hombres mayores con TMG (Lester, 2006). Asimismo, a diferencia de lo estimado, el envejecimiento no supone una recuperación social y sintomática en personas mayores con un TMG, siendo de hecho fundamental el abordaje holístico del trastorno (Bartels, 2004; SAMHSA, 2019).

La satisfacción vital en el TMG: conceptualización y factores asociados

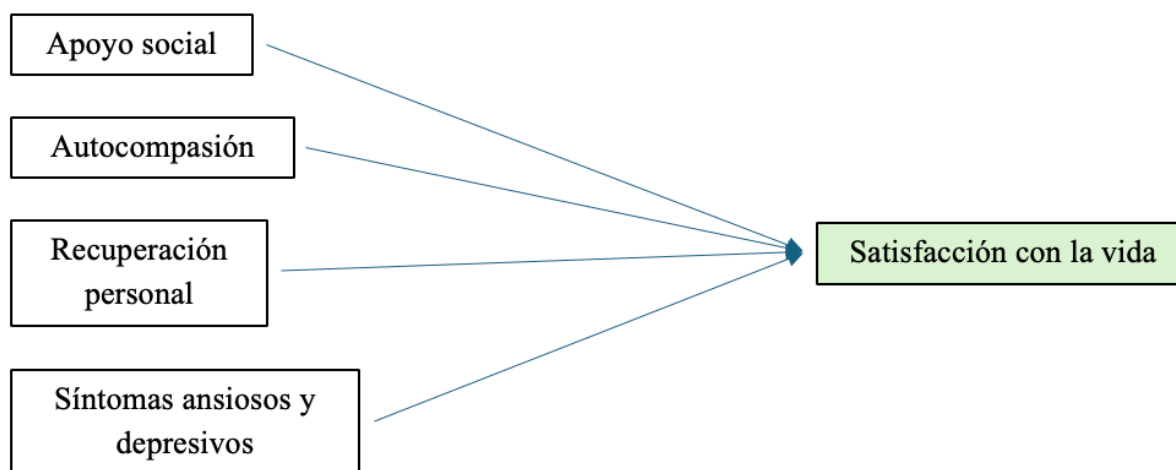
En conjunto, estas limitaciones funcionales acumuladas (p. ej., mayor dependencia, reducción de apoyos y pérdida de autonomía) comprometen el desempeño cotidiano y pueden traducirse en una disminución de la satisfacción vital en esta etapa de la vida en personas que envejecen con TMG (Sánchez et al., 2016a). En este sentido, el bienestar subjetivo, cuyo interés se ha visto incrementado en los últimos años, está compuesto por componentes afectivos, como el afecto positivo y negativo, y cognitivos, como la satisfacción vital (Andrews y Withey, 1976; Arthaud-Day et al., 2005; Diener, 1984; Diener et al., 1999). Concretamente, la satisfacción vital implica una evaluación subjetiva, cognitiva y global del propio bienestar experimentado en diversos ámbitos de la vida (nivel de apoyo social, de salud, de actividad, etc.) y suele alcanzarse cuando se cumplen las expectativas establecidas al respecto, es decir, entre lo esperado y lo obtenido (Pavot y Diener, 2008). Si bien las personas con TMG suelen presentar menores niveles de bienestar que los sujetos sanos (Fergusson et al., 2015; Meule y Voderholzer, 2020), sí pueden experimentar bienestar (Caballero et al., 2021b; Mankiewicz et al., 2013; Palmer et al., 2014) y se conoce que una intervención adecuada (p. ej. programas de tratamiento intensivos centrados en el incremento de la satisfacción vital) aumenta dichos niveles (Meule y Voderholzer, 2020), mejorando asimismo el funcionamiento en esta población (Fredrickson, 2001; Kansky y Diener, 2017; Salim, 2016).

Modelos teóricos previos de la satisfacción vital en población con TMG

Por todo ello, resulta fundamental conocer los factores asociados al bienestar y así poder diseñar intervenciones adecuadas a las características y a las necesidades de la población con TMG (Caballero et al., 2021b). Sin embargo, el estudio de la satisfacción vital en usuarios con TMG ha sido limitado (Yildirim et al., 2023). A este respecto, la literatura científica tiende a englobar este concepto en el de bienestar subjetivo, estudiando principalmente la asociación de este con diversas variables, de naturaleza clínica y psicosocial, en esta población (Sánchez et al., 2016b, 2016d). Si bien es cierto que la literatura es escasa en materia de predictores de satisfacción vital en TMG y más aún en función del segmento poblacional (adultos o mayores), diversos estudios llevados a cabo en población con TMG de entre 18 y 65 años aproximadamente señalan que el apoyo social percibido (Caballero et al., 2021a; Defar et al., 2023; Sánchez et al., 2020), la autocompasión (Døssing et al., 2015), el sentido en la vida (Leamy et al., 2011; Seligman, 2018), la recuperación personal (Fava y Tomba, 2009; Leamy et al., 2011, Slade et al., 2017) y la depresión y la ansiedad como componentes de la sintomatología psiquiátrica (Caballero et al., 2021a; Fervaha et al., 2016; Meijer et al., 2009; Sánchez et al., 2020) son variables asociadas con la satisfacción vital.

Figura 1

Factores asociados con la satisfacción vital en la población adulta afectada por un TMG



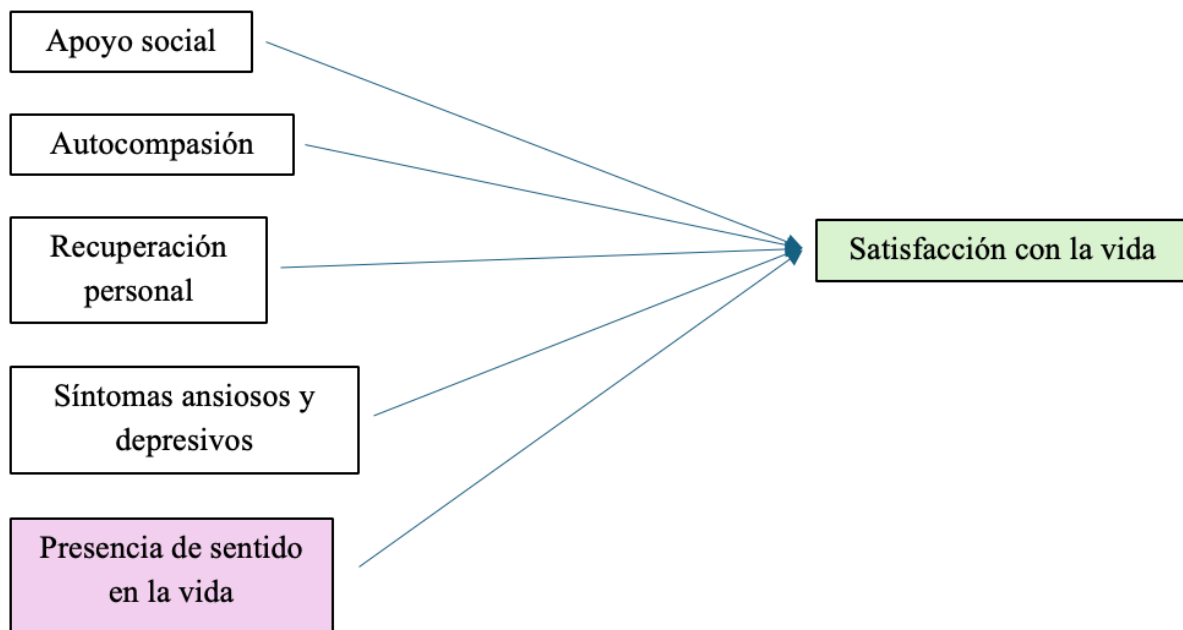
Atendiendo a la definición de cada variable, el apoyo social percibido implica una valoración cognitiva de que existe una relación de confianza con aquellos en los que puede apoyarse en caso de necesidad (Martínez-López et al., 2014). Por su parte, la autocompasión es entendida como una actitud afectuosa, no juiciosa y de aceptación hacia las propias experiencias (Døssing et al., 2015; Zessin et al., 2015). El sentido vital se refiere al valor

atribuido a la propia vida, así como el significado que tiene para una persona su propia existencia (Dezutter et al., 2013). Así pues, la recuperación personal se entiende como un proceso que precisa de la reconstrucción de la propia identidad con el fin de desarrollar, a pesar de la enfermedad, nuevos significados y propósitos para alcanzar una vida plena (Anthony, 1993). Por último, la ansiedad y la depresión se consideran síntomas psiquiátricos presentes en personas con TMG (Browne et al., 1996; Derogatis y Cleary, 1977). Adicionalmente, se consideran relevantes diversas variables sociodemográficas (p. ej. estado civil, rol ocupacional) (Defar et al., 2023), clínicas (p. ej. diagnóstico, funcionamiento psicosocial por su vinculación con la recuperación personal) (Defar et al., 2023; Leamy et al., 2011) y psicosociales (p. ej. autoeficacia social, integración comunitaria [Sánchez et al., 2020], apertura hacia el futuro, fortalezas, grado adecuado de comprensión empática entre el profesional y el usuario [Caballero et al., 2021a]) asociadas a este constructo.

En personas mayores con TMG, es especialmente importante incorporar el estudio de la variable de sentido en la vida, referida a la percepción de propósito, coherencia y significado en la propia existencia, y constituye un componente central del bienestar psicológico (Dezutter, 2010; Rodríguez-Hernández, 2019). Este constructo es particularmente importante en la salud mental de las personas mayores, ya que se ha identificado como un factor protector frente a la psicopatología y promotor del bienestar, y está positivamente vinculado con la satisfacción vital (Arráez y Castedo, 2018). Asimismo, se conoce que la satisfacción vital actúa como un mecanismo mediador clave en la relación entre características clínicas y la calidad de vida en la población con problemas de salud mental (Thadani et al., 2018). En este sentido, estudiar el sentido vital en personas mayores con TMG permite comprender en mayor profundidad los procesos de recuperación y bienestar, más allá de la mera reducción de la sintomatología.

Figura 2

Factores asociados con la satisfacción vital en la población mayor afectada por un TMG



De este modo, considerando la escasa literatura científica centrada en la comparativa en el nivel de satisfacción vital entre ambos grupos de edad de esta población y, más concretamente, en las personas mayores con un TMG, y dada la relevancia clínica de la cuestión, el primer objetivo de esta investigación se centra en explorar y comparar el estado de los usuarios en función de la edad (18-50 años y ≥ 51 años) en variables sociodemográficas y psicosociales como apoyo social percibido, autocompasión, sentido vital, recuperación personal y la depresión y la ansiedad como componentes de la sintomatología psiquiátrica. En segundo lugar, se pretende aumentar el conocimiento sobre los factores predictores de la satisfacción con la vida en usuarios mayores con TMG. Para ello, además de contemplar las variables control sociodemográficas como género y funcionamiento psicosocial, se estudiarán los factores asociados a la satisfacción vital en adultos y mayores con TMG previamente mencionados con el fin de entender qué predice la satisfacción vital en la población mayor. Se hipotetiza que altos niveles de apoyo social, autocompasión, recuperación y sentido vital predecirán altos niveles de satisfacción vital. Por su parte, bajos niveles de ansiedad y depresión se cree que predecirán altos niveles de satisfacción vital.

Método

Participantes

Los participantes del presente estudio son usuarios con TMG que se encuentran recibiendo atención en diferentes centros de rehabilitación (psicosocial y/o laboral) vinculados a la Red de atención social a personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid. Se

trata de una muestra de conveniencia, esto es, obtenida a través de un muestreo no probabilístico en el que los participantes han sido seleccionados en función de su accesibilidad, disponibilidad o proximidad al investigador. Así pues, en el estudio participaron un total de 10 centros de día, rehabilitación psicosocial y profesional/laboral que prestan servicios a adultos con TMG (18-65 años), dos centros de salud mental y un centro residencial que atienden a esta población (>65 años principalmente), todos ellos ubicados en la Comunidad de Madrid. Los datos para el presente trabajo se recolectaron desde octubre de 2025 hasta febrero de 2026. Para poder participar, los usuarios debían ser evaluados previamente por su terapeuta de referencia en el centro con el fin de cumplir los siguientes criterios de inclusión: 1) tener entre 18 y 50 años para participar en el grupo de estudio de adultos y tener 51 años o más para participar en el grupo de estudio de mayores, 2) asistencia regular y participación en el tratamiento psicosocial en el centro, 3) estabilidad psiquiátrica suficiente para permitir la evaluación, 4) comprensión del idioma español, 5) capacidad cognitiva adecuada que posibilite la comprensión y 6) no tener una incapacidad jurídica que impida la participación libre en el estudio. Los usuarios que presentaron características contrarias a las descritas anteriormente fueron excluidos. Los criterios de inclusión utilizados se basan en aquellos empleados en previos estudios respaldados por la literatura científica al respecto (Pratt et al., 2008; SAMHSA, 2020; Twamley et al., 2008).

Cabe destacar que los participantes se encontraban colaborando en una investigación registrada en *Open Science Framework* (Caballero y Oliver, 2025) cuyos objetivos son analizar, desde una perspectiva multi-informante (usuarios, familiares y profesionales), las necesidades psicosociales de las personas mayores con trastorno mental grave, así como compararlas con las de personas mayores sin dicho trastorno, con el fin de identificar los principales objetivos de intervención y los mecanismos explicativos subyacentes.

Para este estudio vinculado al trabajo de fin de máster, la muestra total recabada ha sido de 163 participantes, divididos en dos grupos: adultos (18-50 años; $n = 81$, $Medad = 41.48$ y $DT = 7.88$) y mayores (≥ 51 años; $n = 82$, $Medad = 59.73$, $DT = 6.37$). Respecto al género, se encuentra una proporción femenina en el grupo de adultos de 42.2%, y de 46.9% en el grupo de mayores. El diagnóstico predominante fue el trastorno del espectro de la esquizofrenia en ambos grupos (68.2% en adultos y 65.7% en usuarios mayores). Por último, una mayor parte de los usuarios adultos presentaba una evolución del TMG de 6 a 10 años, mientras que en el caso de los mayores predominaba una evolución del TMG de más de 20 años. No se ofrecieron incentivos por la participación en el estudio.

Diseño de investigación y procedimiento

Bajo un diseño transversal, la investigación integra niveles descriptivos, comparativos y de predicción mediante modelos de regresión.

En primer lugar, este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Científica del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Nº 160/25) el 9 de octubre de 2025, así como por el Comité de Ética de la Investigación Científica de la Universidad Pontificia Comillas bajo el Dictamen Nº 096/24-25 el 2 de abril de 2025 (ver Apéndice A). En ambos casos, el estudio se aprobó bajo el título *En el margen del sistema: Desafíos en la atención de personas mayores con trastorno mental grave y en las familias con dificultades de vinculación al tratamiento del usuario*, presentado por la investigadora principal del proyecto, Rocío Caballero Campillo.

Posteriormente, se llevaron a cabo diversas reuniones tanto con la Consejería de la Comunidad de Madrid como con los centros vinculados que atienden al colectivo con TMG con el fin de presentar y explicar los fundamentos y objetivos del estudio. Posteriormente, los equipos de tratamiento trasladaron la información a los usuarios y se reunieron para determinar qué usuarios cumplían los criterios de inclusión.

Por último, se concretó con cada centro la metodología idónea de recogida de datos (*online* o presencial) según el perfil del usuario y las características de cada unidad, teniendo en cuenta que a cada grupo de usuarios se le administraba un cuestionario diferente. De este modo, en aquellos casos en los que se realizó *online*, se hizo llegar por correo electrónico los documentos necesarios, tanto aquellos explicativos como los enlaces a los cuestionarios creados con Qualtrics (<https://www.qualtrics.com/es/>; enlace para usuarios adultos: https://comillasicade.qualtrics.com/jfe/form/SV_cv8t8iMu44mD07I; enlace para usuarios mayores: https://comillasicade.qualtrics.com/jfe/form/SV_b4w1dBFgEBD7zXE), mientras que en la metodología presencial un equipo de investigadoras acudió a las diferentes unidades para administrar los cuestionarios en grupo o con apoyo individual (ver Apéndice C).

Previo a la administración de cuestionarios, los participantes dieron su consentimiento, en el cual se informó del carácter voluntario y anónimo de la participación y de la confidencialidad de los datos entregados (ver Apéndice B), de acuerdo con las normas éticas vigentes para este tipo de estudios y según los cánones establecidos por la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales en España.

Instrumentos

Los instrumentos de evaluación utilizados son cuestionarios de autoinforme con propiedades psicométricas adecuadas para evaluar la satisfacción vital, el funcionamiento psicosocial, el apoyo social percibido, la autocompasión, el sentido de vida, la recuperación personal, y la sintomatología ansiosa y depresiva.

Variable dependiente

La satisfacción con la vida se ha evaluado mediante la *Satisfaction With Life Scale* (SWLS; Diener et al., 1985) a través de la validación al español de este cuestionario (Escala de Satisfacción con la Vida; Vázquez et al., 2013). Incluye cinco ítems con una escala de acuerdo tipo Likert graduada de uno (totalmente en desacuerdo) a siete (totalmente de acuerdo), donde una mayor puntuación indica una mayor satisfacción vital. La consistencia interna en la muestra de este estudio fue de $\alpha = .86$.

Variables predictoras

El funcionamiento psicosocial de los usuarios ha sido evaluado a través de la *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF; American Psychological Association [APA], 2000). La escala de evaluación global del funcionamiento es el eje V del DSM-IV-R (APA, 2000). Se trata de una medida general estimada por el profesional de referencia que aporta información sobre el estado en el que se encuentran los usuarios, evaluando su funcionamiento psicológico, social y ocupacional en un rango que abarca desde la salud mental hasta la psicopatología grave, siendo este un continuo que oscila entre 1 (hipotético funcionamiento nulo) y 100 (funcionamiento superior).

El apoyo social se ha evaluado mediante el *Social Support Questionnaire-6* (SSQ-6; Sarason et al., 1987) utilizando la validación al español de la versión breve de dicho cuestionario (SSQ-6, Martínez-López et al., 2014). A través de este instrumento se ha analizado el apoyo social percibido por los usuarios participantes, evaluando tanto la disponibilidad de personas de apoyo como la satisfacción con el apoyo recibido. Si bien el cuestionario original constaba de 27 ítems, adaptaciones posteriores llevaron al desarrollo del SSQ-6, una versión breve de 12 ítems (se trata de seis ítems, cada ítem con dos preguntas) que evalúa la disponibilidad y la satisfacción del apoyo social percibido. Para cada ítem, el participante enumera las personas con las que puede contar en las situaciones que se describen (con un máximo de nueve personas) y expresa su satisfacción con este apoyo a través de una escala Likert de seis puntos establecida desde uno (muy insatisfecho) hasta seis (muy satisfecho). De

este modo, se obtienen dos puntuaciones: el *Social Support Questionnaire-6 Number Score* (SSQN) y el *Social Support Questionnaire-6 Satisfaction Score* (SSQS). Una mayor puntuación en el número de personas disponibles indica un mayor apoyo percibido, y una mayor puntuación en la satisfacción de dicho apoyo refleja una mayor satisfacción con el mismo. La consistencia interna de las subescalas de satisfacción y de disponibilidad en la muestra de este estudio fueron de $\alpha = .95$ y $\alpha = 0.91$ respectivamente.

La autocompasión ha sido evaluada a través del *Short-form Self-Compassion Scale* (SCS-SF; Raes et al., 2011), utilizando la validación al español de la escala (García-Campayo et al., 2014). La SCS-SF es un cuestionario que consta de 12 ítems y ha sido diseñado para evaluar la autocompasión general (puntuación total) y seis subescalas vinculadas al constructo: bondad hacia uno mismo, autocrítica, humanidad compartida, aislamiento, conciencia plena y sobreidentificación. Este cuestionario utiliza una escala Likert cuyo rango se establece desde uno (casi nunca) hasta cinco (casi siempre). Las puntuaciones más altas indican una mayor autocompasión. La consistencia interna del cuestionario en la muestra de este estudio fue de $\alpha = .81$.

El sentido en la vida se ha evaluado mediante el *Meaning in Life Questionnaire* (MLQ; Steger et al., 2006), empleando la versión traducida al español (Cuestionario de Sentido en la Vida; Steger et al., 2008). El MLQ es un cuestionario de autoinforme compuesto por 10 ítems que evalúa las dos dimensiones principales del significado en la vida: 1) Presencia de significado (cinco ítems), que valora la medida en que las personas perciben su vida como significativa y 2) Búsqueda de sentido en la vida (cinco ítems), que determina el grado en que las personas se encuentran de forma activa explorando o intentando encontrar un propósito en la vida. Los ítems presentan una escala de evaluación tipo Likert de siete puntos graduada de uno (totalmente falso) a siete (totalmente verdadero). Las subescalas de presencia y búsqueda de sentido se calculan a través de la suma de los ítems que componen cada una, y las puntuaciones más altas indican una mayor presencia y búsqueda de significado, respectivamente. La consistencia interna de las subescalas de presencia de significado y de búsqueda de sentido en la muestra de este estudio fue de $\alpha = .85$ y $\alpha = .82$ respectivamente.

La recuperación ha sido evaluada con la *Recovery Assessment Scale* (RAS-24; Corrigan et al., 2004). El Cuestionario de Evaluación de la Recuperación analiza la recuperación en personas diagnosticadas de trastornos psiquiátricos. La RAS-24 es una versión reducida de la versión original, que consta de 41 ítems (Giffort et al., 1995). La versión reducida, validada al

español por Saavedra et al. (2021), se distribuye en cinco factores: confianza personal y esperanza (nueve ítems), disposición a pedir ayuda (tres ítems), orientación hacia el objetivo y el éxito (cinco ítems), dependencia de los demás (cuatro ítems) y no dominación por síntomas (tres ítems). Cada ítem se evalúa utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos desde uno (muy en desacuerdo) hasta cinco (muy de acuerdo). La suma de los ítems de cada subescala proporciona la puntuación en cada una de ellas, mientras que la suma de los 24 ítems constituye la puntuación total de la escala. Una mayor puntuación en el cuestionario implica una recuperación mejor del usuario. La consistencia interna del cuestionario en la muestra de este estudio fue de $\alpha = .91$.

La sintomatología ansiosa y depresiva se ha evaluado con el *Symptom Assessment-45 Questionnaire* (SA-45, Davison et al., 1997). En este estudio se ha utilizado la validación al español de esta escala (Cuestionario de Evaluación de Síntomas-45) llevada a cabo por Sandín et al. (2008) para evaluar los niveles de ansiedad y depresión de los participantes, utilizando las correspondientes subescalas. El SA-45 es un instrumento de autoinforme que evalúa la sintomatología psicopatológica, derivado del SCL-90 (Derogatis et al., 1973). Está compuesto por 45 ítems y su estructura comprende nueve subescalas, de cinco ítems cada una: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Cada ítem se evalúa en función de una escala tipo Likert de cuatro puntos graduada desde cero (nada en absoluto) hasta cuatro (mucho o extremadamente), significando un valor más alto un mayor nivel de sintomatología en esa subescala y en la puntuación total. El malestar psicológico se ha evaluado a través de este instrumento, seleccionando las subescalas de ansiedad y depresión por su asociación directa con la satisfacción vital, en base a la literatura científica, en personas mayores con TMG. La consistencia interna en la muestra de este estudio de las subescalas de ansiedad y depresión fue de $\alpha = .88$ y $\alpha = .85$ respectivamente.

Análisis de datos

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas evaluadas en la muestra (p. ej. género, estado civil, nacionalidad, nivel educativo, etc.). A continuación, se realizaron comparaciones de medias entre adultos y mayores con TMG en dichas variables utilizando para ello, por tratarse de variables categóricas, el estadístico Chi Cuadrado o F de Fisher según resultara oportuno estadísticamente (Yates et al., 1999). Posteriormente, para llevar a cabo comparaciones de medias entre ambos grupos (usuarios adultos y mayores) en las variables cuantitativas utilizadas en el estudio (satisfacción con la

vida, subescalas de apoyo social, recuperación personal, subescalas de sentido vital, autocompasión y subescalas de ansiedad y depresión) se emplearon la prueba t de Student para muestras independientes (para comparar todas las variables cuantitativas entre adultos y mayores excepto autocompasión por no haber sido evaluada en adultos) y la prueba t de Student para una muestra (para comparar el valor obtenido en usuarios mayores en la variable autocompasión utilizando como valor de referencia para la población adulta aquel proveniente de una publicación cuya muestra fue de nacionalidad española con TMG con edades similares, véase Caballero et al., 2023). Por último, habiéndose llevado a cabo los análisis preliminares oportunos para asegurar los supuestos de normalidad, multicolinealidad y homocedasticidad, se realizó una Regresión Lineal Múltiple Jerárquica de las variables independientes (apoyo social, autocompasión, sentido vital, recuperación, ansiedad y depresión) vinculadas a la satisfacción vital (variable dependiente) según la literatura científica, con un valor de $p < .05$, a través del método "hacia adelante", utilizando como variables control el género y el funcionamiento psicosocial. Complementariamente, la variable funcionamiento psicosocial fue recodificada en dos niveles con el fin de poder llevar a cabo correctamente el respectivo análisis estadístico. Para la realización de los análisis mencionados se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 29.0 (IBM Corp, 2022).

Resultados

Características de los participantes y diferencias encontradas en grupos de mayores y adultos en dichas variables.

Las características sociodemográficas y clínicas de los grupos de adultos y mayores se encuentran resumidas en la Tabla 1. La muestra total contiene un número similar de hombres (54.6%) y de mujeres (44.8%), su nacionalidad es principalmente española (97.5%), el diagnóstico más habitual es el trastorno del espectro de la esquizofrenia (66.9%) de acuerdo a la Quinta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés; APA, 2013) y no suele estar al cuidado de ningún familiar o persona de su entorno (68.3%). A este respecto, se encontraron diferencias significativas en las variables estado civil ($p < .01$), nivel educativo ($p < .01$) y situación laboral ($p < .01$) entre el grupo de adultos y el de mayores. Concretamente, los usuarios mayores se encontraban con mayor frecuencia separados, divorciados o viudos, tenían un menor nivel educativo y no estaban trabajando en la actualidad, en comparación con los adultos.

Tabla 1.

Estadísticos descriptivos y comparación de medias en muestra de personas adultas y mayores con TMG.

	Adultos (n = 81)	Mayores (n = 82)	Total (N = 163)			
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Edad Media (Rango)	41.48 (25-50)	59.73 (51-81)	50.66 (25-81)			
Género				$X^2 = 0.22$	1	.636
Masculino	46 (56.8)	43 (53.1)	89 (54.6)			
Femenino	35 (42.2)	38 (46.9)	73 (44.8)			
Estado civil				$X^2 = 13.73$	2	.001
Soltero/a	62 (76.5)	47 (58)	109 (67.3)			
Casado/a o en pareja	16 (19.8)	15 (18.65)	31 (19.1)			
Separado/a, divorciado/a, viudo/a	3 (3.7)	19 (23.5)	22 (13.6)			
Nacionalidad				F		0.62
Española	80 (98.8)	79 (96.3)	159 (97.5)			
Nivel educativo				$X^2 = 16.22$	2	< .001
Primarios	10 (12.3)	31 (37.8)	41 (25.2)			
Secundarios	51 (63)	30 (36.6)	81 (49.7)			
Universitarios	20 (24.7)	21 (25.6)	41 (25.2)			

Situación laboral				$X^2 = 16.09$	1	< .001
No trabajando actualmente	60 (74.1)	79 (96.3)	139 (85.3)			
Diagnóstico principal				$X^2 = 7.31$	3	.063
Esquizofrenia	45 (68.2)	46 (65.7)	91 (66.9)			
Funcionamiento psicosocial				$X^2 = 1.78$	1	.182
Medio - Alto	45 (78.9)	50 (68.5)	95 (73.1)			
Bajo - Medio	12 (21.1)	23 (31.5)	35 (26.9)			
Cuida de alguien en su día a día				$X^2 = 0.01$	1	.908
Sí	26 (32.1)	25 (31.3)	51 (31.7)			

Nota: X^2 = prueba Chi Cuadrado; F = prueba de Fisher; gl = grados de libertad; p = valor de probabilidad.

Relación entre las variables sociodemográficas y clínicas con el grupo de edad (adultos y mayores)

El análisis de comparación de medias (ver Tabla 2) muestra que no se encontraron diferencias significativas entre participantes adultos y mayores en las variables cuantitativas consideradas en el estudio, excepto en la variable de presencia de significado ($t = -2.03$, $p = .045$). En este sentido, los usuarios mayores presentan mayores puntuaciones en dicha variable en comparación con los adultos.

Tabla 2.

Comparaciones t de Student en los cuestionarios utilizados en el estudio entre adultos y mayores con TMG.

Adultos	Mayores
(n = 81)	(n = 82)

	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Satisfacción con la vida (SWLS)	20.14 (7.68)	20.08 (8.38)	5	35	0.49	158	.961	0.01
Subescala satisfacción con el apoyo recibido (SSQS)	26.38 (7.82)	24.32 (8.96)	6	36	1.51	151	.132	0.25
Subescala disponibilidad de apoyo (SSQN)	18.42 (11.14)	16.95 (11.78)	0	54	0.79	148	.432	0.13
Recuperación personal (RAS-24)	88.58 (16.69)	83.93 (14.70)	36	120	1.87	158	.063	0.30
Subescala presencia de significado (MLQ)	22.48 (7.19)	24.90 (7.85)	5	35	-2.03	156	.045*	-0.32
Subescala búsqueda de significado (MLQ)	23.03 (7.39)	23.85 (7.64)	5	35	-0.69	156	.493	-0.11
Autocompasión (SCS-SF)	3.25 (1.05)	3.16 (0.76)	1	5	-1.09	79	.316	-0.11
Subescala de ansiedad (SA-45)	7.60 (5.57)	7.05 (5.18)	0	20	0.64	155	.524	0.10
Subescala de depresión (SA-45)	8.14 (5.54)	7.61 (5.37)	0	20	0.61	154	.541	0.10

Nota: * = $p < .05$; t = prueba T de Student; gl = grados de libertad; p = valor de probabilidad; d = prueba D de Cohen; SWLS = Satisfaction With Life Scale (Escala de Satisfacción con la Vida); SSQS = Social Support Questionnaire-6 Satisfaction Score (Cuestionario de Apoyo Social-6 Puntuación de Satisfacción); SSQN = Social Support Questionnaire-6 Number Score (Cuestionario de Apoyo Social-6 Puntuación de Número); RAS-24 = Recovery Assessment Scale (Escala de Evaluación de la Recuperación); MLQ = Meaning in Life Questionnaire (Cuestionario de Sentido en la Vida); SCS-SF = Short-form Self-Compassion Scale (Escala de Autocompasión-Forma Corta); SA-45 = Symptom Assessment-45 Questionnaire (Cuestionario de Evaluación de Síntomas-45).

Predictores de la satisfacción con la vida en mayores con TMG

Se ha realizado una regresión lineal múltiple jerárquica con el objetivo de obtener un modelo predictivo de la satisfacción vital en personas mayores con TMG, cuyos resultados se observan en la Tabla 3. En relación con los análisis preliminares, se cumplieron los supuestos relativos a la regresión; los residuos no se encontraron correlacionados (Durbin-Watson = 1.74) y no se obtuvo evidencia de multicolinealidad ($VIF \leq 1.65$).

A la hora de realizar el análisis de la regresión, en el primer bloque se incluyeron como variables sociodemográficas y clínicas el género y el funcionamiento psicosocial, con el fin de controlar su influencia. En los siguientes bloques, en orden y acorde a la literatura científica, se incluyeron las variables cuantitativas medidas a través de instrumentos validados de 1) apoyo social, 2) recuperación personal y presencia de sentido de vida por encontrarse relacionadas según la literatura, 3) autocompasión, 4) y las subescalas de ansiedad y depresión, también vinculadas entre sí. Una vez incluidas las variables predictoras, el programa generó tres modelos, siendo el último de ellos, el número tres, aquel que explicó mayor varianza de la variable dependiente ($F(3, 57) = 15.70, p < .001, R^2 \text{ ajustado} = .42$), un 42%. Tal y como se observa en este modelo, los predictores estadísticamente significativos de la satisfacción vital en usuarios mayores con TMG son la presencia de significado en la vida ($\beta = 0.35, p = .008$) y los síntomas depresivos ($\beta = -0.35, p = .008$). Concretamente, altos niveles de presencia de significado en la vida de las personas mayores con TMG predicen una mayor satisfacción vital, mientras que bajos niveles de sintomatología depresiva predicen una mayor satisfacción con la vida en personas mayores con TMG.

Tabla 3.

Regresión lineal múltiple jerárquica para predecir la satisfacción con la vida en personas mayores con TMG.

Predictores	R^2 ajustado	ΔR^2	b	β	t	p
Modelo 1	0.08	0.09				
Funcionamiento psicosocial (GAF)			5.49	.30	2.45	.017
Modelo 2	0.36	0.29				

	Funcionamiento psicosocial (GAF)	2.99	.17	1.55	.127
	Subescala presencia de significado (MLQ)	0.58	.55	5.17	< .001
Modelo 3		0.42	0.07		
	Funcionamiento psicosocial (GAF)	2.63	.15	1.44	.157
	Subescala presencia de significado (MLQ)	0.37	.35	2.75	.008*
	Subescala depresión (SA-45)	-0.60	-.35	-2.77	.008*

Nota: * = $p < .05$; b = beta no estandarizada; β = beta estandarizada; t = prueba T de Student; p = valor de probabilidad; GAF = Global Assessment of Functioning Scale (Escala de Evaluación Global del Funcionamiento).

Discusión

El presente trabajo tuvo como principales objetivos analizar las diferencias entre usuarios adultos (18-50 años) y mayores (≥ 51 años) con TMG en diversas variables sociodemográficas y clínicas e identificar los predictores de satisfacción vital en el grupo de los usuarios mayores debido a la escasez de literatura que existe actualmente a este respecto. Los resultados obtenidos arrojan luz sobre el papel diferencial que tienen determinadas variables psicosociales en función de la edad en esta población, así como sobre los predictores de la satisfacción vital en personas mayores con TMG.

En referencia al primer objetivo del estudio, se encontraron diferencias de medias significativas en las variables estado civil, nivel educativo y situación laboral entre adultos y mayores con TMG. Esto puede deberse, en consonancia con la literatura científica, al efecto de la edad y las consecuencias funcionales y clínicas del TMG (Dell et al., 2022; Holst et al., 2023) en los tres casos, pues todo ello hace más probable encontrarse separado/a, divorciado/a o viudo/a (Bhugra, 2006; Modini et al., 2016; WHO, 2022; Zumstein y Riese, 2020), tener un menor nivel educativo debido a la menor accesibilidad a estudios superiores en décadas anteriores (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2026), y no estar trabajando (Halstead et al., 2024; Stroup et al., 2021) en ese momento y circunstancias vitales.

Respecto a las variables psicosociales analizadas, no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en la mayoría de las medidas evaluadas: satisfacción con la

vida, subescalas de apoyo social (satisfacción con el apoyo recibido y disponibilidad de apoyo), recuperación personal, subescala de búsqueda de sentido en la vida, autocompasión y subescalas de ansiedad y depresión. Esto podría sugerir que, a pesar del curso prolongado del TMG y las consecuencias en la salud tanto física como psicológica que este podría tener en el usuario a lo largo de su vida, el nivel de bienestar subjetivo y funcionamiento psicológico, social y laboral podrían mantenerse estables a lo largo de la vida del usuario. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que afirman que personas con TMG pueden experimentar bienestar a pesar de su condición psicológica (Caballero et al., 2021b; Mankiewicz et al., 2013; Palmer et al., 2014), principalmente cuando se encuentran bajo tratamiento de carácter psicosocial (Meule y Voderholzer, 2020), como es el caso de los usuarios que componen la muestra de este estudio. Asimismo, esta similitud en los valores obtenidos en estas variables puede deberse a la pequeña diferencia en la media de edad de la muestra, así como a las experiencias vitales de los usuarios, que impactan en el nivel de bienestar. En este sentido, considerando el reducido tamaño de la muestra de este estudio, se considera relevante explorar en futuras investigaciones los efectos en muestras de mayor tamaño estratificándolas por grupos poblacionales, estudiando así el papel de cada una de forma más pormenorizada. Por otro lado, aunque ambos grupos obtuvieron puntuaciones moderadas-altas en la mayoría de las variables cuantitativas, cabe señalar la baja disponibilidad de apoyo percibida tanto en adultos como en mayores, en línea con estudios previos (Bhugra, 2006; Li et al., 2016; WHO, 2022). Esto evidencia el alto grado de aislamiento que enfrentan estas personas, probablemente ligado al estigma y a las propias dificultades físicas y psicológicas que conlleva el padecimiento de un TMG.

No obstante, los resultados mostraron diferencias significativas entre ambos grupos en la subescala de presencia de sentido, siendo esta mayor en las personas mayores con TMG. Este hallazgo es congruente con la literatura previa, que señala mayores niveles de presencia de sentido vital en personas de mediana edad (Aftab et al., 2019), rango en el que se sitúa la media de edad del grupo de mayores del presente estudio. Asimismo, estos resultados podrían interpretarse desde el marco del desarrollo evolutivo, entendiendo que el envejecimiento favorece una mayor integración y resignificación de la propia experiencia. Así, pese a las dificultades asociadas tanto al TMG como al envejecimiento prematuro característico de esta población, las personas mayores podrían percibir sus vidas como significativas, actuando la presencia de sentido vital como un posible factor protector frente al carácter crónico del trastorno (Dezutter et al., 2013; Steptoe et al., 2019).

En relación con el segundo objetivo del estudio, el modelo de regresión final, que explicó un 42% de la varianza de la satisfacción vital en personas mayores con TMG, mostró que la presencia de sentido en la vida y una baja sintomatología depresiva fueron los principales predictores de dicha variable. Concretamente, una mayor percepción de sentido vital predijo niveles más altos de satisfacción vital en esta población. Este hallazgo es consistente con la literatura previa, que vincula la presencia de sentido en la vida con mayores niveles de satisfacción con la vida desde el marco de la psicología positiva (Dezutter et al., 2013; Steger et al., 2006). Asimismo, los modelos de recuperación personal consideran el sentido vital un elemento central para construir una vida significativa a pesar de la enfermedad (Leamy et al., 2011). En personas mayores, la percepción de una vida con sentido parece fortalecerse mediante la integración de experiencias y relaciones acumuladas a lo largo del ciclo vital (Greenblatt-Kimron et al., 2022; Hupkens et al., 2018). Esto podría contribuir a afrontar el malestar asociado tanto al envejecimiento como al carácter crónico del TMG y relacionarse con un mejor funcionamiento físico y psicológico (Haugan, 2013; Krause y Hayward, 2012). Es por ello por lo que, adicionalmente, pueden haberse encontrado mayores puntuaciones de presencia de sentido vital en mayores con TMG, así como niveles de funcionamiento predominantemente medio-altos. Además, estudios previos han asociado una mayor presencia de sentido vital y bajos niveles de sintomatología depresiva con un envejecimiento más exitoso (Jeste et al., 2013; Nie et al., 2023).

Por otro lado, la sintomatología depresiva se identificó como un predictor significativo de la satisfacción vital en personas mayores con TMG, de modo que menores niveles de síntomas depresivos se asociaron con una mayor satisfacción con la vida. Este hallazgo es consistente con la literatura previa (Caballero et al., 2021a; Fervaha et al., 2016; Meijer et al., 2009; Pavot y Diener, 2008; Sánchez et al., 2020). En esta población, los síntomas depresivos podrían relacionarse con el aislamiento social, la comorbilidad médica y el deterioro funcional asociados al TMG, lo que refuerza la importancia de desarrollar intervenciones dirigidas a promover factores vinculados a la satisfacción vital, como el apoyo social, la recuperación personal, la autocompasión y el sentido vital, con el objetivo de reducir estos efectos. Así, mientras la sintomatología depresiva podría actuar como un factor de riesgo para la satisfacción vital, la presencia de sentido en la vida podría desempeñar un papel protector en personas mayores con TMG.

Conviene subrayar que ambas variables predictoras de la satisfacción vital en personas mayores con TMG comparten la misma fuerza explicativa en el modelo final de regresión, lo

cual refleja que puede ser igual de importante tener altos niveles de presencia de sentido vital como bajos niveles de sintomatología depresiva a la hora de predecir la satisfacción con la vida en este colectivo. Esto tiene implicaciones prácticas y clínicas, en tanto en cuanto a la hora de generar protocolos de intervención este dato podría orientar a llevar a cabo, por ejemplo, un número de sesiones y carga de contenido a trabajar similar a la hora de abordar cada una de las variables.

Así pues, a pesar de que determinados estudios indican la existencia de una relación significativa entre satisfacción vital y variables como apoyo social (Caballero et al., 2021a; Defar et al., 2023; Sánchez et al., 2020), recuperación personal (Fava y Tomba, 2009; Leamy et al., 2011, Slade et al., 2017), síntomas de ansiedad (Caballero et al., 2021a; Fervaha et al., 2016; Meijer et al., 2009; Sánchez et al., 2020) o funcionamiento psicosocial (Defar et al., 2023; Leamy et al., 2011), en el modelo de regresión final de este estudio perdieron su significación. Esto podría deberse a varios motivos. Por un lado, el bienestar subjetivo en personas mayores con TMG podría depender de factores cognitivos y emocionales como la capacidad de atribuir significado a la propia experiencia vital (Mankiewicz et al., 2013; Palmer et al., 2014). Por otro lado, el hecho de que los participantes se encontraran vinculados a recursos de atención y rehabilitación psicosocial, en los que reciben tratamiento biopsicosocial, puede haber contribuido a una mayor estabilidad clínica y emocional de la muestra. No obstante, también han podido influir las características específicas de la muestra (mayor cronicidad, comorbilidad, aislamiento y envejecimiento prematuro) modificando el peso explicativo de determinadas variables respecto a estudios realizados con poblaciones más jóvenes con TMG. En el caso del apoyo social, la calidad o utilidad percibida del mismo podría tener un mayor impacto sobre la satisfacción vital más allá de la disponibilidad de personas en las que apoyarse (McGuire et al., 2020). Al mismo tiempo, el tamaño muestral ha podido limitar la detección de efectos significativos en algunas variables previamente relacionadas con la satisfacción vital en la literatura científica. En este sentido, puede existir varianza compartida entre las variables predictoras para explicar la satisfacción con la vida, y/o que las variables de presencia de sentido vital y sintomatología depresiva tengan una mayor fuerza explicativa sobre la variable dependiente, incorporando el efecto de las demás variables.

Por su parte, la ausencia de relación de variables como funcionamiento psicosocial o la autocompasión con la satisfacción vital podría indicar que estas no desempeñan un papel central en la satisfacción vital de las personas mayores con TMG, a diferencia de los hallazgos reflejados en la literatura científica al respecto (Defar et al., 2023; Døssing et al., 2015). Esto

se puede deber a que su efecto podría encontrarse mediado por el peso explicativo de las variables sí significativas, lo que podría dejar ver la importancia de analizar en futuros estudios el papel de variables mediadoras y moderadoras vinculadas con la satisfacción vital.

Desde una perspectiva clínica y aplicada, los hallazgos de este estudio resaltan la necesidad de desarrollar intervenciones integrales dirigidas no solo a la reducción de la sintomatología, sino también a la promoción del bienestar subjetivo en personas mayores con TMG. Así pues, los resultados indican que la satisfacción vital en esta población parece predecirse tanto por variables de naturaleza psicosocial, como la presencia de sentido en la vida, como por factores clínicos, como la depresión, cuando estas son analizadas conjuntamente. Por ello, resulta especialmente relevante implementar intervenciones tanto individuales como grupales, centradas en variables internas del individuo como las de naturaleza psicosocial (Mankiewicz et al., 2013; Palmer et al., 2014), orientadas a abordar las necesidades particulares de cada usuario. Así pues, Leamy et al. (2011) resaltan la necesidad de priorizar y mejorar el abordaje de procesos psicosociales vinculados con la presencia de significado en la vida, como por ejemplo abordando la recuperación personal del usuario dando que el sentido vital puede entenderse como un proceso de la misma. Además, pueden ser clave aquellas intervenciones individuales que fomenten la introspección, como la *Meaning-Making intervention* en el caso de personas con cáncer avanzado (Henry et al., 2010), teniendo en cuenta en este caso la capacidad de cada usuario para abordar sus dificultades y promoviendo sesiones orientadas a conocer el significado e impacto del diagnóstico, profundizar en eventos pasados importantes y formas exitosas de hacerles frente, y analizar los objetivos y prioridades que hacen su vida significativa. Igualmente, resulta relevante la propuesta de Pratt et al. (2008) con el programa “Ayudar a las personas mayores a tener éxito” (Helping Older People Experience Success [HOPES]), que pretende fomentar el aprendizaje de habilidades necesarias para vivir en comunidad, como aquellas para cultivar relaciones interpersonales y hábitos de autocuidado. Este programa proporciona asistencia para cubrir la atención preventiva que sea necesaria, con el objetivo último de promover la recuperación psicosocial de los usuarios. Por último, la propuesta de intervención de Yanos et al. (2011) resulta de gran interés a este respecto, al resaltar la importancia reducir el autoestigma para así aumentar la presencia de sentido vital y resultar un apoyo en el proceso de recuperación. En este sentido, una de las variables que más dificulta la presencia de sentido vital en esta población es el peso del autoestigma, ya que este potencia una menor sensación de autoeficacia, empoderamiento, adherencia al tratamiento, apoyo social y calidad de vida en el usuario (Corrigan et al., 2006;

Lysaker et al., 2007). Todo ello redundando en una menor búsqueda de objetivos vitales (Corrigan et al., 2009), lo que tiende a conducirlos a una menor participación en actividades cotidianas que ayudan a dotar de sentido la propia vida, como la actividad laboral, las relaciones sociales o el propio proceso de recuperación (Andersen et al., 2003). A este respecto, podrían destacarse intervenciones como la “Potenciación de la narrativa y terapia cognitiva” (Narrative Enhancement and Cognitive Therapy [NECT]; Roe et al., 2010), cuyo objetivo es reducir el autoestigma ayudando a las personas con TMG a identificar qué es el estigma, dotarles de herramientas psicológicas para descartar creencias vinculadas al mismo y construir una nueva narrativa sobre su vida.

Este trabajo presenta tanto fortalezas como limitaciones. Entre las fortalezas, destaca el abordaje de una temática escasamente explorada en la literatura científica, como es la satisfacción vital en personas mayores con TMG. Asimismo, la inclusión de variables clínicas, emocionales y psicosociales permitió realizar una evaluación multidimensional del bienestar subjetivo en esta población. Del mismo modo, la comparación entre usuarios adultos y mayores aportó información relevante sobre posibles diferencias asociadas al envejecimiento en personas con TMG. Además, se emplearon instrumentos estandarizados validados y con adecuada fiabilidad, y algunas variables relevantes fueron evaluadas por profesionales de referencia, reduciendo así el posible sesgo asociado al uso exclusivo de medidas de autoinforme, también utilizadas.

Por otro lado, en relación con las limitaciones del estudio, el diseño transversal utilizado no permite establecer relaciones de causalidad entre las variables analizadas, para lo cual sería necesario un diseño longitudinal. Asimismo, se trata de una muestra reducida y de conveniencia, habiendo participado exclusivamente aquellos usuarios que tuvieron la voluntad para ello, lo cual puede llevar a un sesgo de selección tanto en la muestra como posteriormente en los resultados, así como dificultar la generalización de hallazgos a la población con TMG. En este sentido, cabe destacar que la atención y tratamientos recibidos en los centros a los que acuden, así como la habitual medicación que se les administra, pueden haber tenido un efecto en los resultados del presente estudio. Además, el uso de un valor de referencia para la realización de los análisis referidos a la autocompasión para población adulta puede haber sesgado la comparación entre grupos, así como el tamaño muestral total puede haber limitado el hallazgo de resultados significativos en los análisis comparativos y de regresión para algunas variables.

Por último, se considera de gran relevancia que futuras investigaciones empleen diseños longitudinales que exploren las cuestiones estudiadas en este trabajo, con el fin de entender mejor el papel y la evolución de variables clínicas relevantes como la satisfacción vital, el apoyo social, la recuperación, la autocompasión, el sentido vital, la sintomatología ansiosa y depresiva y el funcionamiento psicosocial a lo largo de la vida de la persona con TMG, así como estudiar las variables asociadas a estas y su impacto en ellas. Simultáneamente se considera relevante llevar a cabo un análisis en mayor profundidad de las variables predictoras, mediadoras y moderadoras de dichas variables con el fin de entender mejor su impacto en el bienestar del usuario, en términos generales, y en la satisfacción vital, en términos específicos, tanto adulto como, especialmente, mayor. Asimismo, se considera conveniente estudiar el papel diferencial de la presencia de significado vital, como una parte del sentido vital, y sus implicaciones en la satisfacción con la vida, en adultos y mayores con TMG. Por último, se estima oportuno el trabajo con muestras de mayor diversidad y tamaño con el fin de conseguir resultados generalizables a esta población en particular.

Conclusión

En suma, este trabajo contribuye a reducir el vacío existente en la literatura científica sobre el estudio de la satisfacción vital en personas mayores con TMG, aportando evidencia empírica sobre diversas variables clínicas y psicosociales en usuarios adultos y mayores, así como sobre los factores asociados a la satisfacción con la vida en esta población. Los resultados mostraron mayores niveles de presencia de significado vital en las personas mayores con TMG en comparación con los adultos. Asimismo, el presente estudio preliminar identificó la presencia de sentido en la vida y menores niveles de sintomatología depresiva como predictores significativos de la satisfacción vital en personas mayores con TMG. Estos hallazgos resaltan la relevancia de los factores psicosociales y clínicos en el bienestar subjetivo de esta población y apoyan la necesidad de desarrollar intervenciones orientadas no solo a la reducción de síntomas, sino también a la promoción del sentido vital. En este sentido, fomentar una percepción de vida significativa y abordar la sintomatología depresiva podría desempeñar un papel clave en la mejora del bienestar de las personas mayores con TMG.

Referencias

- Aftab, A., Lee, E. E., Klaus, F., Daly, R., Wu, T. C., Tu, X., Huege, S., & Jeste, D. V. (2019). Meaning in Life and Its Relationship With Physical, Mental, and Cognitive Functioning: A Study of 1,042 Community-Dwelling Adults Across the Lifespan. *Journal of Clinical Psychiatry*, *81*(1). <https://doi.org/10.4088/JCP.19m13064>
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm04>
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *37*(5), 586-594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of wellbeing: America's perception of life quality*. Plenum.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Arráez, M. M. A., & Castedo, A. L. (2018). El sentido de la vida: Factor protector de ansiedad y depresión/Sense of life: Protective factor of anxiety and depression. *Cauriensia. Revista anual de Ciencias Eclesiásticas*, *13*, 57-72. <https://doi.org/10.17398/2340-4256.13.57>
- Arthaud-Day, M. L., Rode, J. C., Mooney, C. H., & Near, J. P. (2005). The subjective well-being construct: A test of its convergent, discriminant, and factorial validity. *Social Indicators Research*, *74*(3), 445-476. <https://doi.org/10.1007/s11205-004-8209-6>
- Bartels, S. J. (2004). Caring for the whole person: integrated health care for older adults with severe mental illness and medical comorbidity. *Journal of the American Geriatrics Society*, *52*(12), 249-257. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52601.x>
- Bartels, S. J., DiMilia, P. R., Fortuna, K. L., & Naslund, J. A. (2018). Integrated care for older adults with serious mental illness and medical comorbidity: Evidence-based models and future research directions. *Psychiatric Clinics of North America*, *41*(1), 153-164. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.10.012>

- Bhugra, D. (2006). Severe mental illness across cultures. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 113(429), 17-23. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00712.x>
- Brooks, J. M., Polenick, C. A., Bryson, W., Naslund, J. A., Renn, B. N., Orzechowski, N. M., Almeida, M., & Bartels, S. J. (2019). Pain intensity, depressive symptoms, and functional limitations among older adults with serious mental illness. *Aging and Mental Health*, 23(4), 470-474. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1423025>
- Browne, S., Roe, M., Lane, A., Gervin, M., Morris, M., Kinsella, A., Larkin, C., & Callaghan, E. O. (1996). Quality of life in schizophrenia: Relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(2), 118-124. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb09835.x>
- Bryant, C., Jackson, H., & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 109(3), 233-250. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.11.008>
- Caballero, R., Chaves, C., & Valiente, C. (2023). Life satisfaction in people affected by a severe psychiatric condition: a comprehensive model. *Psychosis*, 15(1), 77-88. <https://doi.org/10.1080/17522439.2021.1961011>
- Caballero, R., & Oliver, J. (2025, September 21). A needs assessment of family members supporting individuals with severe mental illness (SMI): barriers to treatment engagement and proposed solutions. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/5763Y>
- Caballero R, Valiente C, Espinosa R. (2021a). Predictors of subjective well-being among individuals with severe psychiatric conditions. *Comprehensive Psychiatry*, 110(152266), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152266>
- Caballero, R., Valiente, C., & Espinosa, R. (2021b). The perception of well-being: Do people with severe psychiatric conditions and their therapists put themselves in each other's shoes? *Journal of Positive Psychology*, 17(4), 1-9. <https://doi.org/10.1080/17439760.2021.1871943>
- Confederación Salud Mental España. (s.f.). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Confederación Salud Mental España. <https://comunicalasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/#espana>

- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 8(2), 75-81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, Y., & Lorraine, K. (2004). Examining the factor structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035-1041. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007118>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875-884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Davison, M. K., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E., & Kane, R. L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4(3), 259-276. <https://doi.org/10.1177/107319119700400306>
- Defar, S., Abraham, Y., Reta, Y., Deribe, B., Jisso, M., Yeheyis, T., Kebede, K. M., Beyene, B., & Ayalew, M. (2023). Health related quality of life among people with mental illness: The role of socio-clinical characteristics and level of functional disability. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1134032>
- Dell, N. A., Murphy, A. M., Stewart, M., Sasaki, N., & Klier, M. (2022). Promoting recovery among older adults with serious mental illness. *Social Work*, 67(2), 184-190. <https://doi.org/10.1093/sw/swac003>
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981-989. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197710\)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197710)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0)
- Derogatis, L.R., Lipman, R. S., & Covi. L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 13-28.
- Dezutter, J. (2010). *Cognitive and affective aspects of religion in relation to mental health: An exploration in community and clinical samples* (Unpublished doctoral thesis). University of Leuven.

- Dezutter, J., Casalin, S., Wachholtz, A., Luyckx, K., Hekking, J., & Vandewiele, W. (2013). Meaning in life: An important factor for the psychological well-being of chronically ill patients? *Rehabilitation Psychology, 58*(4), 334-341. <https://doi.org/10.1037/a0034393>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*(2), 276-302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Døssing, M., Nilsson, K. K., Svejstrup, S. R., Sørensen, V. V., Straarup, K. N., & Hansen, T. B. (2015). Low self-compassion in patients with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry, 60*, 53-58. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.03.010>
- Fava, G. A., & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality, 77*(6), 1903-34. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00604.x>
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F., Horwood, L. J., Swain, N. R., Chapple, S., & Poulton, R. (2015). Life satisfaction and mental health problems (18 to 35 years). *Psychological Medicine, 45*(11), 2427-2436. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000422>
- Fervaha, G., Agid, O., Takeuchi, H., Foussias, G., & Remington, G. (2016). Life satisfaction and happiness among young adults with schizophrenia. *Psychiatry Research, 242*, 174-9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.046>
- Fredrickson. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*(3), 218-26. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marín, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the self-compassion scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes, 12*(4), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>

- Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Valendorf, C., & Germain, M. (1995). *Construction of a scale to measure consumer recovery*. Illinois Office of Mental Health.
- Giordano, G. M., Bucci, P., Mucci, A., Pezzella, P., & Galderisi, S. (2021). Gender differences in clinical and psychosocial features among persons with schizophrenia: a mini review. *Front. Psychiatry, 12*(789179), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.789179>
- Gisbert, C., Arias, P., Camps, C., Cifre, A., Chicharro, F., Fernández, J., et al. (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones*. Cuadernos Técnicos (nº6). Asociación Española de Neuropsiquiatría. <https://aen.es/wp-content/uploads/2009/04/CTecnicos6.pdf>
- Greenblatt-Kimron, L., Kagan, M., & Zychlinski, E. (2022). Meaning in Life among Older Adults: An Integrative Model. *International journal of environmental research and public health, 19*(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph192416762>
- Grupo de trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave 2009. (2024). *Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (2009) del Programa de GPC en el SNS*. Ministerio de Sanidad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Guías de Práctica Clínica en el SNS. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2025/08/gpc_453_tmg_ics_revision_2025.pdf
- Halstead, S., Cao, C., Høgnason-Mohr, G., Ebdrup, B. H., Pillinger, T., McCutcheon, R. A., Firth, J., Siskind, D., & Warren, N. (2024). Prevalence of multimorbidity in people with and without severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry, 11*(6), 431-442. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00091-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00091-9)
- Haugan, G. (2013). Meaning-in-life in nursing-home patients: a correlate with physical and emotional symptoms. *Journal of Clinical Nursing, 23*(7-8): 1030-1043. <https://doi.org/10.1111/jocn.12282>
- Henry, M., Cohen, S. R., Lee, V., Sauthier, P., Provencher, D., Drouin, P., Gauthier, P., Gotlieb, W., Lau, S., Drummond, N., Gilbert, L., Stanimir, G., Sturgeon, J., Chasen, M., Mitchell, J., Huang, L. N., Ferland, M. K., & Mayo, N. (2010). The Meaning-Making intervention (MMi) appears to increase meaning in life in advanced ovarian cancer: a randomized controlled pilot study. *Psycho-oncology, 19*(12), 1340-1347. <https://doi.org/10.1002/pon.1764>

- Holst, H., Ozolins, L-L., Enros, J., Schmidt, M., & Hörberg, U. (2024) Life situation of older people living with severe mental illness - A scoping review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(4), 739-749. <https://doi.org/10.1111/inm.13288>
- Hupkens, S., Machielse, A., Goumans, M., & Derkx, P. (2018). Meaning in life of older persons: An integrative literature review. *Nursing Ethics*, 25(8), 973-991. <https://doi.org/10.1177/0969733016680122>
- IBM Corp. (2022). *IBM SPSS Statistics para Mac* (Version 29.0) [software de computadora]. IBM. <https://www.ibm.com/es-es/products/spss-statistics>
- Institute of Medicine (IOM). (2012). *The mental health and substance use workforce for older adults: in whose hands?* The National Academies Press.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2026). *Nivel de formación de la población adulta (de 25 a 64 años)*. Instituto Nacional de Estadística. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925481659&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
- Jeste, D. V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. V., Glorioso, D. K., Martin, A. S., Palmer, B. W., Rock, D., Golshan, S., Kraemer, H. C., & Depp, C. A. (2013). Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 188-196. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030386>
- Kansky, J., & Diener, E. (2017). Benefits of well-being: health, social relationships, work, and resilience. *Journal of Positive Psychology and Wellbeing*, 1(2), 129-69.
- Krause, N., & Hayward, D. (2012). Religion, meaning in life, and change in physical functioning during late adulthood. *Journal of Adult Development*, 19(3): 158-169. <https://doi.org/10.1007/s10804-012-9143-5>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-52. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

- Lester, D. (2006). Sex differences in completed suicide by schizophrenic patients: a meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(1), 50-6. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.1.50>
- Li, R., Ma, X., Wang, G., Yang, J., & Wang, C. (2016). Why sex differences in schizophrenia? *Journal of Translational Neuroscience*, 1(1), 37-42.
- Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia bulletin*, 33(1), 192–199. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl016>
- Mankiewicz, P. D., Gresswell, D. M., & Turner, C. (2013). Subjective wellbeing in psychosis: mediating effects of psychological distress on happiness levels amongst individuals diagnosed with paranoid schizophrenia. *International Journal of Wellbeing*, 3(1), 35-59. <https://doi.org/10.5502/ijw.v3i1.3>
- Martínez-López, Z., Páramo-Fernández, M. F., Guisande-Couñago, M. A., Tinajero-Vacas, C., da-Silva-Almeida, L., y Rodríguez-González, M. S. (2014). Apoyo social en universitarios españoles de primer año: Propiedades psicométricas del Social Support Questionnaire-Short Form (SSQ6) y el Social Provisions Scale (SPS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 102-110. [http://dx.doi.org/10.1016/S01200534\(14\)70013-5](http://dx.doi.org/10.1016/S01200534(14)70013-5)
- McGuire, N., Melville, C., Karadzhev, D., & Gumley, A. (2020). “She is more about my illness than me”: a qualitative study exploring social support in individuals with experiences of psychosis. *Psychosis*, 12(2), 128-138.
- Meijer, C. J., Koeter, M. W. J., Sprangers, M. A. G., & Schene, A. H. (2009). Predictors of general quality of life and the mediating role of health-related quality of life in patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(5), 361-368. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-008-0448-4>
- Meule, A., & Voderholzer, U. (2020). Life satisfaction in persons with mental disorders. *Quality of Life Research*, 29(11), 3043-52. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02556-9>
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M. J., Killackey, E., Glozier, N., Mykletun, A., & Harvey, S. B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness:

- systematic review and meta-analysis of the international evidence. *British Journal of Psychiatry*, 209(1), 14-22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.165092>
- Nie, S., Lim, J., Xu, X., Zheng, L., & Gan, Y. (2023). Meaning in Life and Mental Health issues in older adults: a Meta-Analysis. *International Journal of Mental Health Promotion*, 25(9), 971-984. <https://doi.org/10.32604/ijmh.2023.029155>
- Palmer, B. W., Martin, A. S., Depp, C. A., Glorioso, D. K., & Jeste, D. V. (2014). Wellness within illness: happiness in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 159(1), 151-156. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.07.027>
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137-152. <https://doi.org/10.1080/17439760701756946>
- Pratt, S. I., Bartels, S. J., Mueser K. T., & Forester, B. (2008). Helping Older People Experience Success: An Integrated Model of Psychosocial Rehabilitation and Health Care Management for Older Adults with Serious Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(1), 41-60. <https://doi.org/10.1080/15487760701853193>
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(3), 250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Reynolds, C. F., Jeste, D. V., Sachdev, P. S., & Blazer, D. G. (2022). Mental health care for older adults: recent advances and new directions in clinical practice and research. *World Psychiatry*, 21(3), 336-363. <https://doi.org/10.1002/wps.20996>
- Rodríguez-Hernández, G. (2019). The eudemonic and hedonic role of happiness in a population with high levels of life satisfaction/El rol eudemónico y hedónico de la felicidad en una población con altos niveles de satisfacción con la vida. *International Journal of Social Psychology*, 34(2), 230-255. <https://doi.org/10.1080/02134748.2019.1576323>
- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Derhi, O., Yanos, P. T., & Lysaker, P. H. (2010). Talking about life and finding solutions to different hardships: a qualitative study on the impact of narrative enhancement and cognitive therapy on persons with serious mental illness. *Journal of nervous and mental disease*, 198(11), 807-812. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181f97c50>

- Saavedra, J., Vázquez-Morejón, A. J., Vázquez-Morejón, R., Arias-Sánchez, S., González-Álvarez, S., & Corrigan, P. (2021). Spanish validation of the Recovery Assessment Scale (RAS-24). *Psicothema*, 33(3), 500-508. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.52>
- Salim, S. (2016). Oxidative stress: a potential link between emotional wellbeing and immune response. *Current Opinion in Pharmacology*, 29, 70-6. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2016.06.006>
- Sánchez, J., Chan, F., Yaghmaian, R., Johnson, E. T., Pfaller, J. S., & Umucu, E. (2016d). Assessing community functioning and independent living skills of individuals with severe mental illness. *Journal Of Applied Rehabilitation Counseling*, 47(3), 6-14. <https://doi.org/10.1891/0047-2220.47.3.6>
- Sánchez, J., Pfaller, J. S., Sung, C., Bezyak, J. L., Iwanaga, K., Chen, S. M., & Chan, F. (2016a). Factorial validity of the perceived empathic and social self-efficacy scale for adults with serious mental illness: A brief report. *Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 22(2), 135-146. <https://doi.org/10.1017/jrc.2016.10>
- Sánchez, J., Rosenthal, D. A., Tansey, T. N., Frain, M. P., & Bezyak, J. L. (2016b). Predicting quality of life in adults with severe mental illness: Extending the international classification of functioning, disability, and health. *Rehabilitation Psychology*, 61(1), 19-31. <https://doi.org/10.1037/rep0000059>
- Sánchez, J., Wadsworth, J. S., Frain, M. P., Umucu, E., & Chan, F. (2020). Psychiatric Symptoms, Psychosocial Factors, and Life Satisfaction Among Persons With Serious Mental Illness: A Path Analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(8), 600-607. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001166>
- Sánchez-Izquierdo, M., Echegoyen, I., Lee, E., Peinado, V., López-Arroyo, F., & Caballero, R. (2025). Psychosocial Interventions for Older Adults With Severe Mental Illness: A Systematic Scoping Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 1-13. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaf169>
- Sandín, B., Valiente, R., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.

- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A Brief Measure of Social Support: Practical and Theoretical Implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4(4), 497-510. <https://doi.org/10.1177/0265407587044007>
- Schinnar, A. P., Rothbard, A. B., Kanter, R., & Jung, Y. S. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 147(12), 1602-1608. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.12.1602>
- Seligman, M. (2018). PERMA and the building blocks of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 13, 333-5. <https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1437466>
- Slade, M., Oades, L., & Jarden, A. (Eds.). (2017). *Wellbeing, recovery and mental health*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316339275>
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80-93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- Steger, M. F., Frazier, P., & Zacchanini, J. L. (2008). Terrorism in two cultures: Traumatization and existential protective factors following the September 11th attacks and the Madrid train bombings. *Journal of Trauma and Loss*, 13, 511-527. <https://doi.org/10.1080/15325020802173660>
- Steptoe, A., & Fancourt, D. (2019). Leading a meaningful life at older ages and its relationship with social engagement, prosperity, health, biology, and time use. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(4), 1207-12. <https://doi.org/10.1073/pnas.1814723116>
- Stroup, T. S., Olfson, M., Huang, C., Wall, M. M., Goldberg, T., Devanand, D. P., & Gerhard, T. (2021). Age-Specific Prevalence and Incidence of Dementia Diagnoses Among Older US Adults With Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 78(6), 632-641. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0042>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2019). *Older adults living with serious mental illness: The state of the behavioral health workforce*. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep19-olderadults-smi.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2020). *Mental health and substance use disorders*. US Department of Health & Human Services. <https://www.samhsa.gov/find-help/disorders>

- Thadani, B., Pérez-García, A. M., & Bermúdez, J. (2018). Calidad de vida en personas diagnosticadas con trastorno de personalidad límite: Papel mediador de la satisfacción vital. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 23(2), 89-98. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.2.2018.20954>
- Twamley, E. W., Narvaez, J. M., Becker, D. R., Bartels, S. J., & Jeste, D. V. (2008). Supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(1), 76-89. <https://doi.org/10.1080/15487760701853326>
- Van der Werf, M., van Boxtel, M., Verhey, F., Jolles, J., Thewissen, V., & van Os, J. (2007). Mild hearing impairment and psychotic experiences in a normal aging population. *Schizophrenia Research*, 94(1-3), 180-186. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.04.006>
- Vázquez, C., Duque, A., & Hervás, G. (2013). Satisfaction with Life Scale in a Representative Sample of Spanish Adults: Validation and Normative Data. *Spanish Journal of Psychology*, 16(82). <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.82>
- Wahbeh, M. H., & Avramopoulos, D. (2021). Gene-Environment Interactions in Schizophrenia: A Literature Review. *Genes*, 12(12), 1-13. <https://doi.org/10.3390/genes12121850>
- Westermair, A. L., Buchman, D. Z., Levitt, S., Perrar, K. M., & Trachsel, M. (2022). Palliative psychiatry in a narrow and in a broad sense: A concept clarification. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(12), 1535-1541. <https://doi.org/10.1177/00048674221114784>
- World Health Organization (WHO). (16 de junio de 2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2011). Narrative enhancement and cognitive therapy: a new group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *International journal of group psychotherapy*, 61(4), 577-595. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2011.61.4.576>
- Yates, D., Moore, D., & McCabe, G. (1999). *The Practice of Statistics*. Freeman.

- Yildirim, A., Akkus, M., & Hacıhasanoğlu Asilar, R. (2023). Hopelessness and life satisfaction in patients with serious mental disorders: A cross-sectional study. *Northern Clinics of İstanbul*, 10(2), 163-171. <https://doi.org/10.14744/nci.2023.77910>
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: a meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-64. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>
- Zumstein, N., & Riese, F. (2020). Defining Severe and Persistent Mental Illness - A Pragmatic Utility Concept Analysis. *Front. Psychiatry*, 11(648), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00648>

Apéndice

Apéndice A: Informes de aprobación del proyecto dirigido por Rocío Caballero Campillo por el Comité de Ética de la Investigación Científica del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Nº 160/25) y por el Comité de Ética de la Investigación Científica de la Universidad Pontificia Comillas bajo el Dictamen Nº 096/24-25.



Conformidad de la Dirección del HURyC

La Dirección del Hospital Universitario Ramón y Cajal, visto el informe favorable emitido por el Comité de Ética de la Investigación que ha evaluado el estudio retrospectivo:

Título del Estudio:

En el margen del sistema:

ESTUDIO A: Atención integral al envejecimiento con trastorno mental grave: experiencias de personas mayores de 50 años, familiares y profesionales.

ESTUDIO B: Redes de apoyo en trastorno mental grave: estado de la cuestión y barreras de vinculación al tratamiento en familiares. Experiencias de pacientes, familiares y profesionales.

Protocolo versión 4.0, de 09 octubre 2025

HIP/CI Línea de Mayores, versión 4.0, de 09 octubre 2025

HIP/CI Redes de Apoyo, versión 4.0, de 09 octubre 2025

Código CEIm: 160/25

CEI/CEIm evaluador: Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Investigador Principal en el Hospital Universitario Ramón y Cajal: Dra. Rocío Caballero Campillo / PDI Universidad Pontificia Comillas y Dra. Teresa Hornillos Cárdenas, Psicóloga Clínica del CSM de Hortaleza (Hospital Universitario Ramón y Cajal)

Acepta la realización de dicho estudio en el centro con estricta sujeción al protocolo aprobado y, cuando su ejecución implique algún ingreso o gasto específico, al contrato que se tendrá que formalizar al efecto a través de la entidad gestora: *Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario Ramón y Cajal.*

Madrid a 10 de octubre de 2025

El director gerente

p.d.f. de 23/10/2023

Fdo. Dra. M^a Ángeles Gálvez Múgica



Madrid, 2 de abril de 2025

Dictamen 096/24-25

Para: Excmo. Vicerrector de Profesorado, Investigación e Inteligencia Artificial

Asunto: Juicio del Comité de Ética acerca del proyecto titulado: “EN EL MARGEN DEL SISTEMA: DESAFÍOS EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) Y EN LAS FAMILIAS CON DIFICULTADES DE VINCULACIÓN AL TRATAMIENTO DEL USUARIO”, presentado por la Profesora D^a. Rocío Caballero Campillo de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.

El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia Comillas, conforme al procedimiento establecido, habiendo sido valorado el caso por sus miembros, emite el siguiente DICTAMEN:

El proyecto salvaguarda la dignidad de las personas participantes en la investigación. Estas son personas mayores de 50 años afectadas por un trastorno mental grave a las cuales no se les ha declarado incapacidad jurídica; familiares de esas personas que no reciban tratamiento a causa del trastorno del pariente; y profesionales de la salud que controlan el tratamiento de estos pacientes. El proyecto está bien justificado y sus objetivos resultan delimitados. Con motivo de la investigación los participantes ampliarán sus conocimientos sobre las necesidades del colectivo investigado y su entorno. No existen riesgos para los participantes. La investigación no se efectúa con menores de edad. Todas las preguntas que se formulan resultan pertinentes. Por tanto, el proyecto de investigación es conforme con los principios de la Declaración de Helsinki, en cuanto resultan mayores sus beneficios que sus riesgos.

Los participantes en el proyecto gozan de autonomía para determinar si intervienen o no en el mismo, siendo también informados de que en cualquier momento pueden retirar su consentimiento para participar sin necesidad de dar ninguna explicación y sin temer ninguna represalia. La investigadora se compromete a guardar confidencialidad y anonimidad en la recogida de datos del estudio, de forma que la identificación de los participantes no resulte posible. La investigación es, pues, conforme con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y demás legislación concordante.

El proyecto merece un juicio de conformidad ética para una investigación de sus características, y cuenta con la aprobación de este Comité.

Atentamente,

Dr. Miguel Grande Yáñez
Presidente

Dr. Raúl González Fabre
Secretario

Apéndice B: Hojas de consentimiento administradas a los usuarios adultos y mayores con TMG según grupo de edad (plasmadas en dicho orden).

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO	En el margen del sistema
CÓDIGO DEL ESTUDIO	160/25
INVESTIGADOR PRINCIPAL	
CENTRO	

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por un Comité de Ética de la Investigación con medicamentos de acuerdo a la legislación vigente.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda decidir si acepta o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Le invitamos a participar en el estudio porque usted es una persona mayor de 50 años y ha sido diagnosticado de un problema grave de salud mental (por ejemplo, esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno de la personalidad) o tiene más de 65 años y forma parte de la población general sin padecer un problema grave de salud mental.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir NO participar. Si decide participar, puede cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su atención sanitaria.

Fundamento

El estudio que se va a llevar a cabo es un estudio promovido por Rocío Caballero, como investigadora principal, Jesús Oliver, Macarena Sánchez-Izquierdo, vinculados a la Universidad Pontificia Comillas y Teresa Hornillos, vinculada al Hospital Ramón y Cajal con el fin de comparar la información obtenida entre personas mayores de 50 años con un problema de salud mental y personas mayores de 65 años sin dicho problema, para poder entender qué factores les ayudan a sentirse mejor y a funcionar mejor en su día a día.

El objetivo final del estudio es explorar el bienestar psicológico, el afecto, la soledad, el apoyo social, las experiencias de edadismo (pensamiento o actitudes de rechazo hacia las personas mayores) la autopercepción del propio envejecimiento y el sentido de vida en personas mayores de 50 años con un problema grave de salud mental y personas mayores de 65 años sin un problema grave de salud mental y para ello se va a realizar un estudio que evaluará estas necesidades. Para evaluarlas usted rellenará una encuesta que le llevará unos 20 minutos.

Este es un estudio observacional, es decir, consistirá en recoger datos de salud de las visitas o pruebas complementarias que se realizan habitualmente en su centro. En total participarán 68 personas. El estudio durará hasta el año 2028.

Ni el investigador, ni el centro recibirán compensación económica por las actividades extraordinarias derivadas de la realización del estudio.

El interés de esta investigación es comprender mejor la realidad diaria de las personas mayores con un problema de salud mental, para poder mejorar la atención y el apoyo que reciben.

Los datos que se obtengan se utilizarán solo con fines científicos y podrán compartirse en publicaciones en revistas especializadas o presentarse en congresos y conferencias, siempre de forma anónima y confidencial, sin que en ningún caso sea posible identificar a las personas participantes.

Cuando se hagan públicos estudios y trabajos de investigación dirigidos a la comunidad científica, se harán constar los fondos obtenidos por el autor, por o para su realización, y la fuente de financiación. Se mantendrá en todo momento el anonimato de los sujetos participantes en el ensayo.

RIESGOS Y MOLESTIAS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN

La participación en el estudio no le supondrá ningún riesgo adicional por el hecho de participar ni más molestias. Ya que la participación solo implica recoger los datos generados por el proceso asistencial y utilizarlos para este estudio.

POSIBLES BENEFICIOS

Dado que se trata de un estudio puramente observacional, debe saber que la participación en el estudio no le supondrá ningún beneficio personal.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

El investigador se asegurará de que se cumplan los principios contemplados en la normativa de protección de datos, tanto nacional como europea

Para obtener más información sobre la confidencialidad y la protección de datos de carácter personal, consulte el Apéndice 1.

CONTACTO EN CASO DE DUDAS

En caso de necesitar cualquier información o por cualquier otro motivo no dude en contactar con los investigadores principales del estudio. Así mismo, en caso de dudas respecto a sus derechos debe dirigirse al Servicio de Atención al Paciente del Hospital o centro.

El mail de contacto y el investigador principal es: Rocío Caballero. Mail: rcaballero@comillas.edu

AGRADECIMIENTO:

Sea cual sea su decisión, el promotor y el equipo investigador quieren agradecer su tiempo y atención.

Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el paciente

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

TÍTULO DEL ESTUDIO	En el margen del sistema
CÓDIGO DEL ESTUDIO	160/25
INVESTIGADOR PRINCIPAL	
CENTRO	

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información y el apéndice 1 que se me ha entregado sobre el estudio.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con <<nombre del investigador>>

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.

- Sin tener que dar explicaciones.

- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta hoja de información y consentimiento informado

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio, confirmo que he leído el Apéndice 1 y estoy conforme con su contenido.

Firma del participante

Fecha: ___/___/___

(Nombre, firma y fecha a rellenar por el participante)

Firma del investigador

Fecha: ___/___/___

Cuando se obtenga el CI en personas con capacidad modificada para dar su CI

Firma del representante legal,
familiar o persona vinculada de hecho

___/___/___

Firma del investigador

Fecha: ___/___/___

Fecha:

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

TÍTULO DEL ESTUDIO	En el margen del sistema
CÓDIGO DEL ESTUDIO	160/25
INVESTIGADOR PRINCIPAL	
CENTRO	

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información y el apéndice 1 que se me ha entregado sobre el estudio.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con <<nombre del investigador>>

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.

- Sin tener que dar explicaciones.

- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta hoja de información y consentimiento informado

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio, confirmo que he leído el Apéndice 1 y estoy conforme con su contenido.

Firma del participante

Fecha: ____/____/____

(Nombre, firma y fecha a rellenar por el participante)

Firma del investigador

Fecha: ____/____/____

Cuando se obtenga el CI en personas con capacidad modificada para dar su CI

Firma del representante legal,
familiar o persona vinculada de hecho

____/____/____

Firma del investigador

Fecha: ____/____/____

Fecha:

Apéndice 1. PROTECCION DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL RELATIVO AL DOCUMENTO HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CI DEL ESTUDIO

TÍTULO DEL ESTUDIO	En el margen del sistema
CÓDIGO DEL ESTUDIO	160/25
INVESTIGADOR PRINCIPAL	
CENTRO	

¿Quién es responsable?

Tanto el Centro como el Investigador son responsables del tratamiento de los datos que se recogerán para el estudio (de manera codificada) y los disponibles en la historia y que puedan identificarle.

La función del responsable del tratamiento de datos es asegurarse de que su información se utilice correctamente, en particular aplicando las medidas técnicas y organizativas apropiadas para garantizar que los datos se tratan de acuerdo con la normativa de aplicación.

El investigador y el centro cumplirán la normativa de protección de datos:

-EL Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (RGPD) relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos

- La Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de datos Personales y garantía de derechos digitales (LOPDPGDD) y cualquier otra norma de desarrollo.

¿Qué ocurre con la confidencialidad?

En todo momento, se mantendrá la confidencialidad de sus datos. Durante su participación en el estudio se le identificará mediante un código y el investigador, ni el hospital transferirán información alguna que pueda identificarle directamente.

La lista que relaciona el código de identificación con los datos que le identifican (nombre, apellido, número de historia clínica,...) se guardan de manera confidencial en su centro sanitario.

El acceso a su información personal identificada quedará restringido al médico del estudio /colaboradores, autoridades sanitarias (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, autoridades sanitarias extranjeras), al Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) y personal autorizado (monitores del estudio o auditores), cuando lo precisen para comprobar los datos, procedimientos del estudio, y el cumplimiento de normas de buena práctica clínica; pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos.

Su identidad podría ser revelada en casos excepcionales, como situaciones de urgencia médica para su salud o requerimiento legal. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustarán a lo dispuesto en la normativa aplicable.

¿Para qué se utilizarán mis datos?

Sus datos son necesarios para el correcto desarrollo de este proyecto de investigación, para conseguir dar respuesta a las preguntas planteadas en el protocolo y trasladadas en la hoja de información al paciente.

Por lo tanto, se utilizarán según lo planeado en este estudio, así como dentro de las actividades de investigación relacionadas necesarias con el fin de:

- comprender mejor la enfermedad estudiada y los problemas de salud asociados,
- aprender de estudios anteriores para planificar nuevos estudios o mejorar los métodos de análisis científico,
- publicar los resultados de la investigación en revistas científicas o utilizarlos con fines educativos

¿Cuál es la base jurídica para el tratamiento de sus datos?

La base jurídica para el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de las obligaciones legales establecidas en la normativa en relación con:

- .- el interés general en llevar a cabo investigaciones científicas

¿Durante cuánto tiempo se guardarán sus datos?

Toda la información que le solicitemos es necesaria para poder participar en este estudio y es obligatorio proporcionarla para poder garantizar el correcto desarrollo del mismo.

El Centro y el investigador están obligados a conservar los datos recogidos para el estudio según los plazos legales establecidos en la normativa. Durante al menos 5 años tras la finalización del estudio (según normativa de estudios clínicos) y el centro durante el tiempo necesario para proporcionarle una adecuada asistencia (según normativa que regula la historia clínica).

¿Qué derechos tengo?

Con respecto a sus datos, tiene los siguientes derechos que podrá ejercer ante el investigador principal y/o centro:

Puede preguntar en cualquier momento qué datos se están guardando (derecho de acceso), quién los usa y con qué fin; puede solicitar una copia de sus datos personales para su propio uso.

Puede solicitar recibir una copia de los datos personales proporcionados por usted para transmitirlos a otras personas (portabilidad).

Puede corregir los datos personales proporcionados por usted y limitar el uso de datos que sean incorrectos (derecho de rectificación y supresión).

Puede oponerse al uso de sus datos personales o restringirlo (derecho de oposición).

En relación a los derechos sobre sus datos personales, le recordamos que existen algunas limitaciones con objeto de garantizar la validez de la investigación y cumplir con los deberes legales establecida en la normativa. Si decide dejar de participar en el estudio o retirar su consentimiento sobre el tratamiento de sus datos no se podrán eliminar aquellos datos recogidos hasta ese momento. Debe saber que si decide retirar el consentimiento sobre el tratamiento de sus datos podría determinar su cese en la participación en el ensayo.

Para proteger sus derechos, utilizaremos la menor cantidad posible de información. Asimismo le informamos de su derecho a presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos ante cualquier actuación del investigador o del Centro que considere que vulnera sus derechos en materia de protección de datos.

¿Con quién contacto?

Puede contactar con el investigador principal quien derivará las dudas al delegado de protección de datos (DPD) del Centro o institución: protecciondedatos.sanidad@madrid.org / dpd.fibhrc@salud.madrid.org

Delegado de protección de datos del coordinador: Miguel Grande mgrande@icade.comillas.edu

¿Se compartirán y transferirán mis datos?

El investigador podría transferir o compartir sus datos con otros investigadores del Espacio Económico Europeo (EEE) aplicando las medidas de seguridad necesarias para la protección de su información.

En cualquier caso, los destinatarios de los datos no tendrán acceso al código que permite relacionar sus datos con usted; solo su médico o el personal del hospital tienen acceso a esta clave.

Puede que la legislación en algunos de estos países no sea tan estricta como la de su país. Por lo tanto, para asegurar un nivel de protección apropiado de sus datos personales, el investigador se asegurará de que las transferencias de datos respeten sus derechos y confidencialidad, conforme a la normativa de protección de datos. Esta previsión únicamente será aplicable en los supuestos de transferencias fuera del EEE ya que, en caso contrario, resultará de aplicación el RGPD por lo que el régimen es idéntico.

Todos los destinatarios de datos firmarán/aceptarán un Acuerdo de Transferencia de los Datos o un acuerdo de términos de uso equivalente en el que aceptarán no intentar volver a identificar a las participantes de la investigación.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO	En el margen del sistema
CÓDIGO DEL ESTUDIO	160/25
INVESTIGADOR PRINCIPAL	
CENTRO	

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por un Comité de Ética de la Investigación con medicamentos de acuerdo a la legislación vigente.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda decidir si acepta o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

Además, puede consultar con las personas que considere oportuno

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Le invitamos a participar en este estudio porque usted tiene entre 18 y 50 años y ha sido diagnosticado con un problema grave de salud mental (por ejemplo, esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno de la personalidad).

El objetivo del estudio es conocerle mejor, analizando aspectos como la soledad, el apoyo social, el bienestar, la satisfacción con la vida, los síntomas psicológicos, la recuperación del problema de salud mental y las experiencias difíciles o traumáticas.

Con esta información se pretende identificar los factores que aumentan el riesgo de malestar y los recursos que favorecen la recuperación y un tratamiento integral, junto con los familiares y profesionales de referencia.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir NO participar. Si decide participar, puede cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su atención sanitaria.

FUNDAMENTO

El estudio que se va a llevar a cabo es un estudio promovido por El estudio que se va a llevar a cabo es un estudio promovido por Rocío Caballero, como investigadora principal, Jesús Oliver, Macarena Sánchez-Izquierdo, vinculados a la Universidad Pontificia Comillas y Teresa Hornillos, vinculada al Hospital Ramón y Cajal.

El objetivo final del estudio es mejorar la comprensión de los factores personales, familiares y sociales que influyen en el bienestar y la recuperación de las personas con un problema grave de salud mental y para ello se va a realizar una encuesta que durará unos 25 minutos. La información se utilizará únicamente con fines de investigación, será tratada de forma confidencial y anónima, y servirá para comprender mejor las necesidades y recursos de los cuidadores de personas mayores con / sin un problema grave de salud mental, con el fin de mejorar el apoyo y la atención que reciben.

Este es un estudio observacional que recogerá información sobre la salud y el bienestar de cuidadores de personas con un problema de salud mental grave a partir de los datos obtenidos en sus visitas habituales a los centros de la Red Pública de Salud Mental y/o Atención Social de la Comunidad de Madrid.

No se modificará en ningún caso el tratamiento ni la atención habitual de los participantes. Las personas atendidas por un problema de salud mental completarán una encuesta breve, en formato online o en papel, tras otorgar su consentimiento informado. El estudio se desarrollará durante varios meses, hasta alcanzar el número previsto de participantes, y los datos se tratarán de forma confidencial y anónima.

Ni el investigador, ni el centro recibirán compensación económica por las actividades extraordinarias derivadas de la realización del estudio.

Este estudio se realiza con el interés de mejorar el conocimiento sobre el bienestar y las necesidades de los cuidadores de personas mayores con un problema grave de salud mental, con el fin de orientar futuras intervenciones y políticas de apoyo. Los resultados podrán publicarse en bases de datos y revistas científicas especializadas, siempre de forma agrupada y anónima, garantizando en todo momento la confidencialidad y protección de los datos personales de los participantes.

Cuando se hagan públicos estudios y trabajos de investigación dirigidos a la comunidad científica, se harán constar los fondos obtenidos por el autor, por o para su realización, y la fuente de financiación. Se mantendrá en todo momento el anonimato de los sujetos participantes en el ensayo.

Cuando se hagan públicos estudios y trabajos de investigación dirigidos a la comunidad científica, se harán constar los fondos obtenidos por el autor, por o para su realización, y la fuente de financiación. Se mantendrá en todo momento el anonimato de los sujetos participantes en el ensayo.

RIESGOS Y MOLESTIAS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN

La participación en el estudio no le supondrá ningún riesgo adicional por el hecho de participar ni más molestias. Ya que la participación solo implica recoger los datos generados por el proceso asistencial y utilizarlos para este estudio.

POSIBLES BENEFICIOS

Dado que se trata de un estudio puramente observacional, debe saber que la participación en el estudio no le supondrá ningún beneficio personal.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

El investigador se asegurará de que se cumplan los principios contemplados en la normativa de protección de datos, tanto nacional como europea

Para obtener más información sobre la confidencialidad y la protección de datos de carácter personal, consulte el Apéndice 1.

CONTACTO EN CASO DE DUDAS

En caso de necesitar cualquier información o por cualquier otro motivo no dude en contactar con los investigadores principales del estudio. Así mismo, en caso de dudas respecto a sus derechos debe dirigirse al Servicio de Atención al Paciente del Hospital o centro.

El mail de contacto y el investigador principal es: Rocío Caballero. Mail: rcaballero@comillas.edu

AGRADECIMIENTO:

Sea cual sea su decisión, el promotor y el equipo investigador quieren agradecer su tiempo y atención.

<p>Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el paciente</p>

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

TÍTULO DEL ESTUDIO	En el margen del sistema
CÓDIGO DEL ESTUDIO	160/25
INVESTIGADOR PRINCIPAL	
CENTRO	

Yo, (nombre y apellidos del participante)

- He leído la hoja de información y el apéndice 1 que se me ha entregado sobre el estudio.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con <<nombre del investigador>>
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
- Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta hoja de información y consentimiento informado

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio, confirmo que he leído el Apéndice 1 y estoy conforme con su contenido.

Firma del participante

Fecha: ___/___/___

(Nombre, firma y fecha a rellenar por el participante)

Firma del investigador

Fecha: ___/___/___

Cuando se obtenga el CI en personas con capacidad modificada para dar su CI

Firma del representante legal,
familiar o persona vinculada de hecho

___/___/___

Firma del investigador

Fecha: ___/___/___

Fecha:

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

TÍTULO DEL ESTUDIO	En el margen del sistema
CÓDIGO DEL ESTUDIO	160/25
INVESTIGADOR PRINCIPAL	
CENTRO	

Yo, (nombre y apellidos del participante)

- He leído la hoja de información y el apéndice 1 que se me ha entregado sobre el estudio.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con <<nombre del investigador>>
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
- Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta hoja de información y consentimiento informado

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio, confirmo que he leído el Apéndice 1 y estoy conforme con su contenido.

Firma del participante

Fecha: ____/____/____

(Nombre, firma y fecha a rellenar por el participante)

Firma del investigador

Fecha: ____/____/____

Cuando se obtenga el CI en personas con capacidad modificada para dar su CI

Firma del representante legal,
familiar o persona vinculada de hecho
____/____/____

Firma del investigador
Fecha: ____/____/____

Fecha:

Apéndice 1. PROTECCION DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL RELATIVO AL DOCUMENTO HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CI DEL ESTUDIO

TÍTULO DEL ESTUDIO	En el margen del sistema
CÓDIGO DEL ESTUDIO	160/25
INVESTIGADOR PRINCIPAL	<i>dejar espacio en blanco para rellenar en cada centro</i>
CENTRO	<i>dejar espacio en blanco para rellenar en cada centro</i>

¿Quién es responsable?

Tanto el Centro como el Investigador son responsables del tratamiento de los datos que se recogen para el estudio (de manera codificada) y los disponibles en la historia y que puedan identificarle.

La función del responsable del tratamiento de datos es asegurarse de que su información se utilice correctamente, en particular aplicando las medidas técnicas y organizativas apropiadas para garantizar que los datos se tratan de acuerdo con la normativa de aplicación.

El investigador y el centro cumplirán la normativa de protección de datos:

-EL Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (RGPD) relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos

- La Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de datos Personales y garantía de derechos digitales (LOPDPGDD) y cualquier otra norma de desarrollo.

¿Qué ocurre con la confidencialidad?

En todo momento, se mantendrá la confidencialidad de sus datos. Durante su participación en el estudio se le identificará mediante un código y el investigador, ni el hospital transferirán información alguna que pueda identificarle directamente.

La lista que relaciona el código de identificación con los datos que le identifican (nombre, apellido, número de historia clínica,...) se guardan de manera confidencial en su centro sanitario.

El acceso a su información personal identificada quedará restringido al médico del estudio /colaboradores, autoridades sanitarias (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, autoridades sanitarias extranjeras), al Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) y personal autorizado (monitores del estudio o auditores), cuando lo precisen para comprobar los datos, procedimientos del estudio, y el cumplimiento de normas de buena práctica clínica; pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos. Su identidad podría ser revelada en casos excepcionales, como situaciones de urgencia médica para su salud o requerimiento legal. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustarán a lo dispuesto en la normativa aplicable.

¿Para qué se utilizarán mis datos?

Sus datos son necesarios para el correcto desarrollo de este proyecto de investigación, para conseguir dar respuesta a las preguntas planteadas en el protocolo y trasladadas en la hoja de información al paciente.

Por lo tanto, se utilizarán según lo planeado en este estudio, así como dentro de las actividades de investigación relacionadas necesarias con el fin de:

- comprender mejor la enfermedad estudiada y los problemas de salud asociados,
- aprender de estudios anteriores para planificar nuevos estudios o mejorar los métodos de análisis científico,
- publicar los resultados de la investigación en revistas científicas o utilizarlos con fines educativos

¿Cuál es la base jurídica para el tratamiento de sus datos?

La base jurídica para el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de las obligaciones legales establecidas en la normativa en relación con:

- .- el interés general en llevar a cabo investigaciones científicas

¿Durante cuánto tiempo se guardarán sus datos?

Toda la información que le solicitemos es necesaria para poder participar en este estudio y es obligatorio proporcionarla para poder garantizar el correcto desarrollo del mismo.

El Centro y el investigador están obligados a conservar los datos recogidos para el estudio según los plazos legales establecidos en la normativa. Durante al menos 5 años tras la finalización del estudio (según normativa de estudios clínicos) y el centro durante el tiempo necesario para proporcionarle una adecuada asistencia (según normativa que regula la historia clínica).

¿Qué derechos tengo?

Con respecto a sus datos, tiene los siguientes derechos que podrá ejercer ante el investigador principal y/o centro:

Puede preguntar en cualquier momento qué datos se están guardando (derecho de acceso), quién los usa y con qué fin; puede solicitar una copia de sus datos personales para su propio uso.

Puede solicitar recibir una copia de los datos personales proporcionados por usted para transmitirlos a otras personas (portabilidad).

Puede corregir los datos personales proporcionados por usted y limitar el uso de datos que sean incorrectos (derecho de rectificación y supresión).

Puede oponerse al uso de sus datos personales o restringirlo (derecho de oposición).

En relación a los derechos sobre sus datos personales, le recordamos que existen algunas limitaciones con objeto de garantizar la validez de la investigación y cumplir con los deberes legales establecida en la normativa. Si decide dejar de participar en el estudio o retirar su consentimiento sobre el tratamiento de sus datos no se podrán eliminar aquellos datos recogidos hasta ese momento. Debe saber que si decide retirar el consentimiento sobre el tratamiento de sus datos podría determinar su cese en la participación en el ensayo.

Para proteger sus derechos, utilizaremos la menor cantidad posible de información. Asimismo le informamos de su derecho a presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos ante cualquier actuación del investigador o del Centro que considere que vulnera sus derechos en materia de protección de datos.

¿Con quién contacto?

Puede contactar con el investigador principal quien derivará las dudas al delegado de protección de datos (DPD) del Centro o institución: protecciondedatos.salud@madrid.org / dpd.fibhrc@salud.madrid.org

Delegado de protección de datos del coordinador: Miguel Grande mgrande@icade.comillas.edu

¿Se compartirán y transferirán mis datos?

El investigador podría transferir o compartir sus datos con otros investigadores del Espacio Económico Europeo (EEE) aplicando las medidas de seguridad necesarias para la protección de su información.

En cualquier caso, los destinatarios de los datos no tendrán acceso al código que permite relacionar sus datos con usted; solo su médico o el personal del hospital tienen acceso a esta clave.

Puede que la legislación en algunos de estos países no sea tan estricta como la de su país. Por lo tanto, para asegurar un nivel de protección apropiado de sus datos personales, el investigador se asegurará de que las transferencias de datos respeten sus derechos y confidencialidad, conforme a la normativa de protección de datos. Esta previsión únicamente será aplicable en los supuestos de transferencias fuera del EEE ya que, en caso contrario, resultará de aplicación el RGPD por lo que el régimen es idéntico.

Todos los destinatarios de datos firmarán/aceptarán un Acuerdo de Transferencia de los Datos o un acuerdo de términos de uso equivalente en el que aceptarán no intentar volver a identificar a las participantes de la investigación.

Apéndice C: Cuestionarios administrados a los usuarios adultos y mayores con TMG.

Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener et al., 1985) - Validación en español de Vázquez et al. (2013).

A continuación, hay cinco afirmaciones con las cuales usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Lea cada una de ellas y después **seleccione la respuesta que mejor describa en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo:**

1: Fuertemente en desacuerdo	2: En desacuerdo	3: Ligeramente en desacuerdo	4: Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5: Ligeramente de acuerdo	6: De acuerdo	7: Fuertemente de acuerdo	

	Fuertemente en desacuerdo				Fuertemente de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
1. En la mayoría de los aspectos, mi vida se acerca a mi ideal.	1	2	3	4	5	6	7
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.	1	2	3	4	5	6	7
3. Estoy completamente satisfecho/a con mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas más importantes que quiero en la vida.	1	2	3	4	5	6	7
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría nada.	1	2	3	4	5	6	7

Social Support Questionnaire-6 (SSQ-6; Sarason et al., 1987) - Validación en español de Martínez-López et al. (2014).

Las siguientes preguntas se refieren a personas de su entorno que le proporcionan ayuda o apoyo. En cada cuestión indique, en primer lugar, **con cuantas personas puede contar para ayudarle** (no más de 9 en cada caso). En segundo lugar, **marque el grado de satisfacción general que tiene con el apoyo recibido en cada cuestión**, según los siguientes criterios.

A: Muy insatisfecho	B: Bastante insatisfecho	C: Un poco insatisfecho
D: Un poco satisfecho	E: Bastante satisfecho	F: Muy satisfecho

1. Contar con alguien para distraerse de sus preocupaciones cuando se siente agobiado. Número de personas: <input type="text"/>	A B C D E F
2. Contar para ayudarle a sentirse más relajado cuando está bajo tensión o presión. Número de personas: <input type="text"/>	A B C D E F
3. Alguien que le acepte totalmente, con sus peores y mejores cualidades. Número de personas: <input type="text"/>	A B C D E F
4. Contar con alguien para cuidarle, a pesar de todo lo que le está sucediendo. Número de personas: <input type="text"/>	A B C D E F
5. Alguien que le ayude a encontrarse mejor cuando se siente realmente deprimido. Número de personas: <input type="text"/>	A B C D E F
6. Alguien que le consuele cuando está muy disgustado. Número de personas: <input type="text"/>	A B C D E F

Short-form Self-Compassion Scale (SCS-SF; Raes et al., 2011) - Validación al español de García-Campayo et al. (2014).

Por favor, antes de responder, lea atentamente las siguientes afirmaciones. Rodee la puntuación de cada ítem, indicando **con qué frecuencia actúa en la forma señalada**, empleando la siguiente escala:

	Casi nunca	Pocas veces	De vez en cuando	A menudo	Casi siempre
1. Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de ineficacia.					
2. Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.					
3. Cuando me sucede algo doloroso, trato de mantener una visión equilibrada de la situación.					
4. Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que la mayoría de la gente es probablemente más feliz que yo.					
5. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.					
6. Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, me doy el cuidado y el cariño que necesito.					
7. Cuando algo me disgusta, trato de mantener mis emociones en equilibrio.					
8. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.					
9. Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y fijarme en todo lo que va mal.					
10. Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad.					
11. Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos.					
12. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.					

Meaning in Life Questionnaire (MLQ; Steger et al., 2006) - Versión traducida al español de Steger et al. (2008).

Tómese un momento para **reflexionar sobre lo que hace que su vida sea importante para usted**. Responda a las siguientes preguntas:

1 Completamente falso	2 En gran medida falso	3 Un poco falso	4 Ni cierto ni falso	5 Un poco cierto	6 En gran medida cierto	7 Completamente verdadero
--	---	----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--	--

	1 - 7
1. Entiendo el sentido de mi vida.	
2. Busco algo que haga que mi vida tenga sentido.	
3. Siempre estoy buscando encontrar el propósito de mi vida.	
4. Mi vida tiene un claro propósito.	
5. Tengo una buena idea de qué le da sentido a mi vida.	
6. He descubierto un propósito de vida satisfactorio.	
7. Siempre estoy buscando algo que haga que mi vida la sienta significativa.	
8. Busco un propósito o misión para mi vida.	
9. Mi vida no tiene un propósito claro.	
10. Busco sentido a mi vida.	

Recovery Assessment Scale (RAS-24; Corrigan et al., 2004) – Validación al español de Saavedra et al. (2021).

A continuación, aparecen una serie de afirmaciones que describen **cómo las personas se sienten algunas veces acerca de sí mismos y de sus vidas**. Por favor, lea/escuche atentamente cada una e **indique su grado de acuerdo**.

	En total desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Tengo deseos de triunfar.					
2. Tengo mi propio plan para mantenerme bien o llegar a estar bien.					
3. Tengo objetivos en mi vida que quiero alcanzar.					
4. Creo que puedo alcanzar mis metas personales actuales.					
5. Tengo un propósito en la vida.					
6. Incluso cuando no me preocupo de mí mismo/a otras personas lo hacen.					
7. El miedo no me impide vivir del modo que quiero.					
8. Puedo afrontar lo que ocurre en mi vida.					
9. Me gusto a mí mismo.					
10. Si la gente me conociera bien, les gustaría.					

	En total desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
11. Tengo una idea de quién quiero llegar a ser.					
12. Algo bueno pasará al final.					
13. Estoy esperanzado acerca de mi futuro.					
14. Sigo teniendo nuevos intereses.					
15. Hacer frente a mi enfermedad mental ya no es el centro principal de mi vida.					
16. Mis síntomas interfieren cada vez menos en mi vida.					
17. Mis síntomas parecen ser un problema durante periodos de tiempo cada vez más breves.					
18. Sé cuándo pedir ayuda.					
19. No me cuesta pedir ayuda.					
20. Pido ayuda cuando lo necesito.					
21. Puedo manejar el estrés.					
22. Tengo personas con las que puedo contar.					
23. Incluso cuando no creo en mí mismo/a, otros lo hacen.					
24. Es importante tener una gran variedad de amigos.					

Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45, Davison et al., 1997) - Validación al español de Sandín et al. (2008).

Sintomatología ansiosa:

A continuación, le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la **última semana (7 días)**.

	Nada 0	1	2	3	Mucho 4
Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
Sentirse nervioso o con mucha ansiedad.	0	1	2	3	4
Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0	1	2	3	4
Sentirse inquieto/a o intranquilo/a	0	1	2	3	4

Sintomatología depresiva:

	Nada				Mucho
	0	1	2	3	4
Sentirse solo/a	0	1	2	3	4
Sentirse triste.	0	1	2	3	4
No sentir interés por las cosas.	0	1	2	3	4
Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
La sensación de ser un/a inútil o no valer nada.	0	1	2	3	4

Apéndice D: Declaración de uso de herramientas de inteligencia artificial generativa.

DECLARACIÓN USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

Título del trabajo: BIENESTAR SUBJETIVO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE ADULTOS Y MAYORES Y ESTUDIO DE LOS PREDICTORES DE LA SATISFACCIÓN VITAL EN LA VEJEZ.

Autor/a: VIOLETA ARILLA PABLOS

DNI/Alumno/a: 02783241B

Nombre del Director/a de TFM: ROCÍO CABALLERO CAMPILLO

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM: PABLO FERNÁNDEZ CÁNCER

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases (**marcar y describir**):

Búsqueda y localización de bibliografía: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

En el caso de no encontrar la bibliografía que necesitaba en las bases de datos que he consultado (Google Scholar, Psycinfo, PubMed, etc), le pedía a ChatGPT si me podía proporcionar algún paper sobre el tema en concreto especificándole lo que necesitaba (p. ej., “¿Podrías decirme el título de algún paper que haya utilizado el cuestionario SCS-SF en usuarios mayores (más de 51 años) con trastorno mental grave?”) o para resolver alguna duda metodológica en concreto (p. ej., “¿Podrías decirme algún paper que diga cuándo hay que utilizar Fisher en vez de Chi Cuadrado?”)

Resumen/ayuda para comprensión de textos: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Organización/estructura del trabajo: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Revisión ortográfica/estilo: [indicar herramienta(s)].

Generación de texto (fragmentos): [indicar herramienta(s) y especificar exactamente qué se generó y cómo fue editado por el autor del TFM].

Una vez había hecho el apartado de discusión y el de conclusión, le pedí a ChatGPT un ejemplo para ver si me había dejado algo sin reportar o para ver si me daba alguna idea extra que yo no hubiera tenido en cuenta (p. ej., “En base a esta información que te comento (incluyendo la introducción que previamente había elaborado y redactado yo, por ejemplo), ¿podrías ofrecerme una discusión científica sobre estos resultados que sea clara y precisa?”).

Otros (especificar): [_____]

-Explica qué hiciste para comprobar y garantizar que la información proporcionada por la IA era correcta.

En el caso de la bibliografía, consultaba el paper en concreto y revisaba que fuera cierto y que cumpliera con lo que yo necesitaba. Respecto a la discusión, como se basaba en mi trabajo sabía si lo que reportaba lo hacía en base a mis resultados o no y si tenía sentido, y si me añadía algún paper comprobaba que dijera lo que en teoría afirmaba ChatGPT.

Declaración de veracidad:

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal.

Firma del/a alumno/a:  _____

Fecha: 10/05/2026