

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA- FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
INSTITUTO DE SALUD MENTAL con el Auspicio de la
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD

NIVELES DE RECUPERACIÓN DE
PERSONAS CON TRASTORNOS
MENTALES SEVEROS

LIC. CRISTINA NOEMÍ NOGUERA

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN
DRA. RUTH FERNÁNDEZ
CÓRDOBA 2016

INDICE

Sección	Página
1- Resumen.....	1
2- Abstract.....	4
3- Introducción.....	7
3- 1. Acerca de Recovery.....	8
3- 2. Modelo Científico de Recuperación.....	13
3- 3. Modelo de Recuperación Orientado al Consumidor.....	15
3- 4. Fases de la Recuperación.....	18
3- 5. Etapas de la Recuperación.....	20
3- 6. Recuperación como Proceso.....	21
3- 7. Acerca de otros Modelos de Recuperación.....	24
3- 8. Recuperación como Resultado.....	25
4- Material y Método.....	30
4- 1. Acerca de la muestra poblacional.....	31
4- 2. Características de la Evaluación del Instrumento.....	33
4- 3. Instrumento.....	35
4- 4. Análisis de los Datos.....	39
4- 5. Consideraciones éticas.....	40
5- Resultados.....	41
5- 1. Presentación de los Resultados.....	42
5- 2. Análisis Exploratorio de los Datos.....	44
5- 3. Análisis Bivariado.....	53

5- 4. Análisis Descriptivo de Categorías según Recuperación.....	56
5- 5. Análisis Multivariado.....	58
6- Discusión.....	63
7- Conclusiones.....	81
8- Bibliografía.....	82

AGRADECIMIENTOS

A mi papá, a pesar de su ausencia, me sigue acompañando

A mi mamá, por su apoyo y enseñarme que todo se logra a base de esfuerzo

A mis hermanos, cuñada, cuñados y sobrinos

A Any mi hija

A Julieta, mi nieta

A mis amigos

A los profesores y colegas que me han alentado a lo largo de mi vida

académica y profesional

Y especialmente a los participantes de la investigación, pacientes, familiares y

profesionales que conviven diariamente con los padecimientos mentales

“La Universidad Nacional de Córdoba no se hace solidaria con el contenido de la presente Tesis”.

Resumen: En el nuevo decenio de 1990 se asientan no sólo las bases para una nueva visión de las prestaciones de servicios para las personas que sufren de enfermedades mentales sino el surgimiento de un nuevo concepto en el ámbito de la salud mental, la Recuperación. A pesar de no existir un consenso explícito respecto al significado del término recuperación, este concepto es cada vez más apreciado en las políticas y prácticas asistenciales en los sistemas del campo de salud mental pública. La recuperación requiere un cambio de paradigma en nuestro pensamiento como investigadores, administradores, director de programas, proveedores de servicios, y como consumidores de servicios en salud mental. El estudio de la recuperación en la salud mental y el desarrollo de instrumentos de medición son temáticas actuales. En el campo de las investigaciones es interesante señalar el gran interés que ha generado la posibilidad de medir la Recuperación, lo que contribuye a la ampliación de su conocimiento. Las medidas de recuperación abarcan instrumentos que miden algún aspecto de la misma, por ejemplo, las actitudes, la visión, entre otros. The Recovery Assessment Scale (R.A.S) de Daniel Giffort y colegas, es una escala que permite valorar los aspectos de recuperación de las personas con trastornos mentales severos.

Objetivo: El objetivo propuesto fue analizar el nivel de recuperación de las personas con trastornos mentales severos mediante el Recovery Assessment Scale, RAS.

Material y Método: El RAS ha sido desarrollada como una medida de evaluación de programa, mediante el análisis narrativo de historias de recuperación de los usuarios. Basada en un modelo de proceso de recuperación, el RAS estima los aspectos de recuperación con un foco especial sobre la esperanza y la autodeterminación, dónde los consumidores estuvieron implicados en el desarrollo tanto de la escala original como en la revisión. El RAS cuenta con 41 Items. Todos los ítems son tasados usando la misma escala de Likert de 5 puntos. Con afirmaciones que describe cómo se sienten las personas a veces, acerca de sí mismas y de sus vidas. Cubre Cinco Factores (Factor 1: Confianza Personal y Esperanza; Factor 2: Buena Voluntad para Pedir Ayuda; Factor 3: Metas y Orientación al Éxito; Factor 4: Confianza

en los Otros; Factor 5: No Dominado por Síntomas) que corresponden a cuatro Dominios (Factores Internos, Autocuidado, Factores Externos y Fortalecimiento).

Población: La muestra poblacional fue seleccionada en 93 pacientes de ambos sexos entre los 18 años a 65 años de edad de las provincias de Córdoba, San Luis y de Buenos Aires que presentan trastornos mentales severos, conformada en su gran mayoría por el sexo masculino, que conviven en la comunidad y que se encuentran bajo supervisión, tratamiento y seguimiento preferentemente de modalidad ambulatoria en espacios públicos, distribuidos en tres Categorías de Edad, Joven, Adulto y Adulto Mayor, con un alto rango porcentual en la categoría Adulto. En cuanto al diagnóstico agrupado, la Esquizofrenia fue el trastorno más prevalente en los pacientes encuestados en ambos sexos, seguido de la Depresión.

En la presente investigación se efectuó un análisis de la fiabilidad y de consistencia interna, así como una adaptación semántica. Con los registros obtenidos del instrumento se generó una base de datos a fin de estructurar organizativamente las variables involucradas en el estudio. Posteriormente se procedió a efectuar el Análisis Descriptivo Univariado, que permite destacar las características generales de cada una de las variables en estudio, su distribución y frecuencia.

Posterior a ésta descripción, se focalizó en un análisis más exhaustivo dividiendo los pacientes en dos grupos: los “Recuperados” y los “No Recuperados”, que determinan el Nivel de Recuperación autopercebida. El grupo que denominamos No Recuperados, manifiesta la situación de impedimento del paciente para integrarse activamente en la comunidad, mientras que el grupo que denominamos Recuperados muestra la situación del paciente con respecto a su capacidad para integrarse a la comunidad a la que pertenece. Se efectuó un análisis descriptivo de las categorías de recuperación y luego se realizó un Análisis Bivariado utilizando el test de χ^2 entre Recuperación y Factores o Dominios medidos mediante la Escala RAS.

Por último, se realizó el Análisis Multivariado a los fines de establecer un agrupamiento entre las variables analizadas.

En todos los casos se trabajó con un nivel de confianza del 95%.

Resultados: El valor global del alfa de Cronbach obtenido para determinar la consistencia interna fue de 0.93 valor adecuado para este instrumento.

La síntesis de los resultados revelan que el mayor nivel de Recuperación está directamente asociado a la Categoría de Edad Joven, el nivel de recuperación no se asocia con las diferentes categorías diagnósticas: psicosis, esquizofrenia, trastorno bipolar, otros. Asimismo el Factor 1 Confianza Personal y Esperanza, el Dominio 1 Factores Internos y Dominio 2 Factores Externos, obtuvieron las puntuaciones más altas, por lo tanto un nivel de recuperación más aceptado y elevado; y en relación al análisis de la Categoría Nivel de Recuperación el 53,93 % de la muestra alcanzó un nivel de recuperación aceptable en relación al Factor 1 Confianza Personal y Esperanza; un 53,33% de los pacientes sujetos a estudio alcanzó un nivel de recuperación esperado en cuanto al Dominio 1 Factores Internos y un 98,82% de los encuestados mostró un nivel de recuperación elevada en relación al Dominio 2 Factores Externos.

Conclusiones: Considerando que nuestro objetivo era analizar el nivel de recuperación de las personas con trastornos mentales severos mediante el Recovery Assessment Scale, RAS, podemos establecer que el mismo fue satisfactoriamente alcanzado a partir de su aplicación a una muestra poblacional con trastornos mentales severos perteneciente a tres provincias de nuestro país, que permitió la obtención de datos suficientes en cuanto a la Recuperación, lo que supone tener confianza en uno mismo, contar con autoestima y esperanza suficiente, ser joven, tener consciencia del curso de la enfermedad, reconocer la necesidad de cambio, además de la determinación de querer recuperarse y fundamentalmente el poder contar con los "Otros" para alcanzar la recuperación del padecimiento mental.

Palabras Claves: Recuperación. Recovery Assessment Scale. Trastornos Mentales Severos. Factores y Dominios de la Recuperación. Salud Mental.

Abstract: The new 1990s not only the basis for a new vision of the services for people suffering from mental illness but the emergence of a new concept in the field of mental health, Recovery settle. Despite the absence of an explicit consensus on the meaning of recovery, this concept is increasingly appreciated in policies and practices in health care systems of public mental health field. Recovery requires a paradigm shift in our thinking as researchers, managers, program director, service providers, and consumers of mental health services. The study of mental health recovery and development of measuring instruments are current issues. In the field of research it is interesting to note the great interest generated by the possibility of measuring the recovery, contributing to the expansion of knowledge. Recovery measures include instruments that measure some aspect of it, for example, attitudes, vision among others.

La Escala de Evaluación de Recuperación (RAS) Daniel Giffort and colleagues, is a scale that evaluates aspects of recovery of people with severe mental disorders.

Objective: The proposed objective was to analyze the level of recovery of people with severe mental disorders by Recovery Assessment Scale, RAS.

Methods and Materials: The RAS has been developed as a measure of program evaluation through the narrative analysis of stories of recovery from users. Based on a model of recovery process, the RAS evaluates aspects of recovery with a special focus on hope and self-determination, where consumers were involved in the development of both the original scale in the review. The RAS has 41 items. All items are rated using the same Likert scale of 5 points. With statements that describe how people feel sometimes about themselves and their lives. Five covers factors (Factor 1: Personal trust and hope; Factor 2: Goodwill For Help; Factor 3: Goals and Success Orientation; Factor 4: Trust in others, Factor 5: No Dominated by SYMPTOMS) corresponding to four domains (Internal Factors, Self Care, External Factors and Strengthening).

Population: The population sample was selected in 93 patients of both sexes aged 18 to 65 years of age in the provinces of Cordoba, San Luis and Buenos Aires who have severe mental disorders, formed mostly by males, who live in the community and who are under supervision, treatment and monitoring of

outpatient basis preferably in public spaces, divided into three age categories, young, adult and elderly, with a high percentage range in the Adult category. As for the pooled diagnosis, schizophrenia was more prevalent in patients surveyed in both sexes, followed by depression disorder.

In the present investigation an analysis of the reliability and internal consistency and semantic adaptation was made. With records obtained from a database tool to organizationally structure the variables involved in the study. He later proceeded to make Univariate descriptive analysis, which allows us to highlight the general characteristics of each of the variables under study, distribution and frequency. Following this description, it focused on further analysis by dividing the patients into two groups: "Recovered" and "unrecovered", which determine the level of self-perceived recovery. The group call unrecovered, says the situation prevented the patient to actively integrate into the community, while the group call Recovered shows the situation of the patient with respect to their ability to integrate into the community to which it belongs. One Bivariate analysis that was to analyze the association between two variables using the χ^2 test between Recovery Factors or domains measured by the scale RAS is then performed. Before giving way to the multivariate analysis, a descriptive analysis was performed according to the categories Recovery. For this analysis we proceeded to make appropriate contingency tables with their absolute and percentage frequencies, thus giving us enough information about the relationship between the two criteria. Finally, multivariate analysis in order to establish a relationship of variables but as a whole or clustering was performed, which allowed us to perform the factorial analysis of correspondence that brings the level of recovery.

In all cases, we worked with a confidence level of 95%.

Results: The overall value of Cronbach's alpha to determine the internal consistency was acceptable value of 0.93 for this instrument.

The most important results that fell from the research were: The highest level of recovery is directly related to the Young Age Category. The level of recovery is not associated with the different diagnostic categories: psychosis, schizophrenia, bipolar disorder, other. Factor 1 Personal Trust and Hope,

Domain 1 and Domain 2 Internal Factors External Factors, they obtained the highest scores, therefore more acceptable level and high recovery. In relation to the analysis of the Category Level Recovery 53.93% of the sample reached an acceptable level of recovery in relation to Factor 1 Personal trust and hope; 53.33% of patients under study reached a level of recovery expected in terms of Domain 1 Internal Factors and 98.82% of respondents showed a high level of recovery in relation to Domain 2 External Factors.

Conclusions: Whereas our objective was to analyze the level of recovery of people with severe mental disorders by Recovery Assessment Scale, RAS, we can establish that it was successfully achieved from its application to a sample population with severe mental disorders belonging to three provinces of our country, which allowed obtaining sufficient data regarding the recovery, which means having self-confidence, self-esteem and have enough hope, being young, being aware of the course of the disease, recognize the need for change, besides determining recover and fundamentally want to have the "Other" to achieve the recovery of mental suffering.

Keywords: Recovery. Escala de Evaluación de la Recuperación. Severe Mental Disorders. Factors and Domains Recovery. Mental Health.

Introducción

3.1- Acerca de *Recovery*

Desde que Kraepelin denominó en el año 1853 a la demencia precoz como “un proceso de degeneración psíquica que desembocaba en una demencia específica de la juventud”, por muchos años persistió en el campo de la salud mental la idea de que las enfermedades mentales graves cursaban de manera inevitable un deterioro progresivo, deteriorante, de pronóstico negativo, donde la Recuperación era considerada como algo imposible de llevarse a cabo.

Sin embargo, actualmente, hay una concepción diferente, más optimista que proviene de diferentes estudios que muestran que la recuperación se puede dar, y de autores que defienden y sostienen que la Recuperación en los trastornos mentales severos no sólo es deseable sino también posible y susceptible de ser definida y medida.

Concepción que se encuentra basada y sustentada en los lineamientos hechos por la OMS, quien expresa que la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo “se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” ⁽¹⁾.

Por lo que hay que tener en cuenta factores biológicos, psicológicos y sociales para prestar la debida atención a la salud mental y comprenderla.

La historia misma nos muestra que las personas que padecen una enfermedad mental son discriminadas por la sociedad, que los estigmatiza, los aparta y los ignora promoviendo en ocasiones su encierro en instituciones psiquiátricas.

Realidad que existe en todas las sociedades y que ha quedado reflejada en los tres siglos de encierro que han sufrido los enfermos en “la era del gran encierro” como llegó a denominarlo Foucault.

Con el gran movimiento de la reforma psiquiátrica, se inicia el proceso de cierre de los hospitales psiquiátricos, y se visualiza dos grandes cambios: una referida a la Imagen Social de las personas que padecen un trastorno mental, que van pasando de ser el enfermo- al del ciudadano con problemas, que debe ser apoyado en su vulnerabilidad para el ejercicio de sus derechos.

La segunda transformación se focaliza en los Sistemas de Atención, que con igual progresividad e incompletud oscilan desde sistemas basados en las

grandes instituciones psiquiátricas a redes de servicios en la comunidad, inspirados en la política e ideología de la atención comunitaria.

La Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas, llevada a cabo en el mes de noviembre del año 2005, destaca que es posible mejorar la atención de los enfermos mentales si se supera el modelo asistencial basado en el hospital psiquiátrico mediante el uso de alternativas comunitarias de atención, resaltando la necesidad de implementar acciones para respetar los derechos humanos y promover la inclusión social de las personas que presentan problemas mentales ⁽²⁾.

Una prueba de este proceso de normalización es incorporar la cuestión de la reforma de los sistemas de salud mental y promover la defensa de los derechos de las personas con trastornos mentales graves en organizaciones como el Mercosur, que no están originalmente ni directamente relacionadas con la salud mental.

La promoción de los derechos de las personas con trastornos mentales es una cuestión que incumbe no sólo a instituciones sanitarias, sino económicas y políticas.

De hecho, el Foro de Autoridades de Salud Mental de los países de América del Sur, celebrado del 3 al 5 de septiembre de 2007 en Luján Argentina, gestionó la inclusión del componente de salud mental en el Mercosur ⁽³⁾.

Nuestro país con la aprobación de la ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en el mes de noviembre del año 2010, a igual nuestra provincia a partir de la Ley N° 9848 comenzó a transitar un nuevo camino para regularizar el campo de la salud: el cierre de los hospitales psiquiátricos, la integración social de las personas con trastornos mentales en la comunidad y el respeto de los derechos humanos.

Dicha ley tiene como objetivo asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional (art 1).

Además define a la Salud Mental en su art. 3, como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y

psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

De manera minuciosa, la ley nacional en su art. 7 explicita todos los derechos que se les reconocen a las personas que padecen una enfermedad mental, diferenciando a los mismos en dos grandes grupos, aquellos relacionados con las pautas que deben respetar los tratamientos y aquellos que están relacionados con el respeto por la integridad y la dignidad de las personas. Incluyendo en el primer grupo el derecho a recibir una atención integral y humanizada; a recibir tratamiento y ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, entre otros. Con respecto a los segundos, menciona el derecho a: conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religiosos; que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable, y no ser sometido a trabajos forzados.

La ley nacional en su art. 4, y la ley provincial en su art. 48, plantean que: “la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y de excepción, que sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social”, debiendo ser lo “más breve posible en función de los criterios terapéuticos”, apuntando a la conformación de redes entre los distintos sectores de salud, educación, cultura, entre otros, para atender a las personas con padecimiento mental en su comunidad propiciando acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria y previendo el apoyo a los grupos familiares art. 11 de la ley nacional ⁽⁴⁾.

En líneas generales, con el proceso de desinstitucionalización, el creciente predominio de la idea de un sistema comunitario de apoyo, la práctica de rehabilitación psiquiátrica, la Declaración de los Derechos Humanos dictada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre del año 1948,

más las normativas internacionales, nacionales y provinciales vigentes que postulan el reconocimiento de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental, con el objetivo final y único de la integración social completa del enfermo mental, se asientan en el nuevo decenio de 1990 no sólo las bases para una nueva visión de las prestaciones de servicios para las personas que sufren de enfermedades mentales sino el surgimiento de un nuevo concepto en el ámbito de la salud mental: Recuperación.

La recuperación de la enfermedad mental es “la visión que guiará el sistema de salud mental en esta década”⁽⁵⁾.

A pesar de no existir un consenso explícito respecto al significado del término recuperación, este concepto es cada vez más apreciado en las políticas y prácticas asistenciales en los sistemas del campo de salud mental pública de EEUU, Reino Unido y de otros países, como Canadá, Nueva Zelanda, Japón, Brasil, entre otros, llegando a convertirse en un modelo de movimiento social que se inicia en la década de los 80 y en la “meta más importante para el sistema de provisión de servicios de Salud Mental en todo el mundo”, perspectivas conceptuales que quedan plasmadas en las 10 recomendaciones de la Declaración Nacional de Consenso sobre la Recuperación 2010, donde se considera que: *“la recuperación de salud mental es un viaje de sanación y transformación que le permite a una persona que sufre un problema de salud mental vivir una vida significativa en la comunidad que elija mientras se esfuerza por alcanzar su máximo potencial”*^(6,7).

Cuando hablamos de Recovery es necesario que realicemos una distinción entre Rehabilitación y Recuperación.

Las definiciones de rehabilitación psiquiátrica nos llevan a centrarnos en el funcionamiento y al intento de (re) construir capacidades: “...restaurar a una persona con discapacidades, si no al nivel de funcionamiento y posición social que tenía antes del comienzo de la enfermedad, por lo menos a una situación en la que pueda hacer un mejor uso de sus capacidades residuales dentro de su contexto social”. “El objetivo de la rehabilitación es el logro de la completa ciudadanía de los usuarios: política, jurídica, civil y económica”⁽⁸⁾.

En cuanto a un significado concreto de la palabra “recuperación”, se identificó al menos tres sentidos distintos en su uso, sentidos que a veces se confunden:

- a- En el lenguaje ordinario y en un sentido estricto, se puede entender el término, como la recuperación del nivel de funcionamiento previo al inicio de la enfermedad, equiparándose entonces al concepto de “curación”.
- b- Es evidente que ese uso tiene dificultades en el caso de las personas con trastornos mentales graves, ya que no es fácil hablar ni de niveles de funcionamiento previos a la aparición de la enfermedad ni de curación en sentido estricto. Por eso y en un sentido menos estricto, se considera a la recuperación como “remisión” significativa de los síntomas y de las alteraciones del funcionamiento personal y social que caracterizan a este tipo de trastornos.
- c- Por último, la palabra “recuperación” refiere a la posibilidad de recuperar o alcanzar una vida satisfactoria y dotada de sentido, incluso aunque persista la enfermedad y determina niveles de sintomatología y de discapacidad ⁽⁹⁾.

Para Patrick Deegan 1999, esta distinción entre la rehabilitación y recuperación es importante. La rehabilitación refiere a los servicios y las tecnologías que se disponen para que las personas con discapacidades aprendan a adaptarse a su mundo. En cambio, la recuperación, se refiere a la experiencia de vida vivida o real de las personas que aceptan y superan el reto de la discapacidad. Mientras que la rehabilitación refiere al “polo del mundo”, la recuperación se refiere al “polo del yo” de un mismo fenómeno.

Para la autora, la recuperación no es un producto final o resultado, no se refiere a la ausencia de dolor o lucha. Más bien la recuperación está marcada por la transición de la angustia ante el sufrimiento ⁽¹⁰⁾.

No existe una única definición de recuperación, actualmente se encuentran vigentes dos conceptos potencialmente conflictivos, uno derivado de los modelos biomédicos de la enfermedad, remisión clínica-resultado, y el segundo basado en las experiencias y aspiraciones de las personas afectadas directamente por la enfermedad, remisión funcional-proceso ⁽⁶⁾.

La recuperación requiere un cambio de paradigma en nuestro pensamiento como investigadores, administradores, director de programas, proveedores de servicios, y como consumidores de servicios en salud mental.

Sin embargo, la recuperación no significa necesariamente “cura”. Es una forma de vida con el fin de sacar el máximo provecho de la vida ⁽¹¹⁾.

M Rodgers et al 2007, sostiene que la literatura que existe acerca de recuperación está llena de definiciones, tanto desde el punto de vista clínico como desde el punto de vista funcional. Como Resultado, la recuperación se refiere a un punto final medible, definida por criterios tales como estar libre de síntomas, trabajar o ir a la escuela durante un determinado período de tiempo, la socialización con sus compañeros durante la semana o vivir de manera independiente. Como Proceso, hace hincapié en la Esperanza, al logro de las metas personales, a las oportunidades de los pacientes para hablar de sí mismos, a poner fin a la discriminación y a la curación desde el interior ⁽¹²⁾.

3.2- Modelo Científico de Recuperación

Es de base clínica, considera a la recuperación como un resultado final o un pronóstico que se puede operacionalizar (outcome=resultado).

Los estudios de seguimiento a largo plazo de personas con esquizofrenia en su gran mayoría han utilizado este concepto de recuperación, mostrando una visión más pronóstica y optimista.

Aunque los criterios de resultados en estos estudios varían, en general incluyen: ausencia de síntomas clínicos, no uso de medicación psiquiátrica, vida independiente en la comunidad, y buena relación con los otros sin conductas extrañas que los demás consideran inusuales ⁽¹³⁾.

Distintos grupos de investigadores han planteado los criterios operativos del concepto de recuperación. Dentro de este grupo de investigaciones, el más citado es el desarrollado por Liberman y Kopelowicz 2005, quienes definen a la recuperación como la presencia durante al menos 2 (dos) años de un funcionamiento normal observados en los siguientes dominios o dimensiones:

Remisión de los síntomas: disminuida presencia de síntomas negativos y positivos durante dos años consecutivos, empleándose para su evaluación la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica.

Funcionamiento ocupacional: apunta a un desempeño laboral satisfactorio durante media jornada de trabajo o la asistencia periódica escolar por dos años seguidos. Si hablamos de una persona jubilada se considera su nivel de participación activa en actividades recreativas, familiares o sociales.

Vida independiente: vivir de manera independiente, sin supervisión de parte de acompañante o familiar, es poder manejar el dinero, prepararse sus comidas, lavar sus ropas, asearse por sus propios medios, sin llegar a necesitar que se les organice la vida cotidiana. El individuo puede ser beneficiado de pensiones por discapacidad.

Relaciones con sus compañeros: es participar en reuniones sociales, llevar adelante una conversación, mantener una comunicación telefónica, es relacionarse con otras personas que no sean familiares, al menos una vez a la semana.

M Harrow et.al 2005, proponen una similar definición operativa de recuperación, que incorpora tres dimensiones:

Sintomatología: ausencia de síntomas psicóticos positivos y negativos al menos durante un año.

Funcionamiento social: apunta a un trabajo de media jornada remunerado y una participación activa en actividades sociales durante un año.

Hospitalizaciones: ausencia de nuevos ingresos o internaciones en los hospitales o centros psiquiátricos al menos durante un año.

Ambas definiciones tienen limitaciones. Una de ellas proviene del propio concepto y de los dominios que se seleccionan para su definición, que son desarrollados a partir de estrategias de consenso, no existiendo evidencia empírica alguna sobre su fiabilidad y validez. Otra limitación es que los criterios no recogen la perspectiva subjetiva del individuo sobre su funcionamiento o de su calidad de vida o de satisfacción con esta ^(14, 13).

De los criterios anteriormente detallados, se deduce que para alcanzar el estado de recuperación, es necesario la presencia de una serie de elementos esenciales, tales como:

- Se exige como elemento principal la presencia durante un período entre 1 y 5 años, según los autores, de un suficiente nivel de recuperación sintomatológica. Esto implica que no exige que la recuperación alcanzada sea definitiva y permanente.
- No precisa una remisión sintomatológica total, sino que la recuperación puede ser alcanzada en presencia de síntomas y déficits funcionales leves e incluso moderados, según lo sostenidos por algunos autores.
- Va más allá de los síntomas e incluye la adquisición de un adecuado nivel de ajuste y funcionamiento cognitivo-social, y de rendimiento sociales y laborales acordes con la edad del paciente y del contexto sociocultural al cual pertenece el mismo.
- En sus consideraciones más amplias, el concepto de recuperación incorpora además elementos relativos a la salud y el bienestar, tanto físico como psíquico, y a la calidad de vida.

3.3- Modelo de Recuperación Orientado al Consumidor.

Surge de los movimientos de pacientes y familiares de enfermos mentales. Se basa en los cambios socioculturales, en las actitudes que se posee acerca de la enfermedad mental, y en los derechos humanos de los pacientes. El objetivo de este modelo es doble, generar cambios en los servicios de atención y promover políticas sanitarias dirigidas y orientadas al usuario.

Dentro de este modelo se plantean posturas ideológicas bien definidas, la más radical considera a los servicios de atención psiquiátrica y a las estrategias terapéuticas tradicionales como iatrogénicos, que provocan la dependencia, la incapacidad, la marginación y la estigmatización de los pacientes llegando muchos de ellos a definirse como “supervivientes del tratamiento psiquiátrico”. La otra postura más moderada, donde los usuarios requieren que el profesional de la salud mental asuma una actitud más positiva y optimista hacia su

enfermedad, que tenga más en cuenta su punto de vista como pacientes o como familiar, y especialmente se los incorpore como un participante activo más de su proceso terapéutico ⁽¹⁴⁾.

Surge así una nueva definición de recuperación basada en la visión de los usuarios, que puede incluir pero que no es requisito necesario, la remisión de los síntomas o de la discapacidad.

La recuperación es vista como un proceso de desarrollo y crecimiento personal, relacionado con la lucha contra la enfermedad y el estigma, para retomar el control y alcanzar satisfacción sobre la propia vida. En este sentido, el concepto de recuperación es tanto un abordaje, como un modelo, una filosofía, un paradigma, un movimiento y una visión ⁽¹³⁾.

Para P Deegan 1998, psicóloga clínica diagnosticada con esquizofrenia en su juventud...*“la recuperación no es un producto final o resultado...no se refiere a la ausencia de dolor o lucha...la recuperación es un proceso, una forma de vida, una actitud y una manera de acercarse a los desafíos del día. No es un proceso perfectamente lineal. A veces nuestro curso es errático y fallamos, nos deslizamos hacia atrás, nos reagrupamos y empezamos de nuevo”*⁽¹⁰⁾.

A pesar de la gran cantidad de consideraciones que existen sobre la recuperación, hay un amplio consenso en que su definición estaría en torno a lo dicho por uno de los fundadores intelectuales del movimiento de recuperación, Bill Anthony 1993: *“la recuperación es un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanzas y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad”...“La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental”*...⁽¹⁵⁾.

Desde la definición inicial realizada por Anthony, se han propuestos una variedad de definiciones o conceptualizaciones provenientes de los consumidores, de las familias, de los profesionales e investigadores, aportando un sinnúmero de consideraciones acerca de la recuperación, tales como la de un

modelo, la de una filosofía, la de un paradigma, una visión, o un movimiento y con escepticismo un mito.

Long 1994 propone a la recuperación como: *“un nuevo paradigma de la recuperación...es la experiencia única de cada persona de su camino al paradigma de la recuperación...mi paradigma de recuperación incluye los siguientes cuatro ingredientes claves: conexión, seguridad, esperanza y el reconocimiento de mi yo espiritual”*.

P Deegan 1998 afirma que...*“la recuperación es un proceso, una forma de vida, una actitud y una forma de acercarse a los desafíos del día”*.

Chamberlin 1997 sostiene que *“uno de los elementos que hacen posible la recuperación es la recuperación de la creencia en uno mismo”*

Leete 1998 afirma que *“tener esperanza es crucial para la recuperación pero ninguno de nosotros se esforzaría si cree que es un esfuerzo inútil...creo que si nos enfrentamos con nuestras enfermedades con coraje y valor, y la lucha con nuestros síntomas persistentes, podemos superar nuestras dificultades para vivir de manera independiente, aprender habilidades y contribuir a la sociedad, la sociedad que tradicionalmente nos ha abandonado”* ⁽¹⁶⁾.

La Conferencia de Consenso de Abuso de Sustancias y Administración de Servicios de Salud Mental celebrada en el año 2005 estima que *“la recuperación de la salud mental es un viaje de sanación y transformación que le permite a una persona con discapacidad mental vivir una vida significativa en la comunidad de su elección mientras se esfuerza por alcanzar su máximo potencial”* ⁽⁵⁾.

Liberman & Kopelowicz 2005 concluyen que las *“personas que se han recuperado cuando los síntomas de su enfermedad no interfieran en su funcionamiento en la vida diaria, lo que les permite trabajar, asistir a la escuela, participar en la vida social y las actividades recreativas y vivir lo más independientemente posible en ambientes normales de la comunidad sin ser segregados en enclaves de los enfermos mentales”* ⁽¹¹⁾.

En 1994 Granger, define a la recuperación con estas palabras *“para volver renovado con una perspectiva enriquecida de la condición humana es la*

ventaja principal de la recuperación. Para volver a la paz, con uno mismo, su experiencia, su mundo y su Dios, es la alegría mayor de la recuperación”⁽⁵⁾.

3.4- Fases de la Recuperación

De acuerdo con las diferentes definiciones presentadas, que están basadas en el usuario, las personas tienden a pasar en su proceso de recuperación por fases o etapas. Aunque reciban distintos nombres, los tipos de fases o etapas de recuperación en su gran mayoría son coherentes.

De esta manera el Instituto Nacional de Salud Mental en Inglaterra describe cuatro fases consecutivas:

- 1) Dependiente y sin darse cuenta.
- 2) Dependiente y consciente
- 3) Independiente y consciente.
- 4) Interdependiente y consciente.

El punto de partida se describe como un estado de dependencia de la experiencia de la enfermedad/angustia, considerándose el impacto que siente la persona del sistema de salud mental, de los hechos traumáticos y los cambios que genera la enfermedad en su vida diaria y en sus relaciones.

Esta crisis se caracteriza por la negación, confusión, desesperanza, confusión de la identidad y la desprotección.

El objetivo y la etapa final del proceso de recuperación es un estado de bienestar psicológico, que se define como el crecimiento personal, la autonomía, el dominio del medio ambiente, las relaciones positivas y el propósito en la vida.

Las características de esta etapa no son necesariamente la ausencia de síntomas sino la capacidad de manejar la enfermedad y vivir una vida plena y significativa, de mostrar capacidad de resistencia frente a los contratiempos y tener una actitud positiva hacia el futuro. Para que la persona alcance el bienestar, primero tiene que tomar conciencia de su condición y sentir que la recuperación es posible, y así comenzar a trabajar en su recuperación.

Esta fase implica que el paciente reconozca sus valores, sus fortalezas y debilidades, a establecer metas, a aprender sobre la enfermedad y conocer los

servicios mentales disponibles, a adquirir habilidades para su recuperación y esencialmente conectarse con sus compañeros.

La siguiente etapa, independiente-consciente, consiste en la creación y el trabajo hacia metas personales, que el paciente asuma la responsabilidad del manejo de su enfermedad y que tome el control de su propia vida, que desarrolle cada vez más conocimientos y habilidades, que construya y mantenga relaciones sociales.

Una característica importante de esta fase es el crecimiento constante de la capacidad de recuperación, lo que requiere que el paciente tenga la oportunidad de tomar riesgos, es decir, para probar algo nuevo; este requisito es un reto para los servicios de salud mental con aversión al riesgo.

El traspaso de estar resignado al de ganar conciencia, esperanza y autodeterminación se describe con frecuencia como un punto de inflexión en la vida del individuo, y que puede ser activado por un evento, un modelo a seguir u otro significativo. También puede ser una decisión consciente de haber llegado después de estar enfermo durante un largo período ⁽¹⁷⁾.

Provencher H 2002 considera las siguientes fases:

Fase Inicial: es la aceptación de la enfermedad mental, deseo y motivación para hacer cambios, y la presencia de esperanza.

Fase Intermedia: consiste en la capacidad de hacer, incluye la redefinición del sí mismo, el reinicio de las actividades diarias, el desarrollo y la consolidación de relaciones sociales que son importante para el paciente.

Última Fase: es alcanzar los objetivos basados en el bienestar y la calidad de vida, redefinición y expansión del self, es la conformación de un self más fuerte, de un Sí Mismo con facetas más independientes y con un mejor andamiaje para hacer frente a los obstáculos que se les presenta cotidianamente, capacidad de resiliencia. De esta manera la persona abandona el rol de paciente para adquirir nuevos roles ⁽¹⁸⁾.

Otros investigadores, que estudiaron y determinaron las distintas fases o etapas que intervienen en el proceso de recuperación son:

Baxter y Diehl 1998, muestran la presencia de tres fases en el proceso de recuperación. Una primera fase de **Crisis-Recuperación**, una segunda fase de

Decisión y de Reconstruir la Independencia y una tercera fase de **Despertar y Construir la Interdependencia**.

En 1999 Young y Ensing, mediante sus investigaciones confirman la existencia de tres fases en la recuperación, la fase primera consiste en **Iniciar la Recuperación**, una fase intermedia que implica el **Responder y Salir Adelante**, y una última fase que apunta a **Mejorar la Calidad de Vida**.

En el mismo año, los investigadores Pettie y Triolo, afirman que el proceso de recuperación se encuentra constituido por dos interrogantes primordiales. El primero ¿Por qué Yo?, que apunta a dar sentido a la enfermedad. El segundo interrogante, ¿Y ahora qué?, consiste en la reconstrucción de la identidad que ha sido perdida por consecuencia de la enfermedad.

Con su investigación del año 2002 Spaniol propone tres fases, la primera **Agobiado por la enfermedad**, la segunda **Luchar contra la enfermedad** y la tercera **Vivir con la enfermedad**.

3.5- Etapas de la Recuperación

En el año 2007 Andresen y col., a partir de las investigaciones cualitativas existentes, definen las cinco etapas del proceso de recuperación orientada a los consumidores.

La primera etapa es la Moratoria, en ella los consumidores experimentan negación, se muestran sin esperanzas por su futuro, confundidos por los cambios biológicos y cognitivos que vivencian, se alejan de los demás con el fin de protegerse. La presencia de la sensación de confusión y desesperanza no sólo la padecen los pacientes sino que están presentes en la familia.

La segunda etapa la identifican como la Conciencia, los consumidores comienzan a “darse cuenta” que la recuperación es posible y también a sentir esperanzas de un futuro mejor.

La tercera etapa la constituye la Preparación dónde el paciente inicia un trabajo más personal de evaluación de sus valores, de sus fortalezas y sus desafíos. El paciente comienza a aprender sobre la enfermedad, buscando las estrategias más adecuadas para manejarla.

La cuarta etapa la identifican como la Reconstrucción, y es el “trabajo duro de recuperación”. En esta etapa las personas acuden a sus recursos personales para desarrollar una identidad positiva de sí mismo, para poder alcanzar sus metas personales, pudiendo requerir una reevaluación de sus metas y sus sueños anteriores.

Por último, señalan como la quinta etapa al Crecimiento, en ella los pacientes son capaces de manejar la enfermedad y de llevar una vida plena, con sentido, con resistencia y con confianza para enfrentar y dar batalla a los contratiempos que se les presenten ⁽¹⁹⁾.

3.6- Recuperación como Proceso

Desde el enfoque de recuperación como proceso, y a partir de la revisión de la literatura narrativa de la recuperación basada en el usuario, se identifican los factores o componentes de la recuperación, siendo los de mayor relevancia la esperanza, la espiritualidad y la capacidad de hacer o empoderamiento.

El factor más importante en la recuperación es la esperanza, y es la anticipación de un futuro visto como bueno. Todos los autores coinciden en que tener esperanza juega un papel importante e integral en la recuperación. Para alcanzar la recuperación es necesario promover activamente la esperanza. El objetivo es construir resiliencia.

La espiritualidad ayuda a las personas con un padecimiento mental a interpretar positivamente los sucesos difíciles de su vida. La recuperación transforma la impotencia en capacidad de hacer.

El empoderamiento es un proceso interior que le permite al paciente asumir responsabilidades para con su vida, a tener un mayor control del medio y a desempeñar un papel más activo, a los fines de lograr sus objetivos personales. Es un constructo multidimensional que implica autoconfianza, control sobre el medio, adquisición de habilidades, alcanzar autonomía y realizar elecciones personales con eficacia. Consta de un proceso de duelo, por la pérdida de la persona que se era, del descubrimiento de un nuevo self, compuesto por los aspectos más intactos del yo, de la aceptación gradual de la enfermedad y la definición de sí mismo por fuera de la enfermedad, la cual queda circunscripta

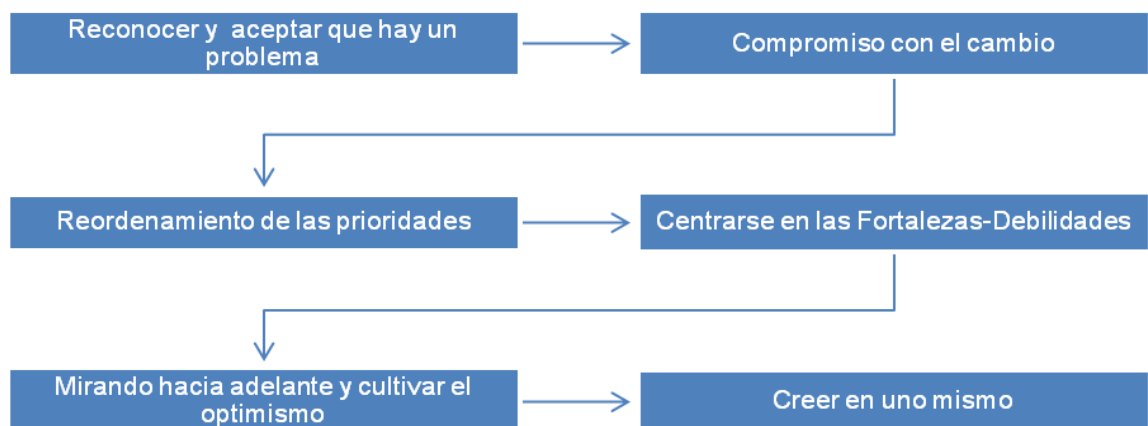
del almacenamiento de recursos personales y de la utilización del nuevo self, constituido e investido de la parte más sana del yo ⁽²⁰⁾.

Andresen et al 2007 menciona los cuatro factores o componentes más importantes de la recuperación, la búsqueda de la esperanza, la redefinición de la identidad, la búsqueda de sentido de la vida y el asumir la responsabilidad de la recuperación.

Beate, Schrank and M Slade 2007, en su artículo Recovery in psychiatry, también enumeran los componentes o factores que son claves en el proceso de recuperación de los usuarios.

En una primera instancia nombran a la Esperanza que es descrita como la creencia del individuo en que la recuperación es factible. Es el disparador primordial del proceso de recuperación.

Estos conceptos llegan a ser sintetizados mediante el siguiente diagrama de proceso:



Como segunda etapa señalan a la espiritualidad, que es la fuente de esperanza y de significado para la persona, implica redefinir su vida después de padecer una grave y catastrófica enfermedad mental. Luego señalan a la responsabilidad y control, como tercera etapa en dónde la persona tiene la posibilidad de reasumir su responsabilidad y el control de su propia vida. La enfermedad y la recuperación pueden ser vistas como un acto de emancipación de un sistema que fomenta la dependencia. Se trata de crear un nuevo sentido

de independencia y está ligada a la mayoría de otros dominios, sobre todo con el concepto de empoderamiento. Finalmente nombran como cuarta etapa al empoderamiento, que es definido por la persona afectada como un correctivo ante la falta de control, ante la sensación de impotencia y ante la dependencia que muchos usuarios de los servicios de salud mental a través del tiempo desarrollan. Se trata de llegar con autonomía o sea de salir de la rutina por modus propio y de tener la sensación de seguridad antes de asumir los riesgos; de asumir el control y la responsabilidad personal, de exigir los mismos derechos y tomar las mismas responsabilidades como lo hacen los demás ciudadanos; de Conectarse con los demás, de establecer y mantener relaciones, y roles sociales; de tener un propósito que es una necesidad humana básica, y consiste en reevaluar los valores y objetivos para encontrar nuevas alternativas; de contar con una identidad propia, la enfermedad mental grave afecta al yo de la persona. La posibilidad de reconceptualizar el yo es un componente muy importante durante los años del proceso de recuperación; de tratar los síntomas, es esencial que la persona tenga la capacidad de manejar de alguna forma a los síntomas; de luchar contra el estigma, implica por parte de la persona poner en marcha su proceso activo personal que está fuertemente vinculado con la redefinición de sí mismo y de ser capaz de manejar el poder ⁽²¹⁾.

De acuerdo a las distintas definiciones mencionadas anteriormente, y las fases detalladas con respecto a la recuperación, podemos señalar sus características principales de manera resumida.

La recuperación:

*Puede suceder sin intervención profesional y más bien lo que necesita es gente que crea y apoye a la persona.

*No implica ninguna teoría sobre las causas de la enfermedad y puede ocurrir incluso a pesar a pesar de la recurrencia de los síntomas y que haya discapacidad, pues se centra en el bienestar no en la enfermedad.

*Es un proceso único y personal, que no es lineal y que sucede en pequeños pasos, y que demanda que la persona afectada tenga alternativas y posibilidades de elegir.

*Por último, señala que la recuperación de las consecuencias de la enfermedad como el estigma asociado, puede ser más difícil que la enfermedad misma ⁽⁵⁾.

El concepto de recuperación como proceso, presenta limitaciones, una de ellas es que es una definición difícil de ser operativizada, la otra es que sus consecuencias prácticas no son inmediatamente intuitivas.

Si bien entre las dos perspectivas o modelos existen divergencias, a veces con un alto grado de tensión, se ha logrado alcanzar una síntesis de ambos enfoques en el campo de la salud mental, como lo demuestran investigaciones llevadas a cabo a tal efecto en estos últimos años.

3.7- Acerca de otros Modelos de Recuperación

A partir de la revisión bibliográfica se identifica otros modelos de recuperación, tales como el **Modelo de Bienestar** realizado por De Masi y col en el año 2006, quienes proponen tres áreas de bienestar: salud (física y mental), psicológicos (autoestima, esperanza, superación y confianza), social y calidad de vida (económicas y relaciones interpersonales). El **Modelo de Empoderamiento** de Fisher & Ahern del año 1999 que enfatizan la importancia del apoyo social en el proceso de recuperación. El **Modelo de Salud Pública** para la Recuperación desarrollado por Dornan y col en el año 2000 que ponen de relieve a la esperanza como tema principal en la recuperación. El **Modelo Relacional de Cosmovisión** con raíces en las culturas tribales de indios americanos, conocido como la Rueda de la Medicina que consta de un círculo con cuatro cuadrantes que representan al contexto, mente, cuerpo y espíritu, que en su conjunto deben estar en equilibrio. Cada uno de ellos se relaciona con los demás. La salud existe cuando todos los elementos están en equilibrio o armonía. El **Modelo del Grupo Asesor** descrito por R Ralph et al del año 1999, y desarrollado por el grupo de líderes de los consumidores mediante teleconferencias donde se debatieron las experiencias propias y ajenas de la recuperación. Y por último el **Modelo Conceptual de Recuperación** propuesto por Jacobson y Greenley en el año 2001 ⁽²²⁾.

El estudio de la recuperación en la salud mental y el desarrollo de instrumentos de medición son temáticas actuales. Uno de los principales retos para el

estudio de la recuperación es que el concepto de recuperación no está bien definido, por lo que los estudios y la instrumentación varían ampliamente ⁽¹⁶⁾.

La recuperación es un concepto multidimensional: no hay una sola medida de la recuperación, pero muchas medidas diferentes estiman varios aspectos de ella, incluyendo dimensiones como la autoestima, el ajuste a la discapacidad, el empoderamiento, y la autodeterminación, tomando la perspectiva del consumidor ^(22,23,24).

3.8- Recuperación como Resultado

Las definiciones de recuperación como Resultado facilitan la capacidad de los investigadores para medir la Recuperación.

Sin embargo no se ocupan de la experiencia subjetiva o fenomenológica expresada por los afectados de trastornos mentales severos.

Según M Rodgers y col 2007, para alcanzar la integración entre ambas perspectivas sería muy beneficioso incluir la medición cuantitativa de temas comunes de la recuperación como las relaciones sociales o el empleo, con la medición cualitativa de los aspectos más fenoménicos de las etapas de la recuperación, como los sentimientos de esperanza o de empoderamiento.

La mayoría de los procesos y definiciones de los resultados no son antitéticas sino están vinculados y reflejan diferentes perspectivas. Las múltiples definiciones de la recuperación contribuye a complejizar su medición.

Recientemente se han realizado grandes esfuerzos para desarrollar medidas cuantitativas, que se han clasificado en dos categorías:

- Encuestas y Escalas que incluyen medidas que evalúan la ausencia de síntomas o medidas directas de la recuperación o de sus dimensiones relacionadas.
- Indicadores Sociales que permiten medir la capacidad de adaptarse a la vida en la comunidad, por ejemplo el nivel de empleo o la reducción de las hospitalizaciones ⁽¹²⁾.

Tradicionalmente las investigaciones han consistido en estudios realizados con diseño longitudinal acerca de los pacientes esquizofrénicos, estudios

cualitativos y narraciones en primera persona de pacientes con enfermedades mentales graves.

Además de estas fuentes tradicionales, los desarrollos en otros campos de estudio como la psicología positiva y las ciencias del comportamiento también han empezado a ser contemplados ⁽²⁵⁾.

En el campo de las investigaciones es interesante señalar el gran interés que ha generado la posibilidad de medir la Recuperación, lo que contribuye a la ampliación de su conocimiento. Un ejemplo paradigmático de los estudios longitudinales acerca de la recuperación de pacientes con esquizofrenia, realizados a nivel internacional y en los EEUU en los últimos treinta años han sido resumidos por Harding, quién expresa que las tasas de recuperación son altas, entre el 49% y el 68% ⁽²⁶⁾.

Por otra parte también la OMS demostró que entre la mitad y las dos terceras partes de los pacientes habían presentado recuperación o habían mejorado significativamente ⁽²⁷⁾.

Los indicadores de evolución respecto a la recuperación son la ausencia de síntomas, ausencia de necesidad del consumo de psicofármacos, capacidad para vivir de manera independiente en la comunidad, capacidad para trabajar y capacidad para establecer relaciones convencionales con otras personas sin comportamientos considerados extraños por estas.

A pesar de las variaciones observadas entre los distintos estudios es evidente que a lo largo de los últimos años se ha producido una mejoría significativa en un número muy importante de las personas con enfermedades mentales graves.

Las experiencias de la recuperación ha quedado plasmada en varios estudios cualitativos y en los análisis de las narraciones de los pacientes, efectuadas en primera persona que han demostrado que las personas que sufren algún tipo de padecimiento mental alcanzan la recuperación a través del uso de los servicios de salud mental como de los procesos en los que no ha intervenido algún profesional ⁽²⁸⁾.

Varias investigaciones de base cualitativa describen los elementos que intervienen en el curso del proceso de recuperación, como los estudios

realizados por Nora Jacobson y Dianne Greenley quienes en su artículo *What is Recovery?*, describen un modelo conceptual a partir de las Condiciones Internas por ejemplo la esperanza, la curación, el empoderamiento y la conexión, como de las Condiciones Externas o sea los Derechos Humanos, la cultura positiva de creación y los servicios de salud presentes en el proceso de recuperación ⁽²⁵⁾.

Recientemente algunos investigadores realizan sus meta-análisis a partir de las narraciones de los pacientes en primera persona de las experiencias del proceso de recuperación, donde algunos individuos consideran a su enfermedad como el resultado de una crisis espiritual mientras que otros que la perciben como resultado de factores externos a ellos como pueden ser los aspectos biológicos, ambientales o políticos.

Finalmente hay personas que contemplan a su enfermedad mental como el resultado de una situación traumática específica ⁽²⁹⁾.

De esta manera son muchas las personas con enfermedad mental que han publicado sus experiencias de recuperación como Unzicker 1989; P Deegan 1990 y 1993; Sullivam 1994; Fisher & Ahern 1999; Spaniol et al 1999; Weingarten 1999; Mead & Copeland 2000; Ridgway 2001.

También existen publicaciones que abogan por los servicios profesionales que contiene las estrategias para facilitar la recuperación por ejemplo Frese, Stanley, Kress y Vogel-Scibilia de 2001; Greenley y Jacobson en 2001; Torgalsboen y Rund de 1998 ⁽³⁰⁾.

Otros investigadores han estudiado los procesos, los factores de superación y las tareas identificadas como importantes para alcanzar el objetivo de la recuperación. Por ejemplo los estudios realizados por R Ralph 2000, donde en su revisión de la literatura de las narraciones personales de los afectados con enfermedades mentales identifica cuatro dimensiones de la Recuperación:

1-Los Factores Internos, aquellos que están dentro de los consumidores, si mismo, como el despertar, la visión y la autodeterminación que se necesita para recuperarse.

2-Cuidado Autogestionado, es la expresión de los factores internos, donde los consumidores describen cómo manejan su propia salud mental y cómo hacen para enfrentar las dificultades y los obstáculos diarios.

3-Los Factores Externos engloba la interconexión con los otros, los apoyos recibidos de los familiares, de los amigos y los profesionales.

4-El Empoderamiento donde confluyen los factores internos como los externos, donde la fuerza interna se combina con la interconexión con los otros para proporcionar la autoayuda, la promoción y el cuidado de nosotros mismos y de los demás ⁽²⁴⁾.

En los últimos tiempos, en el campo de salud mental ha crecido en intensidad el debate en relación a la compatibilidad entre la perspectiva de la recuperación en salud mental y la “práctica basada en la evidencia”, que es el método privilegiado de las ciencias biomédicas. Este debate es muy nutrido y muy interesante.

Algunos autores sostienen que la práctica basada en la evidencia utiliza indicadores como “recaídas”, “días de hospitalización”, o “ratios de síntomas psiquiátricos” que nunca podrán estar relacionados con los métodos y objetivos de la perspectiva de la recuperación. Sin embargo, otros autores intentan integrar las prácticas basadas en la evidencia con el modelo de recuperación. El debate está abierto, el objetivo es alcanzar su integración ⁽³¹⁾.

En junio del año 2000 Ralph y colaboradores, a través de una extensa revisión de bibliografía y de la red de investigaciones de la recuperación construyen un Compendio de Recuperación y de Instrumentos relacionados con la Recuperación.

En dicho compendio los autores realizan la distinción de dos clases de medidas: Medidas de Recuperación y Medidas relacionadas con la Recuperación.

Las medidas de recuperación abarcan instrumentos que miden algún aspecto de la misma, por ejemplo, las actitudes, la visión, entre otros.

Las medidas relacionadas con la recuperación proporcionan información sobre los instrumentos que miden el contenido que puede estar relacionado con la recuperación por ejemplo el empoderamiento o la confianza ⁽¹²⁾.

En el año 2005, T Campbell-Orde y colaboradores, elaboran el Segundo Volumen del Compendio de las Medidas e la Recuperación, titulado La promesa de la medición, a solicitud del Evaluation Center @ HSRI, dónde crearon un conjunto de herramientas y materiales diseñados para proveer a los evaluadores las descripciones completas de las metodologías e instrumentos para ser empleados en la evaluación de asuntos específicos de la recuperación.

Se agrupan los instrumentos en dos categorías: Medidas de recuperación Individual y Medidas de los Dominios que promueven la Recuperación ⁽³²⁾.

Los instrumentos varían de acuerdo a las etapas de desarrollo que se encuentran, a su longitud y a su contenido o sea a la variedad de dominios que refleja.

De la exhaustiva revisión de la literatura existente se coteja que la mayoría de las Escalas que se han desarrollado para medir la Recuperación provienen de los EEUU y del Reino Unido ⁽³³⁾.

En Argentina no se registran evidencias científicas del proceso de valoración de recuperación. En función de lo expuesto se propuso como **objetivo** analizar el nivel de recuperación de las personas con trastornos mentales severos mediante el Recovery Assessment Scale, RAS.

Material y Método

4.1- Acerca de la muestra poblacional

La muestra poblacional es de 93 pacientes bajo tratamiento ambulatorio, procedentes de instituciones públicas de salud mental de las provincias de Córdoba, San Luis y Buenos Aires que admitieron participar en la investigación y que fueron contactados por los profesionales de Salud Mental de las instituciones en coordinación con los integrantes del equipo de investigación. Este equipo aplicó el procedimiento para la Firma del Consentimiento informado.

Se efectuó una entrevista individual a los pacientes seleccionados, la cual tuvo un tiempo de Administración aproximado de 30 a 45 minutos.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron:

- Pacientes con trastornos de enfermedad mental severa en tratamiento ambulatorio.
- Edad del Paciente de 18 a 65 años.

El instrumento empleado es la Escala de Evaluación de la Recuperación, RAS, para pacientes con trastornos mentales severos.

La Escala RAS fue desarrollada por D Giffort y colegas en el año 1995, como una medida de resultado para evaluaciones de programa, mediante el análisis de las narrativas de las historias de recuperación de cuatro consumidores. El análisis informó el desarrollo de una escala de 39 artículos. Una revisión de los artículos de la escala por un grupo independiente de 12 consumidores causó la revisión de la escala. Las revisiones cedieron la versión final del RAS, que es una escala de 41 ítems (Corrigan, Giffort, Rashid, Leary y Okeke 1999).

Basado en un modelo de proceso de recuperación, el RAS estima los aspectos de recuperación con un foco especial sobre la esperanza y la autodeterminación, dónde los consumidores estuvieron implicados en el desarrollo tanto de la escala original como en la revisión.

El RAS ha sido requerido para su empleo y probado con adultos ⁽¹⁰⁾, de distintos países, EEUU ^(26,15,12,27,28), Reino Unido ^(29,12,11), Nueva Zelanda ⁽¹³⁾, Australia ⁽²³⁾, y Japón ⁽³⁰⁾, estando disponible en su mayor parte en sus lenguas de origen, siendo su modalidad de administración: Autoadministrado; Autoadministrado en grupo; Entrevista telefónica o Método de Observación ⁽³¹⁾.

El RAS tiene 41 ítems. Todos los ítems son tasados usando la misma escala de Likert de 5 puntos. Con afirmaciones que describe cómo se sienten las personas a veces, acerca de sí mismas y de sus vidas, que se extienden desde 1= Muy en desacuerdo hasta 5= Muy de acuerdo, con el adicional 6= No responde y 7= No pregunta.

Cubre Cinco factores que corresponden a cuatro Dominios (Factores Internos, Autocuidado, Factores Externos y Fortalecimiento).

FACTOR 1 CONFIANZA PERSONAL Y ESPERANZA, compuesto por 9 ítems (11, 14, 15, 16, 20, 22, 24, 25, 36) e incluyen las declaraciones de los encuestados acerca de sí se gustan, de tener esperanza en el futuro y de ser capaz de manejar la tensión. El Factor 1 constituye el **dominio 1 factores internos** como la conciencia del curso que ha tomado la enfermedad, el reconocimiento de la necesidad de cambiar la visión acerca del cómo puede comenzar el cambio y la determinación de recuperarse.

FACTOR 2 BUENA VOLUNTAD DE PEDIR AYUDA, incluye 3 ítems (30, 31, 32) que están relacionados con la búsqueda de ayuda de los otros.

FACTOR 3 OBJETIVO Y ORIENTACIÓN DE ÉXITO, compuesto por 5 ítems (1, 2, 3, 4, 5), que incluyen tener un deseo de éxito y la capacidad de satisfacer objetivos y metas. Este factor conforma el **dominio 3 tener éxito y la capacidad de satisfacer objetivos/metras**, la fuerza interna de las personas es combinada con la interconexión para producir la autoayuda, apoyo y cuidado, por lo que les pasa a ellos mismos como a los demás.

FACTOR 4 CONFIANZA EN LOS OTROS compuesto por 4 ítems (6, 37,39, 40) ilustran la importancia de los demás en la recuperación.

FACTOR 5 NINGUNA DOMINACION POR SINTOMAS, conformado por 3 ítems (27, 28, 29) que surgen que los síntomas psiquiátricos ya no son el foco o centro de la vida de la persona. Dicho factor constituye el **dominio 4 autocuidado y dominio de afrontamiento**, dónde las personas describen como manejan su propia salud mental y el cómo hacer frente las dificultades y las barreras que enfrentan cotidianamente.

El Factor 2 Buena Voluntad para Pedir Ayuda conjuntamente con el Factor 4 Confianza sobre Otros conforman el **dominio 2 factor externo**, implica el estar unido a Otros, recibir el apoyo de la familia, amigos y profesionales. Diecisiete de los ítems de la escala no son incorporados en la estructura de factor corriente ⁽³²⁾.

4.2- Características de la Evaluación del Instrumento

Previo a la aplicación del instrumento y tal como se refirió anteriormente fue comprobada la fiabilidad y la validez del mismo. Las investigaciones previas realizadas en otros grupos de investigación dan cuenta de la viabilidad en la aplicación del instrumento, de la repetibilidad y fiabilidad inter-observador ^(28,30 32, 33).

En la presente investigación sólo se efectuó un análisis de la fiabilidad y de la consistencia interna, luego de efectuar la adaptación semántica.

-Consistencia Interna

La consistencia interna se refiere si los ítems que miden un mismo atributo presentan homogeneidad entre ellos. Cuando un cuestionario está compuesto por diferentes sub-escalas, cada una espera medir una dimensión diferente del objeto de estudio, y por lo tanto debe evaluarse la consistencia interna de cada una de ellas.

Por ello en la presente investigación se efectuó un análisis del alfa de Cronbach al cuestionario en forma global y luego a cada una de las escalas que la conforman.

Se consideró que los valores esperados estarán comprendidos entre 0 y 1.

-Adaptación transcultural

El procedimiento de adaptación tuvo como objetivo conseguir un instrumento equivalente al que se desarrolló en el país de origen, el proceso de traducción fue realizado por investigadores de la Universidad de Chile y el procedimiento empleado en la siguiente investigación fue asegurar la consistencia conceptual

y semántica con el instrumento original pero adaptado a los pacientes en la Argentina.

Para la equivalencia conceptual y semántica se efectuó una prueba piloto para detectar las dificultades de la comprensión del texto, generando los cambios semánticos necesarios, sin perder la equivalencia con el instrumento original.

Instrumento

Escala de Evaluación de Recuperación (EER).

A continuación, le leeré una lista de afirmaciones que describe cómo se sienten las personas, a veces, acerca de sí mismas y sus vidas. Por favor escuche cuidadosamente cada una de ellas, indique la respuesta y el grado que mejor describe si está de acuerdo o no con la afirmación. Para cada una de estas frases, por favor indique si usted está Muy de Acuerdo (1), En Desacuerdo (2), No está Seguro (3), De Acuerdo (4), o Muy de Acuerdo (5) con las afirmaciones

	Reactivo	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	No está Seguro	De Acuerdo	Muy de Acuerdo	No Responde	No Pregunta
F.1.1	Tengo deseos de triunfar	1	2	3	4	5	6	7
F.1.2	Tengo mi propio plan para saber cómo mantenerme o estar bien	1	2	3	4	5	6	7
F.1.3	Tengo sueños, deseos en la vida que quiero alcanzar.	1	2	3	4	5	6	7
F.1.4	Creo que puedo cumplir mis sueños y deseos ahora.	1	2	3	4	5	6	7
F.1.5	Quiero ser o hacer algo en la vida.	1	2	3	4	5	6	7
F.1.6	Incluso cuando no me preocupo de mí mismo, otras personas lo hacen	1	2	3	4	5	6	7
F.1.7	Puedo controlar mis comportamientos	1	2	3	4	5	6	7
F.1.8	Puedo manejar la situación si me enfermo de nuevo	1	2	3	4	5	6	7
F.1.9	Puedo ver qué cosas causan mis comportamientos.	1	2	3	4	5	6	7
F.1.10	Puedo ayudarme a mí mismo a sentirme mejor	1	2	3	4	5	6	7
F.1.11	El miedo no me impide vivir de la manera que quiero	1	2	3	4	5	6	7
F.1.12	Sé que hay servicios de salud mental que me ayudan	1	2	3	4	5	6	7
F.1.13	Hay cosas que puedo hacer que me ayudan a enfrentar los síntomas no deseados	1	2	3	4	5	6	7

	Reactivo	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	No está Seguro	De Acuerdo	Muy de Acuerdo	No Responde	No Pregunta
F.1.14	Puedo manejar lo que pasa en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
F.1.15	Me gusta como soy	1	2	3	4	5	6	7
F.1.16	Si la gente me considera realmente, yo les gustaría	1	2	3	4	5	6	7
F.1.17	Soy una persona mejor que antes de haber tenido una experiencia con una enfermedad mental	1	2	3	4	5	6	7
F.1.18	Aunque mis síntomas empeoren, yo sé que puedo manejarlos	1	2	3	4	5	6	7
F.1.19	Si lo sigo intentando, voy a continuar mejorando	1	2	3	4	5	6	7
F.1.20	Tengo una idea acerca de quién quiero llegar a ser	1	2	3	4	5	6	7
F.1.21	Las cosas suceden por alguna razón	1	2	3	4	5	6	7
F.1.22	Algo bueno pasará con el tiempo	1	2	3	4	5	6	7
F.1.23	Soy la persona más responsable de mi propia mejora	1	2	3	4	5	6	7
F.1.24	Voy a estar satisfecho de ahora en adelante con mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
F.1.25	Tengo sueños, deseos de nuevas cosas.	1	2	3	4	5	6	7
F.1.26	Es importante tener una diversión	1	2	3	4	5	6	7

	Reactivo	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	No está Seguro	De Acuerdo	Muy de Acuerdo	No Responde	No Pregunta
F.1.27	Enfrentar mi situación ya no es algo principal en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
F.1.28	Mis síntomas interfieren cada vez menos con mi vida	1	2	3	4	5	6	7
F.1.29	Mis síntomas parecen ser un problema por un corto período de tiempo, cuando aparecen	1	2	3	4	5	6	7
F.1.30	Sé cuando pedir ayuda	1	2	3	4	5	6	7
F.1.31	Estoy dispuesto a pedir ayuda	1	2	3	4	5	6	7
F.1.32	Pido ayuda cuando lo necesito	1	2	3	4	5	6	7
F.1.33	Es importante para mí ser capaz de trabajar	1	2	3	4	5	6	7
F.1.34	Sé que cosas me ayudan a sentirme mejor	1	2	3	4	5	6	7
F.1.35	Puedo aprender de los errores que he cometido	1	2	3	4	5	6	7
F.1.36	Yo puedo manejar mis nervios, mis tensiones	1	2	3	4	5	6	7
F.1.37	Tengo personas con las que puedo contar	1	2	3	4	5	6	7
F.1.38	Puedo identificar las primeras señales de alerta de que me voy a enfermar	1	2	3	4	5	6	7

	Reactivo	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	No está Seguro	De Acuerdo	Muy de Acuerdo	No Responde	No Pregunta
F.1.39	Incluso cuando yo no creo en mí mismo, otras personas lo hacen	1	2	3	4	5	6	7
F.1.40	Es importante tener una variedad de amigos	1	2	3	4	5	6	7
F.1.41	Es importante comer bien, ir al médico, tomar la medicación, bañarme	1	2	3	4	5	6	7

4.4- Análisis de los Datos

Con los registros obtenidos del instrumento se generó una base de datos a fin de estructurar organizativamente las variables involucradas en el estudio. Posterior al análisis descriptivo de los datos, se focalizó en un análisis más exhaustivo dividiendo los pacientes en dos grupos:

“Recuperados” y “No Recuperados”, que determinan el Nivel de Recuperación autopercebida. El grupo que denominamos No Recuperados, manifiesta la situación de impedimento del paciente para integrarse activamente en la comunidad, el grupo que denominamos Recuperados muestra la situación del paciente con respecto a su capacidad para integrarse a la comunidad a la que pertenece. El punto de corte de la escala se calculó contrastando las respuestas dadas por los encuestados con los tipos de diagnósticos. Los resultados indican un punto de corte de 3,78 para diferenciar entre los pacientes recuperados de los no recuperados.

Los análisis estadísticos empleados fueron ANOVA o Datos categorizados, teniendo en cuenta la naturaleza de las variables analizadas. Se efectuó también análisis multivariado para identificar el agrupamiento de las variables significativas.

Con el objeto de analizar la respuesta de los pacientes a las 5 etapas del instrumento se procedió de la siguiente forma:

- Análisis univariado para describir la distribución y frecuencia de presentación de cada variable incluida en el cuestionario.
- Análisis bivariado de asociación entre las variables utilizando el test de χ^2 ajustado. En las asociaciones se tuvo en cuenta los datos socio-demográficos de edad y sexo.
- Análisis de interdependencia de variables empleando el método factorial de correspondencia múltiple, el cual genera agrupamiento de atributos similares de los sujetos.

En todos los casos se trabajó con un nivel de confianza del 95%.

Con la finalidad de comprobar la fiabilidad del instrumento aplicado a los pacientes luego de efectuar la adaptación semántica, se efectuó el análisis del coeficiente alfa de Cronbach, el cual es una media ponderada de la correlación

entre los ítems que forman parte del instrumento. Se considera que a partir de 0,59 es un valor aceptable para este instrumento.

4.5- Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas contempladas corresponden a los principios de ética internacionales para estudios observacionales en pacientes.

Antes de realizar la aplicación del instrumento, se realizó la firma del Consentimiento Informado para garantizar la voluntad de participar y la confidencialidad de los datos y el resguardo de la identidad de los participantes.

Resultados

5.1- Presentación de los Resultados.

La presentación de los resultados se realiza en primer lugar a partir del análisis de fiabilidad y consistencia interna del instrumento utilizado en la investigación. Luego se describen las variables comenzando por el análisis descriptivo univariado, que permite destacar las características generales de cada una de las variables en estudio.

Seguidamente se procede a presentar los resultados del análisis bivariado para poner de manifiesto la asociación o relación existente entre cada una de las variables analizadas, conformadas por los Factores-Dominios que mide la escala Recovery Assessment Scale y la Recuperación, que resume el objetivo fundamental de esta investigación. Por último, se presenta el análisis multivariado, que permitió identificar los factores y dominios que más relevancia tienen y que están asociados a la Recuperación.

Previo a la aplicación de la escala se llevó a cabo el proceso de Validación semántica, dónde se analizó la redacción de los ítems que conforma dicha escala, los cuales debieron ser mejorados para su comprensión.

Los ítems modificados fueron los siguientes:

F. 1.3: “Tengo metas en la vida que quiero alcanzar”

Tengo sueños, deseos en la vida que quiero alcanzar.

La expresión tengo metas, no es una expresión del habla corriente de la población objetivo, por lo cual se decidió modificarlo por las palabras sueños, deseos.

F. 1.4: “Creo que puedo cumplir mis metas personales actuales”

Creo que puedo cumplir mis sueños y deseos ahora.

A igual que la expresión anterior, se modificó el ítem debido a que no llegaban a comprender bien el sentido de la declaración.

F. 1.5: “Tengo un propósito en la vida”

Quiero ser o hacer algo en la vida.

Se modificó la presente expresión debido a que la población estudiada tenían más familiaridad por la segunda expresión.

F. 1.7: “Entiendo cómo controlar los síntomas de mi enfermedad mental”

Puedo controlar mis comportamientos.

Se decidió cambiar la expresión original debido a que los encuestados no llegaban a comprender bien el sentido de la declaración.

F. 1.9: “Puedo identificar qué cosas gatillan los síntomas de mi enfermedad”

Puedo ver qué cosas causan mis comportamientos.

Las expresiones “cosas que gatillan los síntomas” no pertenecen al uso de habla corriente en nuestro país, por lo cual se decidió modificarlo por las palabras “que cosas causan mis comportamientos”.

F. 1.24: “Soy optimista acerca de mi futuro”

Voy a estar satisfecho de ahora en adelante con mi vida.

Se decidió modifica la expresión debido a que los entrevistados tenían más familiaridad con la segunda frase.

F. 1.25: “Sigo teniendo nuevos intereses”

Tengo sueños, deseos de nuevas cosas.

El vocablo “intereses” se modificó por “sueños, deseos” debido a que no llegaban los entrevistados a comprender bien el sentido de la frase.

F. 1.27: “Enfrentar mi enfermedad mental ya no es el foco principal de mi vida”

Enfrentar mi situación ya no es algo principal en mi vida.

La expresión se modificó para facilitar su comprensión y evitar la afectación de la sensibilidad de los encuestados.

F. 1.36: “Yo puedo manejar el stress”

Yo puedo manejar mis nervios, mis tensiones.

El desconocimiento del significado de la palabra stress por parte de la población objetivo de estudio nos llevó a modificar la expresión, para evitar posibles confusiones.

F. 1.41: “Es importante tener hábitos saludables”

Es importante comer bien, ir al médico, tomar la medicación, bañarme.

La expresión “hábitos saludables” no corresponde al uso del habla corriente de las personas en estudio por lo cual se cambió por vocablos conocidos y de uso más frecuente entre dicha población.

Todas las modificaciones anteriormente enunciadas fueron incluidas en el instrumento para ser aplicado en el presente estudio.

Una vez que se aplicó la escala Recovery Assessment Scale a la muestra seleccionada, se realizó el análisis de confiabilidad por medio del Alpha de Cronbach (1951), dónde en la presente investigación arrojó un índice de 0,93 para los cinco factores de la escala, lo cual indica que la consistencia interna del instrumento es adecuada.

5.2- Análisis Exploratorio de los Datos.

Posterior a la validación se inició el análisis exploratorio de los datos. En primera instancia se procedió al análisis de las características socio-demográficas de la población en estudio.

De esta manera al total de los pacientes (n=93) se le aplicó la Escala RAS. De estos pacientes el 62% pertenecían al sexo masculino y 38% al sexo femenino, con un rango de Categoría de Edad en mayor porcentaje en Adulto, 72% (25-65 años).

En cuanto a la Categoría Diagnóstico Agrupado, la aplicación de la escala reveló la presencia de Depresión, Esquizofrenia, Psicosis y otros trastornos. Por Depresión se entiende al trastorno afectivo que se caracteriza por el descenso del humor, por los pensamientos pesimistas, la falta de disfrute, la reducción de la energía, la lentitud, la falta de concentración y la baja autoestima. El Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, incluye a la depresión en la sección de los Trastornos del Estado de Ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor. Dicha sección se encuentra dividida en tres partes: a) episodios afectivos- episodio depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco- b) trastornos del estado de ánimo -trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar- c) especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

La Esquizofrenia se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos como las alucinaciones y los delirios. Es una enfermedad particularmente incapacitante debido a que su curso, aunque variable, con frecuencia es crónico y recurrente. El cuidado de los pacientes con esquizofrenia supone una carga considerable para todos los implicados, tanto sus familias como los servicios sanitarios como sociales. En el DSM IV, la Esquizofrenia es considerada como una alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa, por ejemplo dos o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos.

Por Psicosis, como termino colectivo se utiliza para las formas más graves de trastornos psiquiátricos en los que pueden aparecer alucinaciones y delirios y se pierde la capacidad de introspección. Se ha criticado mucho el término psicosis ya que agrupa juntos trastornos que tienen poco en común, sin embargo se continúa utilizándolo, sobre todo cuando es difícil hacer un diagnóstico más preciso.

En cuanto a la categoría Otros trastornos, se incluyó al trastorno psicótico, trastorno depresivo con síntomas psicóticos, psicosis inducida por el consumo de sustancia, descompensación psicótica, trastorno delirante crónico, entre otros (figura1).

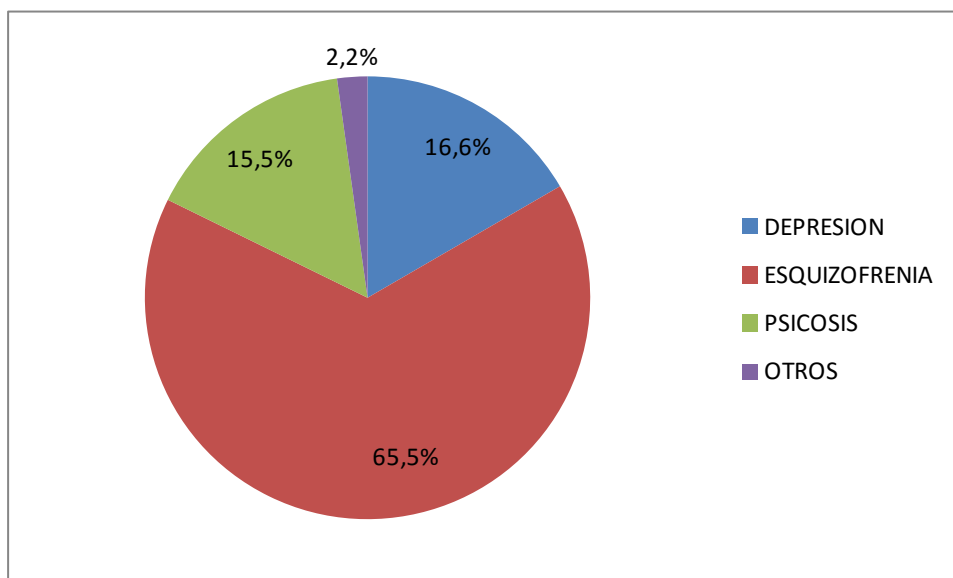


Fig. 1: Distribución de los pacientes, según el criterio de diagnóstico agrupado (n=93).

Con respecto a las características de los pacientes según Categoría de Edad y Sexo, el relevamiento de los datos nos permitió observar que la mayoría de los pacientes encuestados se concentran en la Categoría de Edad Adulta, (74,3%) preferentemente de sexo masculino (38,8%), como queda demostrado en el siguiente gráfico, ver figura 2.

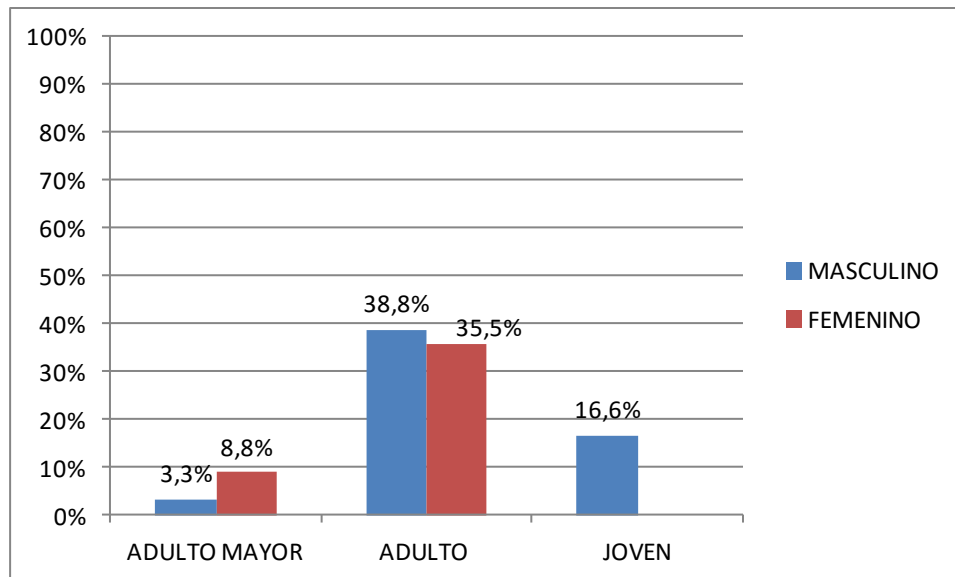


Fig. 2: Distribución de pacientes según el criterio de Categoría de Edad y Sexo (n=93).

La distribución de los pacientes de sexo masculino presenta: Esquizofrenia (62%), seguido de depresión (17%), psicosis (17%) y otros (4%), ver figura 3.

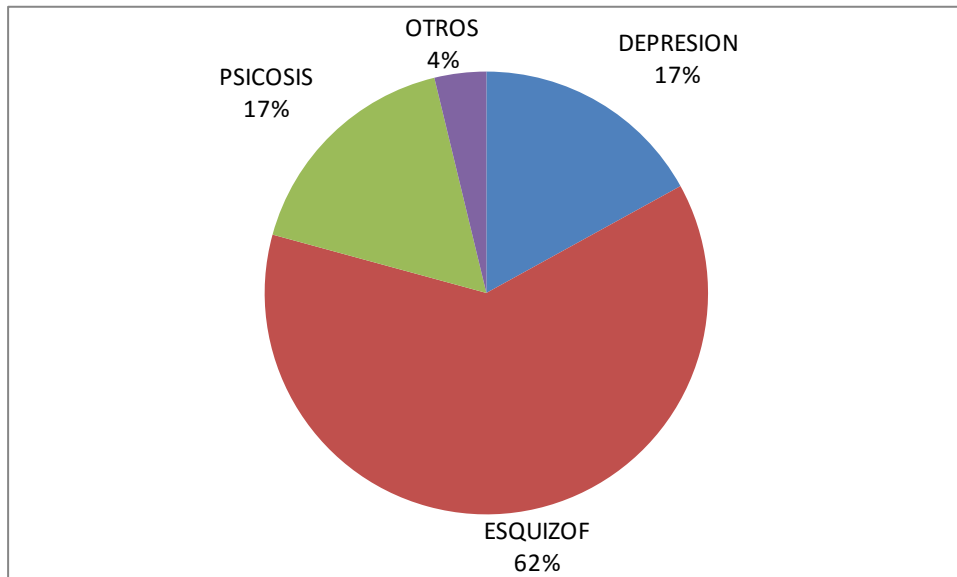


Fig. 3: Distribución de pacientes masculinos según el criterio de diagnóstico agrupado (n=93.)

La distribución de pacientes femeninas según diagnóstico agrupado: Esquizofrenia (65%), Depresión (15%), Psicosis (12%) y otros (8%), ver figura 4.

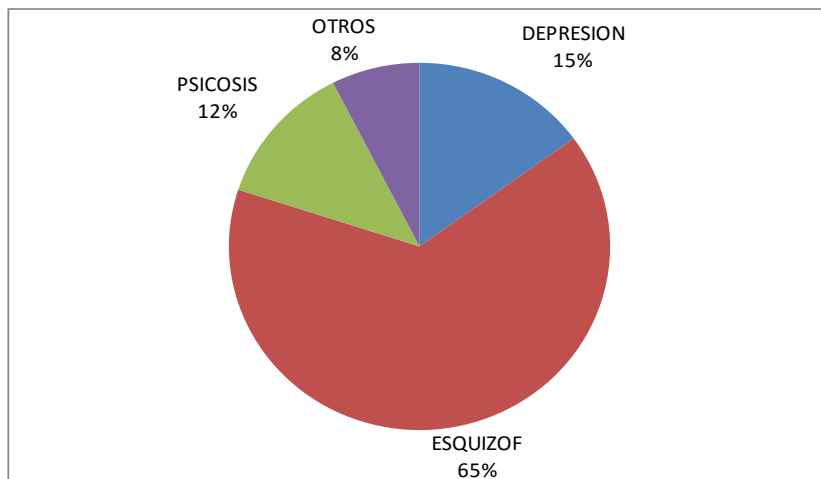


Fig. 4: Distribución de pacientes femeninas según el criterio de diagnóstico agrupado (n=93).

La Recovery Assessment Scale evaluó cinco Factores: la confianza personal y la esperanza, la voluntad de pedir ayuda, el objetivo y la orientación de éxito, la confianza en los demás, y no dominación por los síntomas, que correspondieron a cuatro dominios, el Factor Interno, el Autocuidado y Afrontamiento, el Factor Externo y el Fortalecimiento, todos conceptualmente

relacionados con los procesos que componen el modelo de etapas de la recuperación.

El Factor 1 Confianza Personal y la Esperanza remite a que la gente es optimista acerca de su futuro y creen que las metas personales son alcanzables. Supone la presencia de fe, fortaleza interior y confianza en la capacidad para el logro de las metas. Algunos ítems que conforman esta área son: “Miedo no me impide vivir”, “Sé manejarme”, “Me gusto”, “Le gusto a la gente”, “Sé lo que quiero ser”, “Algo bueno pasará”, “Estoy satisfecho”, “Sueños y deseos de cambio” y “Me controlo”. En la figura 5 se presentan los porcentajes correspondientes al Factor 1.

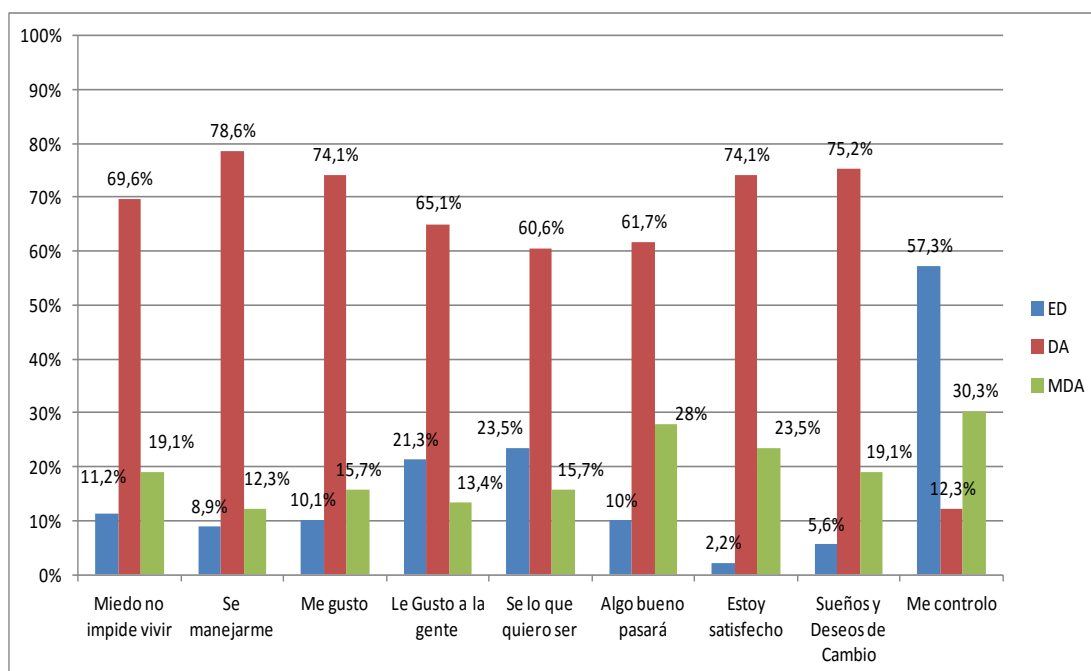


Fig. 5: Distribución de respuestas dadas por los examinados con respecto al Factor 1 Confianza Personal y Esperanza (confianza en sí mismo, autoestima y sentimientos personales positivos). Ref.: ED (En Desacuerdo); DA (De Acuerdo); MDA (Muy De Acuerdo) (n=93).

El Factor 2 que corresponde a la Predisposición para Pedir Ayuda, presupone la presencia de los otros, por ejemplo los amigos, los familiares y los profesionales, quienes desempeñan un papel central en la solución de los problemas y desafíos. Entre los ítems que integran a dicho Factor se encuentran: “Pedir Ayuda?”, “Pido Ayuda” y “Sé trabajar”, figura 6.

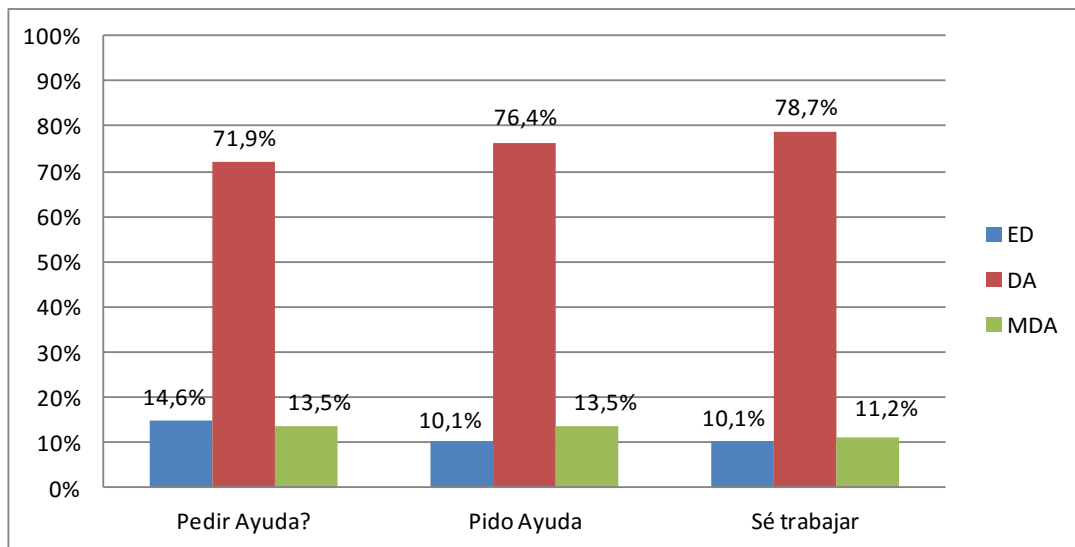


Fig.6: Distribución de las respuestas dadas por los examinados con respecto al Factor 2 Predisposición para Pedir Ayuda y actividad laboral. Ref.: ED (En Desacuerdo); DA (De Acuerdo); MDA (Muy De Acuerdo)(n=93).

El Factor 3 Orientación a la Meta y al Éxito evalúa la capacidad de la persona para establecer el nivel de compromiso con metas a futuro. Algunos ítems que conforman esta área son: “Deseos de triunfar”, “Tengo un Plan”, “Tengo sueños”, “Cumpló mis sueños”, “Ser alguien”, figura 7.

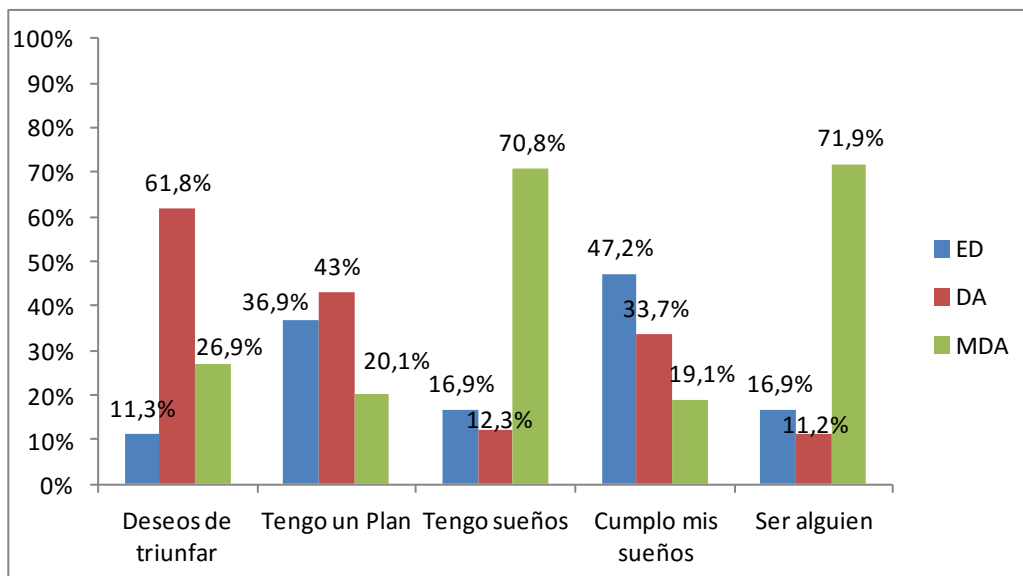


Fig. 7: Distribución de las respuestas dadas por los examinados con respecto al Factor 3 Orientación a la Meta y al Éxito. Ref.: ED (En Desacuerdo); DA (De Acuerdo); MDA (Muy De Acuerdo)(n=93).

El Factor 4 Confianza en Otros remite al soporte social y a la posibilidad de pertenencia, evaluando la percepción de la existencia de relaciones con otras personas que pueden ser fuente de apoyo y gratificación. Además de ayudar, los Otros juegan un papel central en el logro de metas. Entre los ítems que conforman a dicho factor podemos nombrar: “Se preocupan por mí”, “Cuento con personas”, “Creen en mí”, “Tener Amigos”, quedando sus porcentajes plasmados en la figura 8.

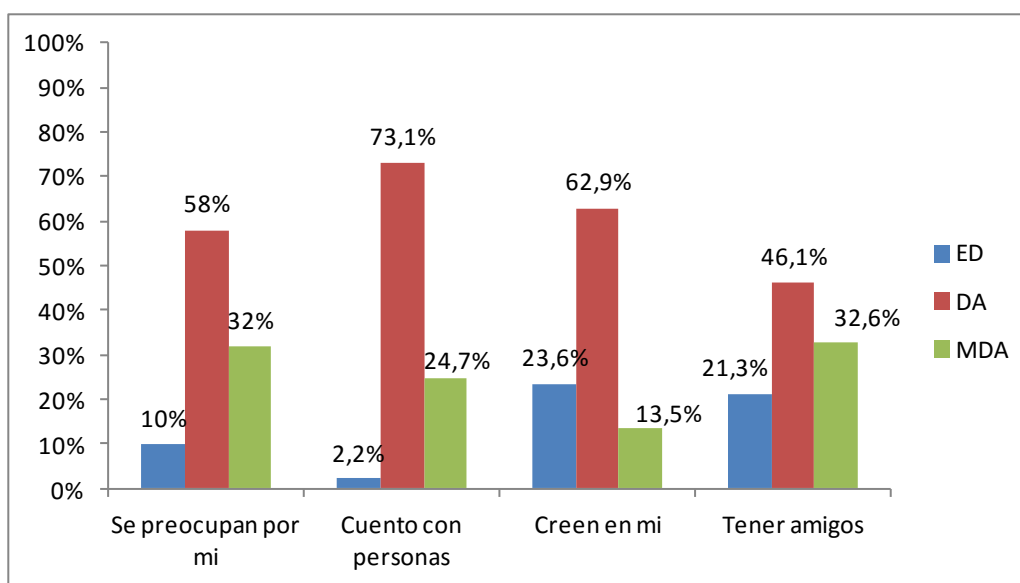


Fig.8: Distribución de las respuestas dadas por los examinados con respecto al Factor 4 Confianza en Otros (contar con los demás, tener amigos y autoimagen positiva). Ref.: ED (En Desacuerdo); DA (De Acuerdo); MDA (Muy De Acuerdo) (n=93).

El Factor 5 No Dominación por Síntomas presupone la autogestión de los síntomas, estrategia de manejo de la medicación, entrenamiento de habilidades, actividades relacionadas con el control. En dicho factor se agrupan los siguientes ítems:

“Enfrentar mi situación no es importante”, “Mis comportamientos interfieren”, “Mis comportamientos son problemáticos, figura 9.

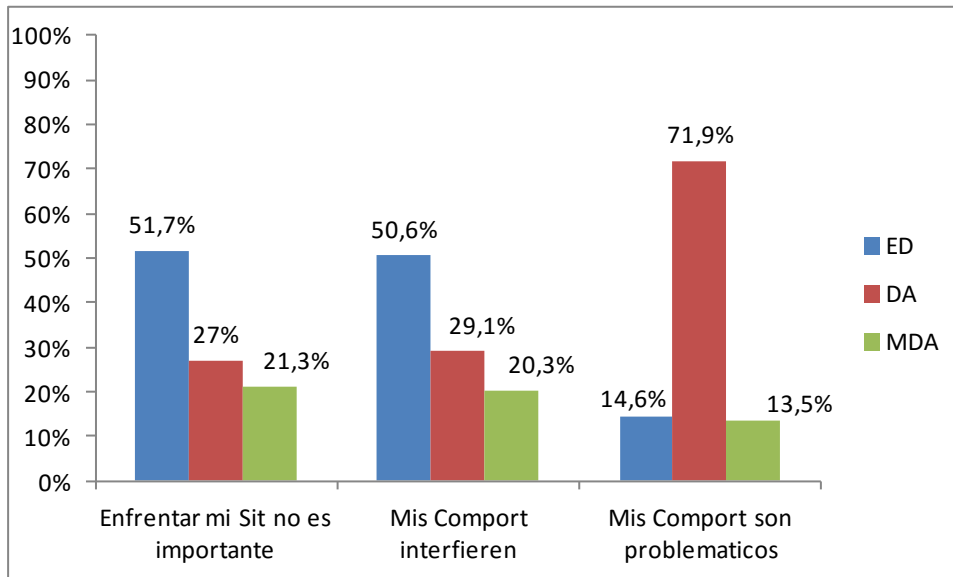


Fig.9: Distribución de las respuestas dadas por los examinados con respecto al Factor 5 No Dominación por Síntomas. Ref.: ED (En Desacuerdo); DA (De Acuerdo); MDA (Muy De Acuerdo)(n=93).

Cada uno de los Factores anteriormente mencionados, se encuentran íntimamente correlacionados con cuatro Dominio. Los Dominios de Recuperación se describen de la siguiente manera:

El Dominio 1 Factores Internos, los que están dentro de la persona, él o ella misma, figura 10.

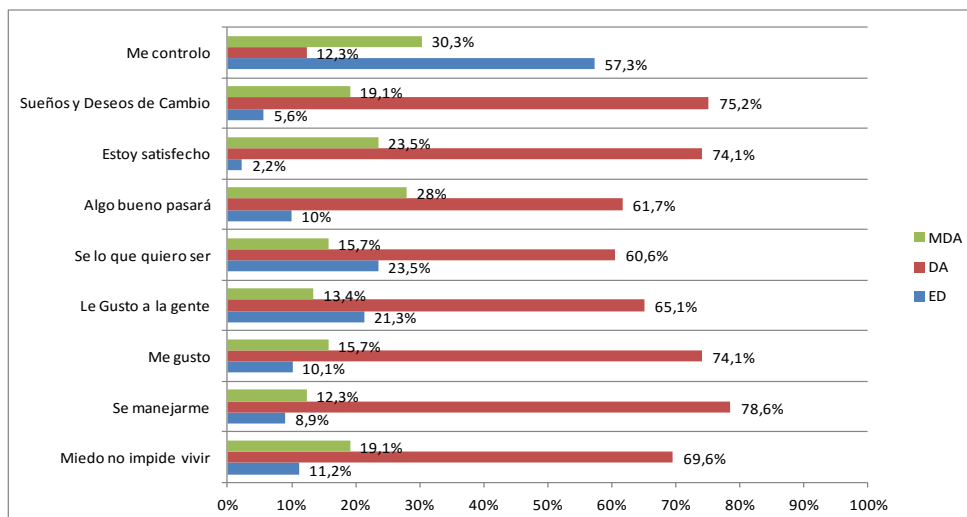


Fig. 10: Distribución de las respuestas dadas por los examinados con respecto al Dominio 1 Factores Internos. Ref.: ED (En Desacuerdo); DA (De Acuerdo); MDA (Muy De Acuerdo) (n=93).

Al referirnos al Dominio 2 enfocamos a los Factores Externos, la interconexión con los demás, incluidos los tipos de soportes que pueden ser ofrecidos por profesionales, familiares y amigos, figura 11.

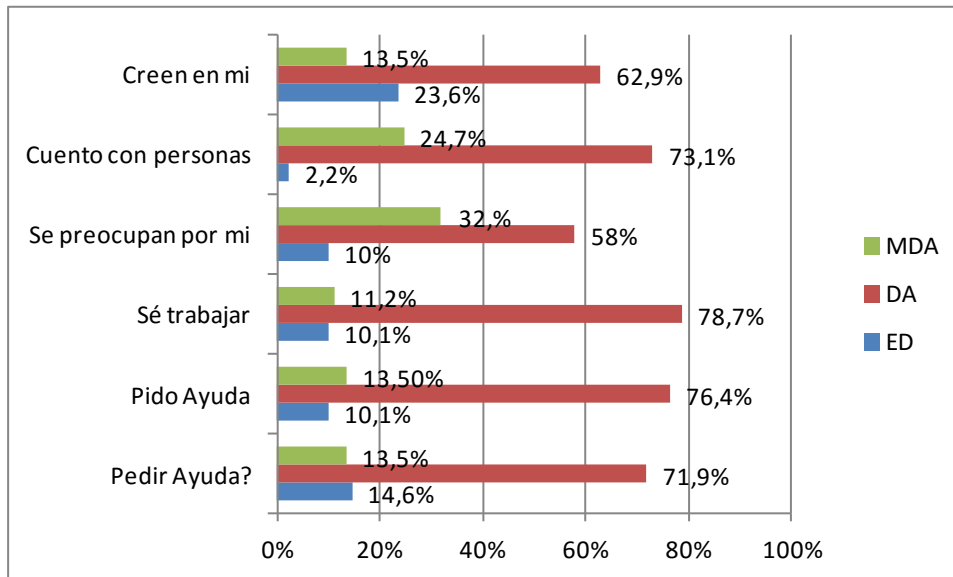


Fig.11: Distribución de las respuestas dadas por los examinados con respecto al Dominio 2 Factores Externos. Ref.: ED (En Desacuerdo); DA (De Acuerdo); MDA (Muy De Acuerdo)(n=93).

Con el Dominio 3 apuntamos al Autocuidado administrado y afrontamiento, que es una extensión de los factores internos, cuyos porcentajes quedan plasmados en la figura 12.

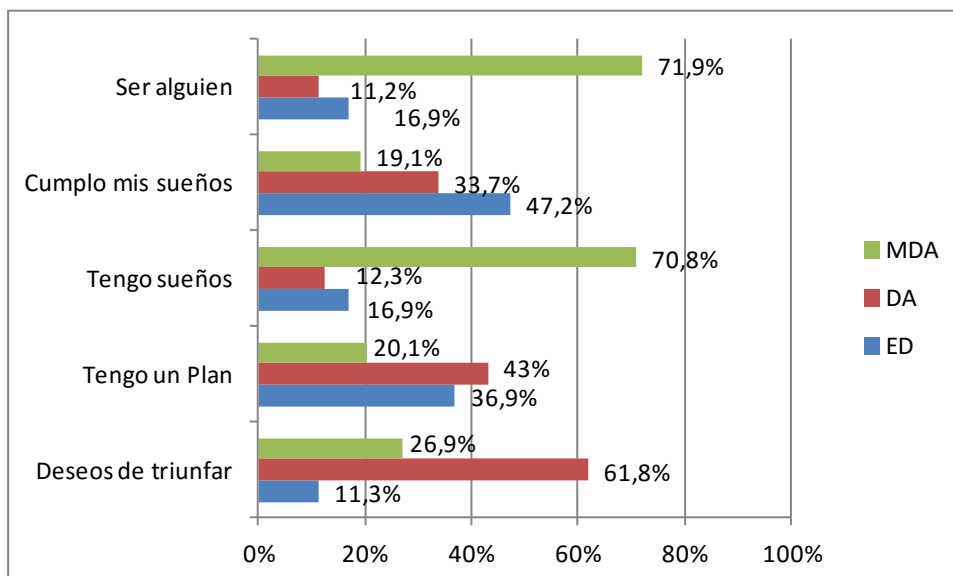


Fig.12: Distribución de las respuestas dadas por los examinados con respecto al Dominio 3 Autocuidado y Afrontamiento. Ref.: ED (En Desacuerdo); DA (De Acuerdo); MDA (Muy De Acuerdo)(n=93).

Por último con el Dominio 4 nos centramos en el Fortalecimiento o más bien al Empoderamiento, que es una combinación de los factores internos y externos, que se combinan con la fuerza interna para proporcionar la interconexión de

auto-ayuda, la defensa y el cuidado acerca de lo que ocurre con nosotros mismos y con los demás, figura 13.

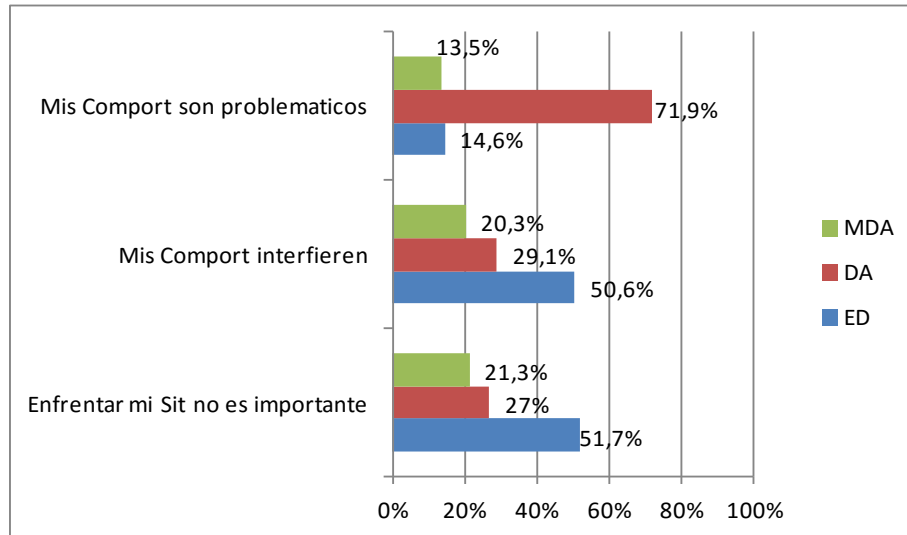


Fig.13: Distribución de las respuestas dadas por los examinados con respecto al Dominio 4 Fortalecimiento/ Empoderamiento. Ref.: ED (En Desacuerdo); DA (De Acuerdo); MDA (Muy De Acuerdo) (n=93).

5.3- Análisis Bivariado

Posterior al análisis exploratorio se efectuó un análisis bivariado, que consistió en analizar la asociación existente entre dos variables. En dicha investigación se estudió la asociación entre Recuperación y Factores o Dominios medidos mediante la Escala RAS.

En primer lugar, tal como indica la fig. 14 se observó una asociación significativa a un nivel de $*p < 0,0001$, entre Factores Internos y Recuperación alcanzado por los sujetos en estudio.

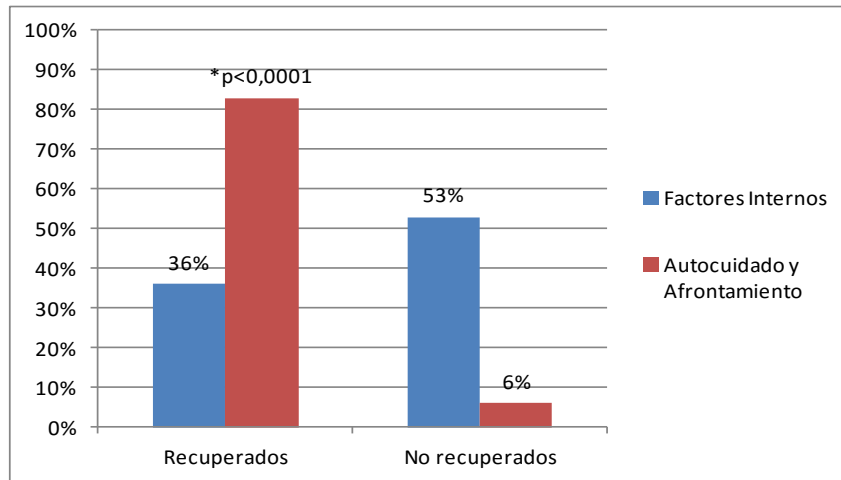


Fig. 14: Relación entre los Factores Internos Dominio 1 con el Dominio 3 Autocuidado y Afrontamiento (n=93)

La correlación entre Dominio 1 Factores Internos, constituido por el Factor 1 Confianza Personal y Esperanza y Dominio 2 Factores Externos, conformado por el Factor 2 Predisposición para Pedir Ayuda y Factor 4 Confianza en Otros, ha sido otra de las variables analizadas. Los resultados que aparecen en la fig. 15 indican que el Dominio 2 correspondiente a los Factores Externos está asociado favorablemente con la Recuperación ($p < 0,0001$).

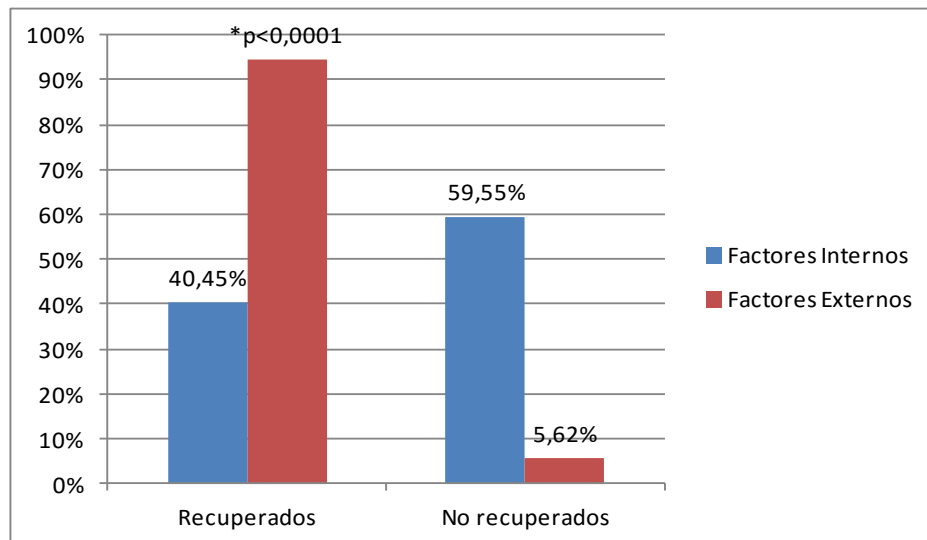


Fig. 15: Relación entre los Factores Internos Dominio 1 con el Dominio 2 Factores Externos(n=93).

Por otra parte, tal como se indica en la figura 16, se muestra una relación significativa entre la Recuperación y el Dominio 2 constituido por los Factores Externos, Predisposición para Pedir Ayuda y Factor 4 Confianza en Otros, representando al 94,38% del total de pacientes encuestados

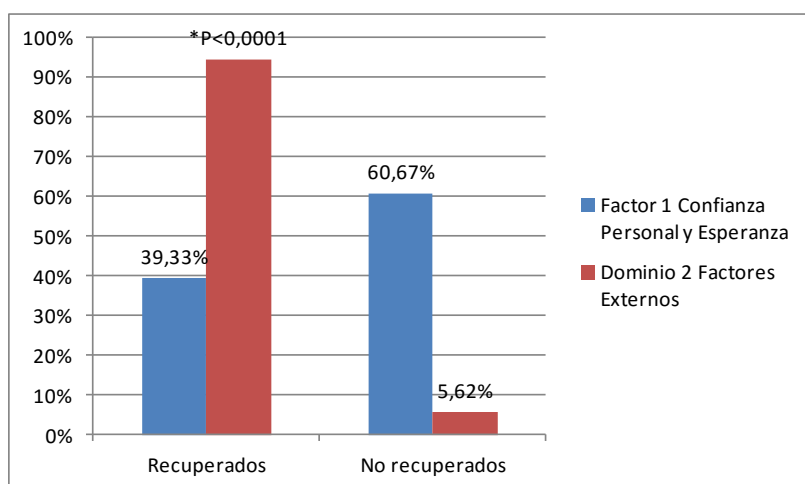


Fig.16: Relación entre la variable Factor 1 Confianza Personal y Esperanza y la variable Dominio 2.Factores Externos($n=93$).

Además, se analizó la posible relación existente entre Factor 1, Confianza Personal y Esperanza y el Dominio 3 correspondiente al Autocuidado y Afrontamiento. Los datos que se aprecian en la figura 17 muestran una asociación significativa entre el Autocuidado/Afrontamiento y la Recuperación.

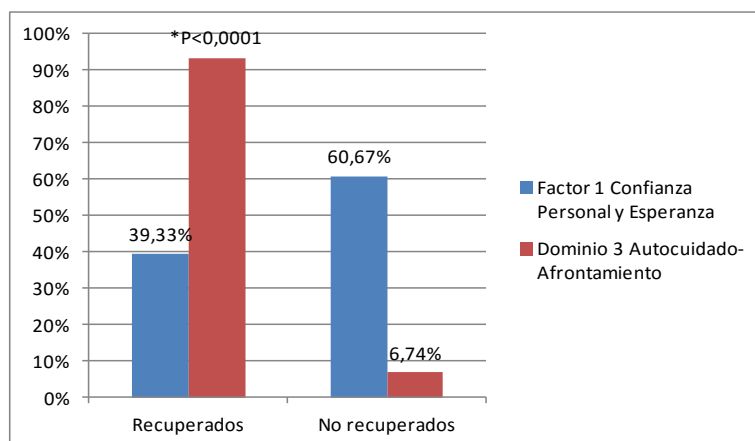


Fig.17: Relación entre la variable Factor 1 Confianza personal y Esperanza y la variable Dominio 3 Autocuidado/Afrontamiento a un nivel de significancia de $*p<0,0001$ ($n=93$).

5.4- Análisis Descriptivo de Categorías según Recuperación

Antes de dar paso al análisis multivariado, se realizó un análisis descriptivo de las Categorías según Recuperación. Para dicho análisis se procedió a realizar las correspondientes tablas de contingencia con sus respectivas frecuencias absolutas y porcentuales, dándonos de esta manera información suficiente acerca de la relación existente entre ambos criterios.

El primer criterio de clasificación quedo representado en la relación establecida entre la Categoría Factor 1 correspondiente a Confianza Personal y Esperanza y los niveles esperables de estar recuperado o no recuperado. El gráfico nos muestra que el 53,93% de los pacientes sujetos de estudio cuentan con la suficiente confianza en sí mismo, con un suficiente nivel de autoestima y de esperanza que han contribuido a su recuperación de su trastorno mental que padecen, figura 18.

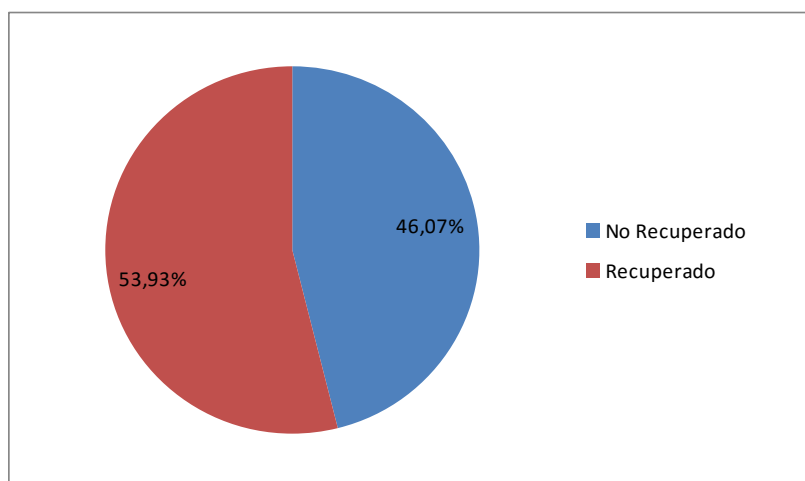


Fig.18: Distribución total de respuestas de pacientes “Recuperados” y “No Recuperados” en cuanto al Factor 1 Confianza Personal y Esperanza(n=93).

El segundo criterio fue asociar el Dominio 1 que constituye los Factores Internos y las dimensiones Recuperado y No Recuperado. La representación gráfica nos reveló que más de la mitad de los pacientes evaluados (53,33%) alcanzan su Recuperación al contar con los recursos personales internos que les permiten sobrellevar la carga de su propia enfermedad mental. Al contrario del resto de los pacientes (46,67%) que no cuentan con los recursos propios que le permitirían afrontar el día a día de su proceso de enfermedad, figura 19.

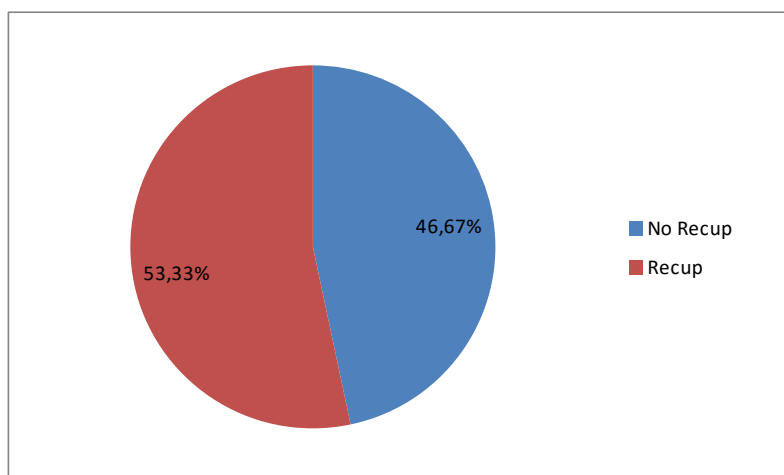


Fig.19 Distribución total de respuesta de pacientes “Recuperados” y “No Recuperados” en cuanto al Dominio 1 Factores Internos(n=93).

El tercer criterio consistió en vincular la Categoría Dominio 2 que conforma los Factores Externos, contar con amigos, familiares o profesionales con las posibilidades de estar Recuperado o No Recuperado. Se observó que el

98,82% de los pacientes llegan a su Recuperación cuando cuentan con un entorno familiar, de amistad o de acompañamiento profesional adecuado para su sostenimiento y superación de su estado de enfermedad. Siendo evidente la importancia que representan los demás u Otros en la Recuperación del padecimiento mental, figura 20.

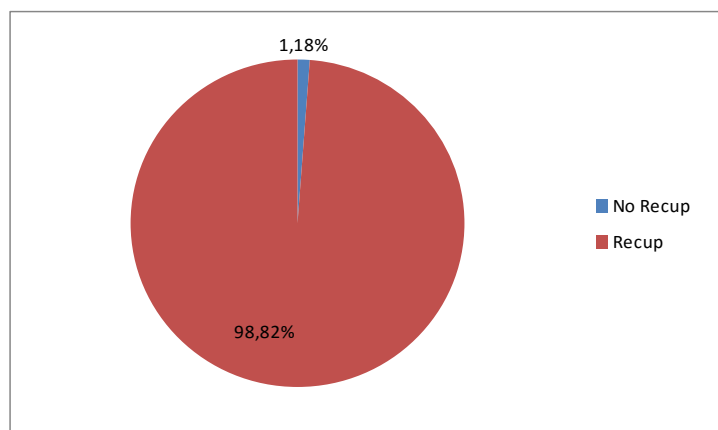


Fig. 20: Distribución total de respuesta de los pacientes “Recuperados” y “No Recuperados” en cuanto al Dominio 2 Factores Externos(n=93).

5.5- Análisis Multivariado

Por último, se realizó el análisis multivariado a los fines de establecer una relación de las variables pero en su conjunto o agrupamiento, lo que nos permitió realizar los análisis factoriales de correspondencia que agrupa el Nivel de Recuperación.

Las variables que se tuvieron presente para el análisis factorial fueron el **Factor 1 Confianza Personal y Esperanza**, que supone el Optimismo que una persona presenta en relación a su futuro y a sus metas personales

En cuanto al **Dominio 1 Factores Internos** que remite a la conciencia del curso de la enfermedad, el reconocimiento de la necesidad del cambio y la autodeterminación de recuperarse, encontrándose en lo más profundo de la persona. Incluyó en la escala las declaraciones de los encuestados acerca de sí se gustan, de tener esperanza en el futuro y de ser capaz de manejar la tensión. La **Categoría de Edad y Sexo**, como datos socio-demográficos

fundamentales en esta investigación. Se consideró tres grupos etarios, Joven, Adulto y Adulto Mayor, y al sexo Masculino como al Femenino.

En cuanto al Análisis Factorial de Correspondencia que agrupa el Nivel de Recuperación según el Factor 1 Confianza Personal y Esperanza, sexo y grupo de edad, la figura 21 nos muestra que la única variable que se agrupa con la Recuperación, es la que comprende a los pacientes incluidos en la Categoría de Edad JOVEN, lo que reflejó la asociación entre “Ser Joven” y la posibilidad de “Recuperarse”. Es decir, que una persona Joven se Recupera de un trastorno mental severo que una persona Adulta. También se observó que el sexo de los pacientes y el grupo de edad de los Adultos Mayores no se agrupan a la categoría de Recuperación.

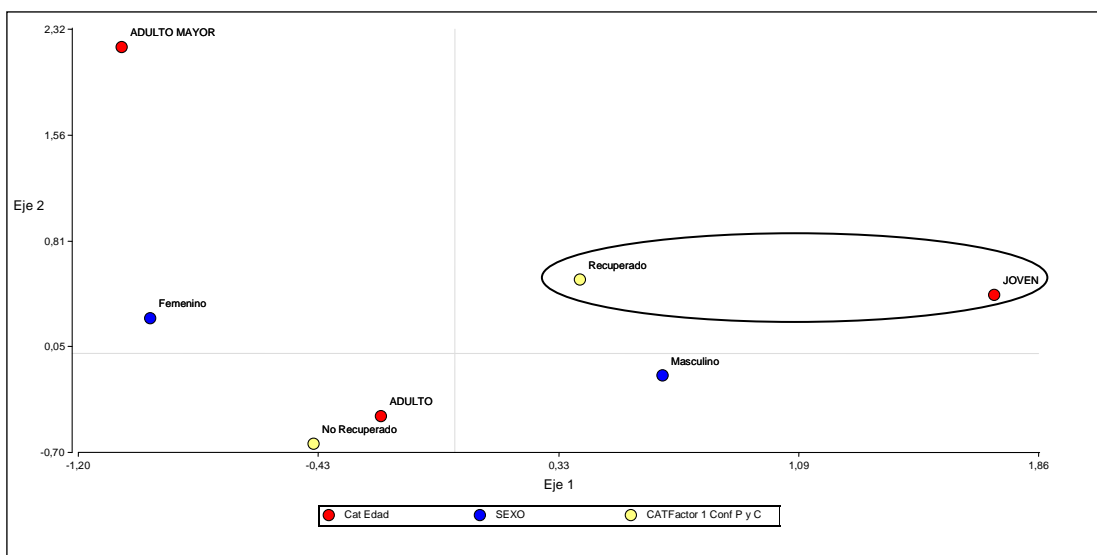


Fig.21: Análisis multivariado de correspondencia que permite visualizar el agrupamiento de variables estudiadas, Factor 1 Confianza Personal y Esperanza (confianza en sí mismo, autoestima, sentimientos de esperanza); Recuperación; Cat. de Edad: Joven-Adulto-Adulto Mayor; Sexo: Femenino-Masculino (n=93).

En la figura 22 se observó que todos los demás factores, Factor 2 Predisposición para pedir Ayuda, Factor 3 Orientación hacia la Meta, Factor 4 Confianza en Otros, y Factor 5 No Dominación por Síntomas, no presentan agrupamientos con las variables Sexo y Categoría de Edad, ya que todos están recuperados.

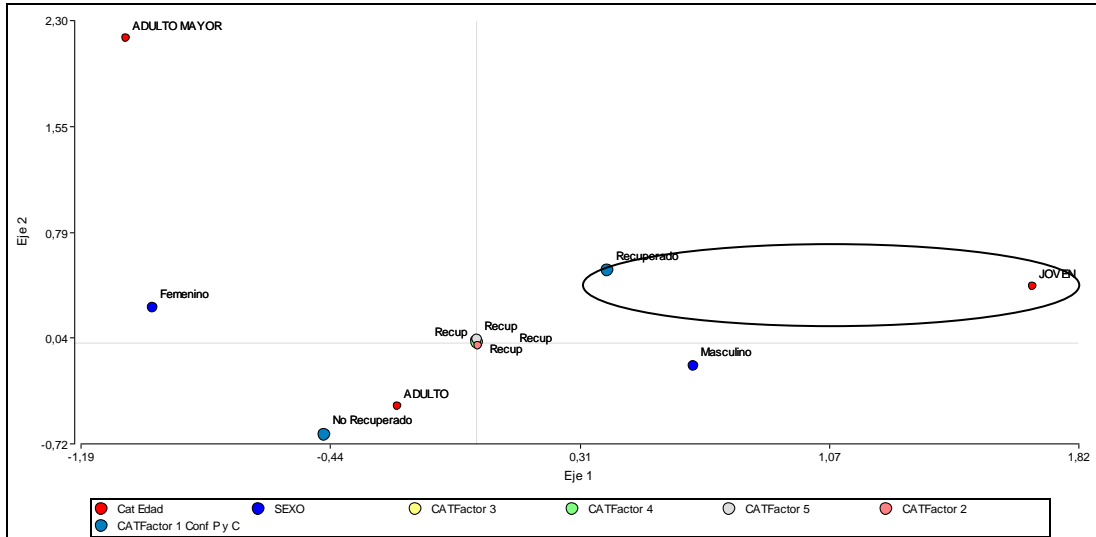


Fig. 22: Análisis multivariado de correspondencia que permite visualizar el agrupamiento de variables estudiadas Recuperación, Cat. Edad del Paciente: Joven-Adulto-Adulto Mayor; Sexo de Paciente: Femenino –Masculino y Factor 1, Factor 2, Factor 3, Factor 4, Factor 5 (n=93).

En relación al Análisis factorial de Correspondencia que agrupa el Nivel de Recuperación según el Dominio 1, Sexo y Grupo de Edad, a igual de lo observado con el Factor 1, la única variable que presenta agrupamiento con la Recuperación es la Categoría de Edad JOVEN, reafirmando de esta manera que el “Ser Joven” se asocia de manera significativa con la Recuperación. Observándose que el Sexo de los pacientes y la Categoría de Edad Adulto Mayor no se agrupan a la categoría de Recuperación. Además quedó en evidencia una leve significancia de asociación con la Categoría de Edad Adulta, como quedó demostrado por su distancia sostenida en el cuadrante superior izquierdo de la figura 23.

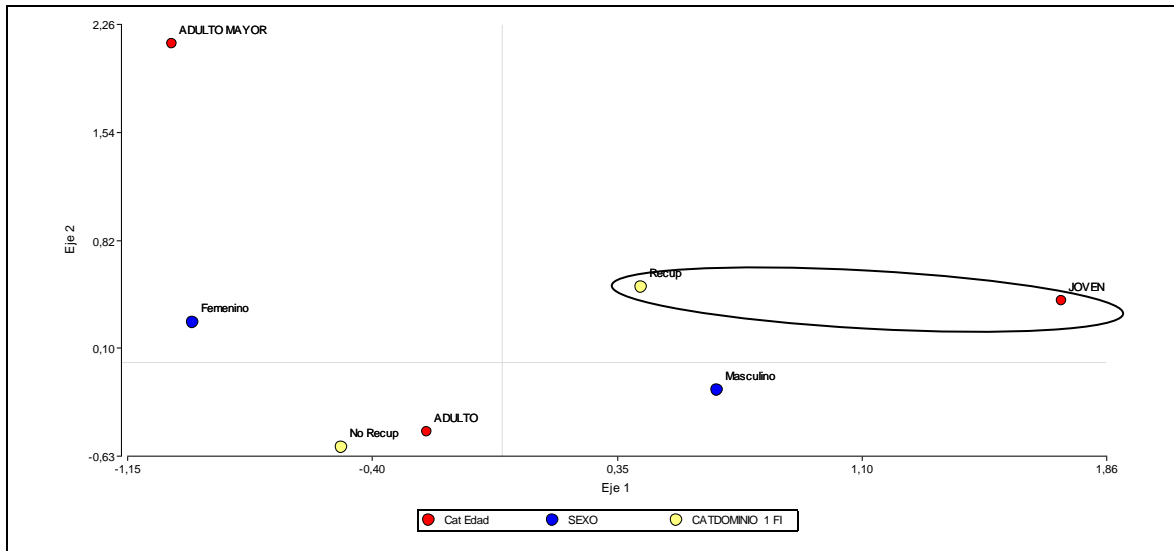


Fig. 23: Análisis multivariado de correspondencia que permite visualizar el agrupamiento de variables estudiadas Recuperación, Dominio 1 Factores Internos, Cat. Edad del Paciente: Joven-Adulto-Adulto Mayor; Sexo de Paciente: Femenino –Masculino (n=93).

Con respecto al Análisis factorial de Correspondencia que agrupa el Nivel de Recuperación según los cuatro Dominios, sexo y grupo de edad, sólo reviste agrupamiento el Dominio 1. Todos los otros dominios, Dominio 2 Factores Externos, Dominio 3 Tener Éxito y la Capacidad de Satisfacer Objetivos/Metas y el Dominio 4 Fortalecimiento/Empoderamiento, no definen agrupamiento, cómo quedó plasmado en la figura 24

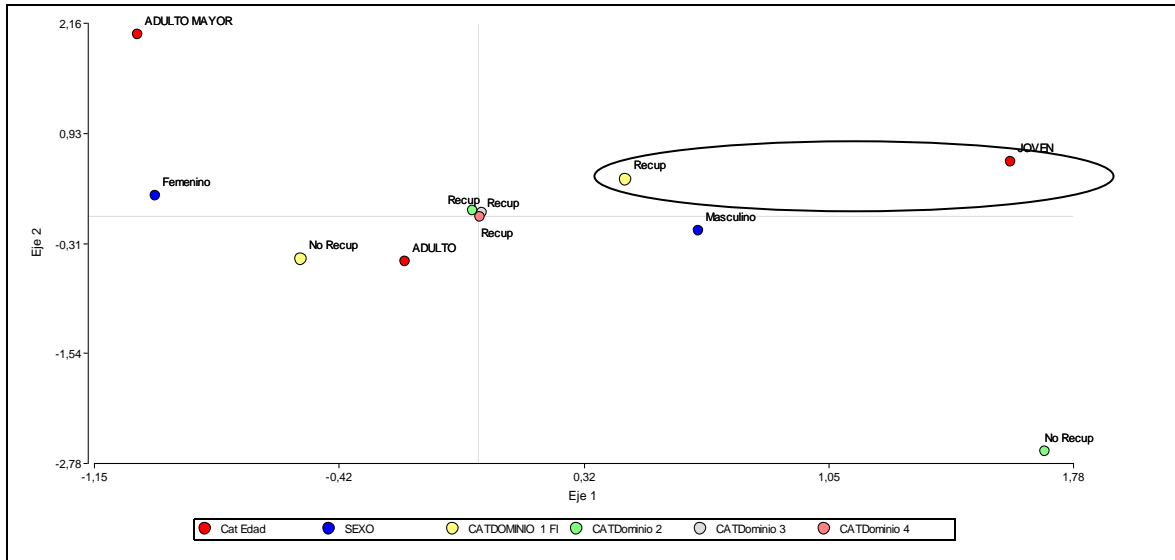


Fig. 24: Análisis multivariado de correspondencia que permite visualizar el agrupamiento de variables estudiadas Dominio 1, Dominio 2, Dominio 3, Dominio 4, Recuperación, Cat. Edad del Paciente: Joven-Adulto-Adulto Mayor; Sexo de Paciente: Femenino-Masculino (n=93).

Con el análisis multivariado realizado, y el hecho de que el mismo permita en gran medida predecir los posibles cambios en la variable dependiente, Recuperación, confirma muchas de las afirmaciones señaladas en la bibliografía científica, que a continuación serán analizadas.

DISCUSIÓN

El propósito de esta investigación fue aplicar por primera vez en nuestro país la Escala RAS en aquellos pacientes que admitieron participar en la investigación mediante la firma del consentimiento informado correspondiente, y que fueron contactados por los profesionales de Salud Mental de las instituciones en coordinación con los integrantes del equipo de investigación, a los fines de analizar los niveles de Recuperación alcanzado.

El concepto de Recuperación o comúnmente denominado *Recovery* en la bibliografía internacional ⁽³⁴⁻³⁷⁾, surge a partir de los procesos de desinstitucionalización que junto a las estrategias de Rehabilitación Psicosocial permitió valorar la evolución de las personas con trastornos mentales severos ^{(38) (39)}.

El proceso de desmanicomialización en la gran mayoría de los países, promovió un cambio radical y profundo en la forma de pensar y abordar el problema de los trastornos mentales, tanto de parte de las instituciones como de los profesionales que estaban a cargo de la salud mental. Esto implicó un gran reto: el de formular o plantear como iban a ser las nuevas maneras de organización y de atención que permitieran realizar el desplazamiento del hospital psiquiátrico a la atención en la comunidad.

Inserta en el modelo de salud mental comunitaria, en la última década, la perspectiva de recuperación adquirió un papel muy importante, en el reconocimiento de la persona que sufre un padecimiento mental como el “verdadero protagonista” del proceso terapéutico y de su crecimiento ⁽⁴⁰⁾. También supone la planificación de políticas públicas para la atención de la salud mental y en la gestión de los servicios de las prácticas profesionales orientados en el usuario ⁽⁴¹⁻⁴³⁾.

El modelo de salud comunitaria, se constituye en la principal herramienta para mejorar la calidad de vida, para luchar contra el estigma y la discriminación, para mejorar la convivencia social, el desarrollo humano y económico de una persona que presenta un trastorno mental severo, permitiendo elevar así la calidad de vida. Según la Organización Mundial de la Salud, “la atención de la salud mental se debe proporcionar mediante los servicios de salud general y en entornos comunitarios”. Por consiguiente, el orientar los servicios de salud mental en el modelo de salud comunitaria, además de requerir de la participación y compromiso activo del personal sanitario y de los servicios de

salud mental, requiere también de la participación y compromiso de los propios pacientes, “interesados directos”, y de los profesionales de otros sectores, incluidas las organizaciones de usuarios de los servicios de salud mental, y sus familiares, los asistentes sociales, la policía, los jueces y demás interesados ⁽⁴⁴⁻⁴⁸⁾, siendo su principal objetivo que las personas con trastornos mentales severos puedan mejorar sus condiciones de vida, su salud general y mental, el ser respetado en sus derechos y ser considerado como actor primordial de los sistemas de salud mental ⁽⁴⁹⁾, atribuyéndose estos logros a la presencia de una serie de factores que están directamente relacionados a la atención comunitaria: *Accesibilidad*, los servicios comunitarios son fácilmente accesibles y, por consiguiente, no perturban en exceso la vida social y profesional de las personas, *Asequibilidad*, los servicios comunitarios son menos costosos que los proporcionados en los hospitales y en particular en los servicios integrados en la APS. Desde la perspectiva de los pacientes y sus familias, los servicios prestados en la comunidad suponen menores gastos sanitarios indirectos en comparación con la atención institucionalizada, *Aceptabilidad* la búsqueda de asistencia en los servicios comunitarios reducen el estigma y la discriminación de los pacientes psiquiátricos, lo que a su vez implica que los pacientes se sientan más cómodos al momento de acudir a los entornos comunitarios para recibir la atención que necesitan, reduciendo así la probabilidad de que se violen sus derechos humanos. Por otra parte, las personas con trastornos mentales asistidas en estos servicios sufren un aislamiento menor que cuando reciben atención hospitalaria lejos de sus hogares y *Atención Holística*, una buena planificación y un buen abastecimiento de los servicios de salud mental en la comunidad, permite la realización de un abordaje integral, que abarca todos los aspectos relacionados a la salud, a la rehabilitación y a la reintegración social, proporcionando así mejores resultados en relación al tratamiento ⁽⁵⁰⁾.

Las estrategias de rehabilitación psicosocial, sustentada en el modelo comunitario, contribuyen a la recuperación del paciente, facilitando su autonomía, la adquisición de nuevas habilidades, destrezas y capacidades perdidas todas ellas a causa de su enfermedad o de su prolongada hospitalización, potenciando su poder y empoderamiento, favoreciendo así sus posibilidades de ejercer, sin restricciones, sus derechos de ciudadanía ⁽⁵¹⁻⁵³⁾,

existiendo una estrecha relación entre ciudadanía y recuperación, cómo llegaron a concluir en su investigación Pelletier J y su equipo ⁽⁵⁴⁾.

El cambio de paradigma del hospital psiquiátrico al de la salud mental comunitaria conlleva, entre otras implicaciones, la necesidad de redefinir el rol que la misma comunidad adquiere frente a esta. El gran desafío del trabajo en la comunidad se centra en la interacción entre los servicios y la población asistida, que pasa a jugar un papel determinante en la identificación de sus necesidades y la respuesta correspondiente. La comunidad es una fuente importante de recursos utilizables en la práctica cotidiana de la atención, recuperación y promoción de la salud mental. Esos recursos están constituidos por usuarios, familiares y agentes comunitarios, que se ponen a disposición de los programas, sean espontáneamente, sea por razones de necesidad. Cabe resaltar la importancia que tiene que el sistema público haga usos de esas reservas, para así responder mejor a las necesidades de la población afectada ⁽⁵⁵⁾.

Emiliano Galende junto a Sara Ardila, plantean que dentro de la Reforma de la Atención en Salud Mental, el concepto de Comunidad ocupa un lugar central, *“ya que la perspectiva comunitaria asegura que el paciente pueda permanecer integrado en su comunidad...potenciando su participación activa en el tratamiento...preservando y recuperando la capacidad de relacionarse con los otros de su comunidad...reconstruyendo su vida en común con sus semejantes”*. Salud Mental en la Comunidad, conlleva un doble sentido. El primero, *preservar los vínculos comunitarios, familiares y sociales de paciente, y a la vez, considerar que toda rehabilitación debe orientarse a la inclusión social de la persona*. El segundo sentido, la salud mental en la comunidad, es *un proyecto en construcción* desde tres dimensiones: a) pasar de la hospitalización psiquiátrica a servicios próximos a la comunidad del paciente, “servicios comunitarios”; b) pasar de una práctica de la prescripción basada en la autoridad del profesional a una consideración del sujeto en toda su dimensión y complejidad, esto hace a una ética en las prácticas de salud mental, más allá de la asimetría de la relación terapéutica, el paciente debe ser tratado como un semejante, respetando su dignidad y reconociendo sus derechos; c) pasar de un enfermo como sujeto pasivo de su tratamiento a un sujeto activo, partícipe y protagonista de su tratamiento, lo cual además de

contar con su “consentimiento informado” para toda decisión de tratamiento se trata de incluir a su familia, y en lo posible a miembros significativos de su comunidad, en el proceso de atención ⁽⁵⁶⁾.

Esto tiene un sentido profundamente racional: la mayor parte de los trastornos mentales afectan en el sujeto su capacidad social, condiciones subjetivas para vivir con los otros, soportar los conflictos de la vida en común, desarrollar habilidades para generar vínculos satisfactorios ⁽⁵⁷⁾.

La revisión bibliográfica nos mostró dos modelos principales de recuperación, vigentes hasta estos momentos, y diferentes a otros existentes en el campo de la salud mental ⁽⁵⁸⁾, uno emanado de la esfera biomédica de la enfermedad, que considera a la Recuperación como un Resultado (remisión-clínico), el otro derivado de las experiencias subjetivas de las personas afectadas directamente por el trastorno mental, considerando a la Recuperación como Proceso (subjetivo).

El “modelo de recuperación”, como una nueva perspectiva en el campo de la salud mental supone empoderar al paciente, hacerlo parte activa de los objetivos y del cambio terapéutico, así como cambiar la perspectiva desde la que vemos nuestro rol como profesionales, la de los “pacientes”, los objetivos de la intervención, entre otros ⁽⁵⁹⁾. En su base reside un conjunto de valores sobre el derecho de una persona para construir por sí misma una vida con sentido, con o sin la continua presencia de síntomas de enfermedad mental. La recuperación se basa en las ideas de autodeterminación y autocontrol, y enfatiza la importancia de la “esperanza” para mantener la motivación, y apoyar las expectativas de una vida individual plena.

En éste sentido, se plantea que el concepto “recuperación” se desarrolla a partir de la confluencia de diferentes perspectivas. En principio la recuperación no significaría cura en el sentido de desaparición de los síntomas o el volver al funcionamiento previo al que se tenía antes de enfermar, sino alcanzar una forma de vida en que es posible superarse y sobreponerse a los efectos catastróficos de la enfermedad ⁽⁶⁰⁾.

Las definiciones cualitativas, como las planteadas por Anthony y Farkas, consideran a la recuperación como un único y profundo proceso personal de crecimiento más allá de la propia enfermedad mental severa. No contempla

metas ni plazos y depende en gran parte de la forma en que la persona logra afrontar las consecuencias de la misma ⁽⁶¹⁾.

En efecto, mientras que la comunidad científica puede ver la recuperación como un resultado definido por su énfasis en los síntomas y de funcionamiento, definiciones centradas en el consumidor puede definir la recuperación como un proceso hacia la consecución de, entre otras cosas, el empoderamiento, la esperanza y el respeto ⁽⁶²⁾. El proceso de recuperación se ha convertido en el principio rector del sistema de salud mental, asume numerosos significados, dependiendo del contexto en el que se levanta, y la noción puede crear confusiones entre los pacientes y sus familiares, así como los médicos, responsables políticos e investigadores. Es sobre todo trabajar en sí mismos, en los sentimientos, en los deseos, las competencias, funciones y en los planes ⁽⁶³⁾.

Siguiendo dicha postura, Díaz F sostiene que Recovery es un proceso personal profundo que experimenta el paciente para “recuperar el propósito de la vida, los roles activos, trabajando el trauma del diagnóstico psiquiátrico” ⁽⁶⁴⁾, indicando que los principios del modelo son la preocupación por la persona, la toma de decisiones, el compañerismo y la esperanza: “Es volver a creer y despertar en los usuarios la esperanza de cambio; es difícil, pero se puede” ⁽⁶⁵⁾. Liberman R y Kopelwicz A, a partir de su investigación acerca del enfoque empírico de la recuperación de pacientes esquizofrénicos, proponen una definición de recuperación en términos operativos que incluye una remisión sintomática a niveles soportables para el paciente, un funcionamiento ocupacional, al menos media jornada ocupada en un ámbito competitivo durante dos años, una vida independiente sin supervisión alguna, y la presencia de un sostén espontáneo de relaciones sociales ⁽³⁰⁾.

En la misma línea de investigación, Valencia M y otros, sostienen que la recuperación funcional, incluye la combinación de aspectos clínicos psicosociales, que se deben mantener por lo menos por dos años consecutivos, incluyendo dimensiones como el funcionamiento psicosocial, el funcionamiento cognitivo y la calidad de vida ⁽⁶⁶⁾.

Por lo tanto podemos llegar a considerar que la Recuperación consiste en recobrar pautas de conductas, valores, bienes intelectuales y espirituales aplicables a un estilo de vida que sea armónico al contexto social al cual pertenece el usuario, lo que le permitirá fortalecer sus habilidades, sus capacidades, así como reconocer y manejar sus propias debilidades, asumir sus responsabilidades ante la vida, ante las condiciones y realidad que vivencia, ante sus dificultades, ante la búsqueda y fortalecimiento de sus recursos personales para salir adelante. Siendo necesario desarrollar y potenciar relaciones de apoyo, renovar la esperanza y el compromiso, encontrar un lugar en la comunidad, redefinir la identidad, incorporar la enfermedad, superar el estigma, tomar el control, manejar los síntomas y llegar a convertirse en un ciudadano “empoderado”.

El interés de esta investigación consistió en la necesidad de poder contar con una escala ya validada en otros países y que fuese aplicada y probada en nuestro país, dónde se identificó una carencia en cuanto a la presencia de investigaciones de este tipo, como también el contribuir con elementos de estimación en cuanto a la recuperación de los pacientes para tener en cuenta en el proceso de reforma del sistema de salud mental, iniciado en estos últimos años en todo el territorio nacional, establecido normativamente en la Ley Derecho a la Protección de la Salud Mental n° 26.657 ⁽⁶⁷⁾.

La Escala RAS fue desarrollada por D Giffort y colegas en el año 1995, como una medida de resultado para valoraciones de programa, mediante el análisis de las narrativas de las historias de recuperación de los propios pacientes. Siendo sin duda la medida de recuperación más utilizada en la literatura publicada y como perspectiva la más tenida en cuenta por los servicios de salud mental orientados en la misma a nivel internacional ⁽⁶⁸⁾.

Las diferentes revisiones de la Escala realizadas hasta estos momentos cedieron la versión final del RAS, que es una escala de 41 items.

Basado en un modelo de proceso de recuperación, focalizado en el usuario, el RAS estima los aspectos de recuperación con un foco especial sobre la esperanza y la autodeterminación, dónde los usuarios de los servicios cumplen un papel muy importante en dicho proceso ⁽³²⁾.

Previo a la aplicación del instrumento se comprobó la fiabilidad y la validez del mismo, mediante un análisis de la fiabilidad, de la consistencia interna, así como una adaptación transcultural.

Para la equivalencia conceptual y semántica se efectuó una prueba piloto para detectar las dificultades de la comprensión del texto, generando los cambios semánticos necesarios, sin perder la equivalencia con el instrumento original.

La Recovery Assessment Scale se aplicó a una muestra poblacional de n=93 pacientes de ambos sexos, conformada en su gran mayoría por el sexo masculino, procedentes de instituciones públicas de salud mental de las provincias de Córdoba, San Luis y de Buenos, que conviven en la comunidad y que se encuentran bajo supervisión, tratamiento y seguimiento preferentemente de modalidad ambulatoria, que admitieron participar en la investigación, distribuidos en tres categorías de edad: Joven, Adulto y Adulto Mayor. En cuanto al diagnóstico agrupado, la Esquizofrenia fue el trastorno más prevalente en los pacientes encuestados en ambos sexo, seguido de la Depresión.

Con la investigación se demostró que el RAS es una escala válida que cumplió las características de validez y consistencia interna para los cinco factores de la escala, lo cual indica que la consistencia interna del instrumento es adecuada, alcanzando consistentes resultados, similares a los obtenidos por otros investigadores, tales como McNaught y colaboradores ⁽⁶⁹⁾, quiénes en su prueba de validez de la escala Ras en una muestra australiana, alcanzó un alfa de Cronbach de 0,73 o la investigación realizada por Chiba R ⁽⁷⁰⁾ cuyo valor fue de 0,89 para el Ras en general, o las de Salzer y Brusilovsky ⁽⁷¹⁾ que de 19 de 77 estudios reportaron alfas de Cronbach que oscilaron entre = 0,73 y 0,97, o la de Monger y otros ⁽⁷²⁾, dónde el alfa de Cronbach alcanzó 0,96, o la investigación llevada adelante por el Institute J NursStud en 2010, que reportó un coeficiente alfa de Cronbach generalmente justo a alto ⁽⁷³⁾, o la investigación realizada por Geoff y colaboradores dónde el alfa de Cronbach alcanzó un valor de 0,85 ⁽⁷⁴⁾.

La aplicación del instrumento fue de gran utilidad para determinar el nivel de recuperación de los pacientes sujetos a estudio. Se realizó un análisis detallado de cada Factor, como así también de cada Dominio y de las puntuaciones obtenidas en el mismo.

De esta manera se observó que en relación al Factor 1 Confianza Personal y Esperanza, la gran mayoría de las personas encuestadas manifestaron “Estar de Acuerdo” en llegar a ser optimista acerca de su futuro y de creer que sus metas personales son alcanzables.

La Confianza en uno mismo tiene un gran impacto en cómo los demás te perciben. Es el elemento central en la vida de una persona y puede tanto destruir como construir carácter, es la base del poder de los sueños, y si no hay sueños no hay metas, y si no hay metas no hay crecimiento personal. La Confianza Personal es un factor que afecta el resto de los ámbitos de nuestra vida, afecta a las relaciones, a las elecciones que hacemos, a los estudios, a los hobbies y a los talentos que nos animamos a desarrollar ⁽⁷⁵⁾.

Grotberg E, explicita que la Confianza es la llave para promover la resiliencia y se convierte en la base fundamental para desarrollar otros factores resilientes. La Confianza y la autonomía pueden promoverse en conjunto, para hacer de esta forma el proceso de promoción de la recuperación como un todo integrado ⁽⁷⁶⁾.

La esperanza es la parte más importante de recuperarse de una enfermedad mental. Creer que la recuperación es posible anima el cambio de rumbo. Todos tenemos puntos fuertes. La esperanza significa creer en sí mismo utilizando sus virtudes para controlar y superar los efectos de la enfermedad. La recuperación requiere riesgos—hacer cosas como conectar con otros. Al principio puede parecer agobiante o incómodo. Crea en sí mismo y confíe en su habilidad de superar la enfermedad mental ⁽⁷⁷⁾. La esperanza es central para la recuperación y la persona la experimenta en la medida en que asume un mayor control sobre su vida y percibe como otras personas también lo consiguen. De hecho, uno de los resultados más consistentes en la literatura científica, muestra que aquellas personas que poseen altos niveles de optimismo y esperanza (ambos tienen que ver con la expectativa de resultados positivos en el futuro y con la creencia en la propia capacidad de alcanzar metas) tienden a salir fortalecidos y a encontrar beneficios en situaciones traumáticas y estresantes. Los optimistas son personas que sin negar sus problemas, tienen esperanzas y crean estrategias de acción y de afrontamiento de la realidad, tienen la tendencia a esperar que el futuro les depare resultados favorables, pero siempre sin alejarse de la realidad. Para Carver y Scheier

2003, los optimistas aceptan con mayor rapidez la realidad de las cosas y los desafíos de la vida. Se enfocan más y tienen un afrontamiento activo ante la adversidad. Perseveran en sus metas y son menos propensos a darse por vencidos ⁽⁷⁸⁾.

Con relación al Factor 2 Voluntad de Pedir Ayuda, la mayoría de los encuestados expresaron “Estar de Acuerdo” en reconocer la necesidad de contar con la presencia de los otros, amigos, familiares y profesionales, cumpliendo estos un papel central en sus sentimientos de seguridad al momento de dar respuesta a sus problemas y al enfrentar sus desafíos. Las personas no se recuperan solas. El apoyo entre iguales (ayuda mutua) resulta un elemento central para avanzar en la recuperación, reconociendo la importancia de la familia y otras personas allegadas en este proceso.

Expresar los pensamientos y sentimientos en la comunicación con los demás, se refiere a la capacidad de expresar con claridad y de hacer conectar al otro con lo que se está padeciendo. Empatizar tanto a nivel cognitivo como emocional permite retroalimentarnos positivamente. Esta capacidad en las relaciones interpersonales se torna muy importante en lo cotidiano y constituye una llave de acceso tanto durante como después de una experiencia adversa, como es una enfermedad mental. El hecho de poder pedir ayuda en una situación con mucha dificultad nos amplía el foco de las posibilidades para poder resolverlas ⁽⁷⁹⁾.

De esta manera podemos plantear que la recuperación se activa cuando nos enfrentamos a una situación adversa difícil que necesita ser enfrentada y superada, siendo el ciclo de respuesta el siguiente: 1- enfrentarse con la enfermedad, 2- sobrevivirla y atravesarla, y 3- aprender de ella.

En cuanto al Factor 3 Orientación a la Meta y al Éxito los encuestados en su gran mayoría manifestaron “Estar de Acuerdo” y “Muy de Acuerdo” en sostener que es sumamente necesario estar comprometido con sus metas futuras.

Todas las personas necesitan marcarse metas, definir una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido. Necesitan, por tanto, tener un propósito en la vida ⁽⁸⁰⁾; otorgándole un significado, un sentido de dirección o de intencionalidad. Quién funciona positivamente tiene objetivos, intenciones y un sentido de dirección.

Las metas y los objetivos permiten dotar a la vida de un cierto sentido. Lograr una meta de éxito y satisfacción personal, se debe considerar una crisis de autonomía. Una persona autónoma es capaz de tomar decisiones y asumir la responsabilidad de las mismas. Implica la capacidad de disponer libremente de sí mismo y su derecho como individuo para delimitar las reglas a las que se somete. A medida que una persona trabaja en su recuperación, es posible que desee alcanzar algunas metas. Estos objetivos pueden ser a corto plazo y fácilmente alcanzable o puede comenzar a identificar metas más grandes u objetivos a más largo plazo que desea trabajar en su camino hacia su recuperación. El logro de metas - incluso los pequeños - es un signo de esperanza y logro.

El desarrollo de metas para la recuperación puede ser difícil, especialmente si la persona no está segura de qué es lo que quiere lograr. Es prioritario que la persona tenga en cuenta sus intereses, sus cosas que le traen alegría o aquellas otras cosas que lo mantienen motivado. También debe considerar las fortalezas y habilidades que posee lo que le ayudará a alcanzar dicha meta.

La recuperación no es tarea fácil, y si se centra en las experiencias negativas sólo se harán las cosas más difíciles.

La recuperación es un proceso constante y continuo, y el establecer metas para sí mismo, mantendrá a la persona motivada para alcanzar y mantener el bienestar tan deseado ⁽⁸¹⁾.

En relación al Factor 4 Confianza en Otros, en la mayoría de las personas encuestadas expresaron "Estar de Acuerdo" en señalar la importancia de la existencia de los Otros para la consecución de sus metas, siendo considerados los demás como el soporte social fundamental que favorecería al fortalecimiento de sus sentimientos de pertenencia. Todas las personas necesitan mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar. La importancia de la calidez y confianza en las relaciones interpersonales, así como la capacidad de amar, son vistas como uno de los principales componentes de la salud mental, siendo a la vez un criterio de madurez ⁽⁸²⁾. De hecho, numerosas investigaciones realizadas en las últimas décadas señalan que el aislamiento social, la soledad y la pérdida de apoyo social están firmemente relacionada con el riesgo de padecer una enfermedad mental y reducen el tiempo de vida ⁽⁸⁰⁾. Los lazos afectivos se convierten en

salvavidas. Una relación amorosa constituye a menudo el combustible que nos impulsa a luchar, resistir y sobrevivir a la adversidad. Está demostrado que los individuos felizmente emparentados, como aquellos que se sienten parte de un hogar familiar o de un grupo solidario de amistades, muestran un nivel de resiliencia muy superior que quienes viven desconectados o carecen de una red social de soporte emocional. El efecto protector de las relaciones afectivas es independiente del sexo de la persona, de su edad, de su clase social y del estado de salud física o mental. Estos vínculos de cariño y apoyo mutuo son un potente incentivo para vivir y configuran la parte principal de los cimientos de la recuperación ⁽⁸³⁾.

Con respecto al Factor 5 No Dominación por Síntomas, los pacientes encuestados en su mayoría manifestaron “Estar de Acuerdo” en la consideración de que sus comportamientos son problemáticos. Siendo evidente las dificultades que presentarán algunos de los pacientes encuestados, que manifestaron estar “En Desacuerdo” al momento de llegar a dimensionar con claridad la magnitud de su problemática y la manera en que sus síntomas interfieren en sus quehaceres diarios, en el contacto con la realidad y en sus relaciones interpersonales. El manejo de síntomas es el mayor componente en el cuidado de pacientes con trastorno mental severo. La identificación y el control adecuado de síntomas problemáticos repercuten en los efectos para el funcionamiento, salud y calidad de vida del paciente. Hay muchos recursos y tecnologías que pueden ayudar a las personas con trastornos mentales para vivir sus vidas con más plenitud. Los medicamentos ayudan con sus síntomas, y el asesoramiento y la terapia ayudan a cambiar cómo piensa y a enfrentar la enfermedad. El tratamiento puede durar mucho tiempo.

Cuando tiene sus síntomas bajo control, está en recuperación. La recuperación suele ser un proceso de toda la vida. En el proceso de recuperación, la persona aprende a enfrentarse con sus síntomas y desafíos, detectar y encontrar sus objetivos y conseguir el apoyo que necesita. La recuperación depende de una colaboración acordada entre la persona, los médicos y otras personas que son importantes en su vida ⁽⁸⁴⁾.

En cuanto al Dominio 1 Factores Internos, la mayoría de los pacientes en estudio expresaron “Estar de Acuerdo” en ser consciente del curso de su enfermedad, de reconocer además la necesidad de cambiar su perspectiva en

cuanto a la modalidad de iniciar su proceso de cambio, preferentemente a su auto-cuidado y sus capacidades de afrontamiento y sus posibilidades de empoderamiento futuro.

Con relación al Dominio 2 Factores Externos, la mayoría de los encuestados comunicaron estar “De Acuerdo” en que contar con la ayuda de los Otros, amigos, familiares y profesionales es clave para su recuperación, ya que los mismos constituyen el “soporte” emocional necesario para su sostenimiento personal y sobrellevar su enfermedad. En referencia al Dominio 3 Tener Éxito y Capacidad de Satisfacer Objetivos/Metas un elevado número de pacientes encuestados manifestaron estar “Muy de Acuerdo” y “De Acuerdo” de tener las fuerzas internas necesarias para su autocuidado, como así también de apoyar y cuidar a los demás.

En cuanto al Dominio 4 Fortalecimiento/Empoderamiento, la mayor parte de las personas encuestadas manifestaron estar “En Acuerdo” en relación a su autopercepciones y a sus sensaciones de que sus comportamientos son problemáticos.

Según Soriano J, en el proceso de Recuperación intervienen una combinación de factores internos (conciencia de fortalezas y limitaciones, necesidad de cambio, resiliencia, etc.), externos (oportunidades y recursos de la comunidad, conexiones con otros, apoyo de familia, amigos, profesionales, etc.), el empoderamiento (que potencia la autoayuda, como defensa de los propios intereses) y el autocuidado (de lo que le pasa a uno mismo y de cómo se gestionan y afrontan las dificultades). El apoyo entre iguales es central para la recuperación de muchas personas, ya que ayuda a compartir experiencias, emociones y pensamientos. Un igual, partiendo de su condición de experto en la enfermedad, puede ayudar a otro, a situarse en contextos de desorientación, facilitando el afrontamiento de fases de la enfermedad en las que la experiencia previa es relevante. Entre las personas con enfermedad mental, la ayuda mutua puede ser útil para afrontar el debut en la enfermedad, afrontamiento de diagnóstico, convivencia social con la enfermedad, hospitalización, y muy especialmente en el proceso de recuperación social. La información que se comparte a menudo resulta más creíble y significativa para la persona, y puede llegar a ser muy útil, resultando próxima, relevante y comprensible. Usar el conocimiento y la experiencia personal en un determinado tema para ayudar y

apoyar a otros que están experimentando esos mismos temas. Todos somos importantes e imprescindibles en la recuperación de una persona con una enfermedad mental grave. Cada uno dentro de sus conocimientos y habilidades pueden ayudar a la persona con enfermedad mental grave. Todos tenemos que conocer la enfermedad mental para poder ayudar a la persona a su pronta recuperación en su vida. Esto sólo se consigue a través de la motivación y sobre todo que no pierda la esperanza de volver a poder vivir su propia vida con la ayuda de los demás. Además, podrá en el tiempo, tomar sus propias decisiones, porque poco a poco recuperará su empoderamiento, es decir, su propia capacidad de tener poder por sí mismo, sin ayuda de los demás ⁽⁸⁵⁾.

En la investigación, los Factores y Dominios que permitieron estimar la Recuperación fueron: Factor 1 Confianza Personal y Esperanza, Dominio 1 Factores Internos, Dominio 2 Factores Externos.

El análisis descriptivo de cada una de las Categorías con Recuperación concluyó que los niveles más altos alcanzados de recuperación están dados en aquellas variables, Factores y Dominios, que hacen referencia a los aspectos personales más internos y a las posibilidades de vinculación con los otros que tienen cada uno de los pacientes sujetos a estudio, resultados coincidentes a los obtenidos por otros investigadores, tales como Jääskeläinen y colaboradores quienes al decidir como criterio de recuperación, recomiendan el uso de la definición multidimensional, el incluir dos dominios, uno relacionado con la remisión clínica y otro relacionado con un amplio resultado en el funcionamiento social, persistiendo un buen resultado para un mínimo de dos años ⁽⁴⁷⁾, o la investigación llevada adelante por Monger B, Hardie S y otros, que indica que la estructura de recuperación se integra de dos factores intrapersonales (factores externos) e interpersonales (factores internos) si bien no son suficientes si son necesarios ⁽⁸⁶⁾.

De esta manera el nivel de Recuperación alcanzado con respecto al Factor 1 Confianza Personal y Esperanza, ha sido el esperado, debido a que la mayoría de los pacientes encuestados cuentan con suficiente confianza en sí mismo, con suficiente nivel de autoestima y de esperanza que contribuyen a su proceso de recuperación de su trastorno mental, dando a suponer la presencia de habilidades y destrezas de parte de los pacientes para su auto-cuidado y afrontamiento de su enfermedad.

El autocuidado presenta una relación directa con el afrontamiento, entendiendo por autocuidado a la capacidad de las personas para enfrentar y solucionar los problemas de salud mental de forma autónoma (o con el apoyo de los miembros de la familia y los amigos), y determinar cuándo, cómo y dónde acudir en busca de ayuda. Significa que las personas pueden detectar las situaciones de alto riesgo para su salud mental y evitarlas, y que pueden adquirir aptitudes para controlar el estrés o los problemas emocionales en su vida diaria ⁽⁴⁴⁾. Mientras que afrontamiento, son los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo ⁽⁶⁹⁾, de esta manera los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, entre otros, que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

En relación al Dominio 1 Factores Internos los resultados obtenidos de nuestro estudio mostraron un nivel de recuperación aceptable, lo que nos hace presuponer que en la mayoría de las personas sujeto a estudio cuentan con la presencia de recursos personales internos que le permiten sobrellevar y afrontar en el día a día su padecimiento mental ⁽⁸⁷⁾. Los recursos personales, como factor, parte de la atención y el tratamiento, es un aspecto fundamental en el enfoque de la recuperación. La optimización de la autonomía, la independencia y el control de los recursos permite alcanzar una vida autodeterminada ⁽⁸⁸⁾. El proceso de recuperación debe ser auto-dirigido por la persona, quién define sus propias metas de vida y diseña un camino único hacia esos objetivos, centrándose en sus capacidades, valores, talentos y habilidades de afrontamiento. Al construir sus fortalezas, las personas se involucran en nuevos roles, que les permiten moverse hacia adelante, a través de su interacción con las demás personas en relaciones de apoyo, basadas en la Confianza, siendo responsable de su propios autocuidado y de su recuperación ⁽⁸⁹⁾.

En cuanto a la recuperación en el Dominio 2 Factores Externos, los resultados obtenidos de la investigación, nos muestra que los pacientes encuestados alcanzaron un elevado nivel de recuperación, lo que nos hace inferir que el

contar con un “Otro”, ya sea un familiar, un amigo y/o profesional, es indispensable para alcanzar una óptima recuperación. El apoyo de los “Otros (compañeros, familiares, amigos, profesionales) es esencial para la recuperación de la enfermedad mental. Es especialmente beneficioso tener múltiples fuentes de apoyo. Esto no sólo reduce el sentido de “estar sólo” sino que también aumenta su actividad en la comunidad, lo que le permite al usuario obtener un papel integral en la sociedad ⁽⁹⁰⁾. De esta manera, determinadas actitudes de la familia, pueden constituirse como factores de protección o de riesgo en la recuperación de las personas con patologías, Sin duda, la familia juega un papel esencial en la identificación de la patología y su implicación activa en el tratamiento contribuye a la recuperación e inclusión social. Como fuente de apoyo, acompañan en el proceso de recuperación, aportan información clave para contrastar la presencia de determinados síntomas, el inicio de la enfermedad, y su evolución. La participación de la familia en el proceso de recuperación, favorece que éste sea más rápido y eficaz ⁽⁹¹⁾.

Estos resultados concuerdan con los obtenidos en la investigación llevada a cabo por Rosillo Moreno y colaboradores ⁽⁴⁰⁾, quiénes plantean que los elementos internos, tales como la esperanza de cambio, la autoestima, la sensación de autoeficacia, los deseos de normalizar la vida plenamente o incluso el pensar que hay familiares, amigos y profesionales que creen en ellos se encuentran asociados al éxito o fracaso de la recuperación. Siendo coincidentes también con los resultados obtenidos por Liberman ⁽³⁰⁾ y por las respuestas dadas por los pacientes encuestados, en nuestra investigación, que evidenciaron un nivel de porcentaje significativo en cuanto a su proceso de recuperación, en aquellos ítems que hacen referencia al factor de confianza personal y esperanza y de los dominios, tantos internos y externos, quedando reflejadas en las siguientes respuestas “saber manejar su situación”, “tener sueños y deseos de cambio”, “estar satisfecho de la vida” y “gustarse” (factor 1), “sé trabajar”, “pido ayuda”, “pedir ayuda” (dominio 1), y “cuento con personas” y “se trabajar” (dominio 2).

En la investigación, el análisis multivariado examinó la fuerza de asociación de los factores y dominios identificados en el análisis bivariado con el nivel de recuperación. Siendo el Factor 1 Confianza Personal y Esperanza y el Dominio 1 Factores Internos, las variables más significativas que alcanzaron una fuerte

asociación con la Recuperación. Los resultados obtenidos de la asociación entre las Categoría de Edad, Sexo, Factor 1 Confianza Personal y Esperanza, Dominio 1 Factores Internos con Recuperación, develó una fuerte asociación establecida entre el Factor 1 Confianza Personal y Esperanza, Dominio 1 Factores Internos y Dominio 2 Factores Externos, que hacen referencia los dos primeros a los aspectos personales internos de las personas, y el segundo a la importancia de la presencia de los Otros, con la Categoría de Edad JOVEN, lo que significaría que los pacientes encuestados que conforman el grupo etario JOVEN tendrían mayores posibilidades en Recuperarse de un trastorno mental severo. La razón a la que puede atribuirse este impacto, es debido a las posibilidades existentes de realizar una detección temprana del trastorno mental severo y así poder intervenir precozmente mediante programas integrales y psicosociales, (tratamiento psicológico, intervenciones familiares y de apoyo a la recuperación), a los fines de lograr evitar o minimizar la progresividad del trastorno.

Dichos resultados son consistentes a los resultados alcanzados por Mukolo Abraham y colaboradores ⁽⁹²⁾, en su investigación acerca de la validación concurrente de la escala RAS, o por Flynn S ⁽⁹³⁾, dónde plantean la existencia de una fuerte asociación entre la autoestima, confianza en sí mismo y esperanza con la posibilidad de alcanzar un nivel aceptable de recuperación. Y los obtenidos por Schön U, Denhov A y Topor A ⁽⁹⁴⁾, quienes consideran a la recuperación como procesos sociales, dónde las relaciones interpersonales juegan un papel muy importante.

En nuestro país, y a partir de la sanción de la nueva ley de salud mental, con su enfoque enmarcado en los derechos humanos, se nos abre las puertas al proceso de reforma de los sistemas de salud, dándonos las oportunidades para pensar e interpelar los objetivos propuestos normativamente en relación al mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen un trastorno mental grave.

Un ejemplo de esto es el caso de Chile, que desde el año 2001 cuenta con la Agrupación Nacional de Usuarios de los Servicios de Salud Mental, que entre sus planes más inmediato estuvo la conformación de un centro de empleo inspirado en el principio de la “realización personal”.

El ejemplo emblemático de nuestro país es en EL Bolsón, provincia de Río Negro, donde desde el año 2007 se creó y organizó una cooperativa con el objetivo fundamental lograr la inserción laboral de los ex-pacientes, y además cambiar la visión que tiene la comunidad con respecto a la locura. Actualmente dicho centro cuenta con la concesión del polideportivo municipal, un servicio para fiestas y la concesión del refugio del cerro Perito Moreno. Siendo de suma importancia que ninguno de los miembros de dicha cooperativa es un profesional de la salud ⁽⁴⁹⁾.

Los resultados de nuestra investigación apunta a que la Recovery Assessment Scale es confiable y está compuesta de cinco factores y cuatro dominios con buena consistencia interna que son concordante con la literatura revisada sobre la recuperación de las personas que presentan un trastorno mental severo.

La expectativa es que la investigación realizada sobre la escala RAS se una a la literatura existente sobre la recuperación de los pacientes que padecen un trastorno mental severo. De esta forma se contara con una herramienta importante en la estimación de la recuperación, lo que representa un gran paso para el desarrollo y evaluación de las intervenciones psicosociales, importantes para alcanzar la Recuperación tan deseada por los interesados directos, los pacientes, la familia, los profesionales y porque no también la comunidad toda.

Conclusiones

- ❖ El mayor nivel de Recuperación está directamente asociado a la Categoría de Edad Joven. El ser joven tiene más posibilidades de recuperarse que una persona adulta mayor. Los adultos presentaron un nivel de recuperación mínimo.
- ❖ El nivel de recuperación no se asocia con las diferentes categorías diagnósticas: psicosis, esquizofrenia, trastorno bipolar, otros.
- ❖ Con respecto al análisis de los factores que componen la escala utilizada, los resultados demostraron que el Factor 1 Confianza Personal y Esperanza, el Dominio 1 Factores Internos y Dominio 2 Factores Externos, demostraron puntuaciones más altas y por lo tanto un nivel de recuperación más aceptado y elevado.
- ❖ En relación al análisis de la Categoría Nivel de Recuperación más de la mitad de la muestra mostró un nivel de recuperación aceptable en relación al Factor 1 Confianza Personal y Esperanza lo que significa que estos pacientes sujetos a estudio cuentan con confianza de sí mismo, con una autoestima y esperanza suficiente que contribuyen a su Recuperación de su trastorno mental. La otra mitad de los sujetos a estudio alcanzó un nivel de recuperación esperado en cuanto al Dominio 1 Factores Internos, lo que significa que los sujetos presentan consciencia del curso de su enfermedad, que reconocen la necesidad de cambiar su visión acerca del cómo puede comenzar a realizar el cambio y su determinación de recuperarse. Se observó además que casi la totalidad de los pacientes llegan a su recuperación cuando cuentan con un entorno familiar, de amistad o de acompañamiento profesional adecuado, para su sostenimiento y recuperación de su trastorno mental, siendo evidente la importancia que representan los “Otros” en la recuperación del padecimiento mental.

Bibliografía

- (1) Malvárez S. Salud Mental en la Comunidad. Segunda edición. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. OPS. 2009. Cap.12 [168].
- (2) Saavedra Macas F. Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. Historia-Ciencias-Saúde. Manguinhos, Río de Janeiro. 2011, jan-mar, vol.18, n.1[122-123].
- (3) Cano C, Vior E. El derecho humano a la salud mental en las políticas públicas del estado argentino. En Escalada R, et al (comp). Investigaciones interdisciplinarias en salud mental. 2011 Rosario: Laborde 684 [19-28].
- (4) Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.Derecho a la protección de la salud mental. 2011.
- (5) Anthony W A. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990.Psychosocial Rehabilitation Journal. Boston. 1993,16 (4) [1].
- (6) Glenn R, Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all. Advances in psychiatry treatment. 2004, 10 [37-48].
- (7) Asociación Española de Neuropsiquiatría. Hacia una Reformulación de la Rehabilitación Psicosocial. Madrid. Cuadernos Técnicos. 2012, 16 [69].
- (8) Valiente C, Vázquez C, Simón P. Marco Teórico de la Evaluación: desde la rehabilitación psicosocial a la recuperación. Revista Rehabilitación Psicosocial Norte de Salud Mental. 2009, en-dic, vol. 6, n 1 y 2 [15-29].
- (9) López Álvarez Marcelino. El empleo y la recuperación de personas con trastornos mentales graves. La experiencia de Andalucía. Rev. Norte de Salud Mental. 2010, vol. VIII, n 36 [11-23].
- (10) Deegan P. Recovery: The lived experience of Rehabilitation.The experience of recovery. Psychosocial Rehabilitation Journal.1988, vol. 11, n 4 [11-19].
- (11) Ralph R.The recovery perspective and evidence-based practice for people with serious mental illness.The Behavioral Health recovery management Project, Peoria Il. 2002.
- (12) Rodgers M, Norell D, Roll J, and Dyck D. An overview of mental health recovery psychiatric primary. 2007.14 (12) [78].

- (13) Del Olmo Romero Nieva F. La recuperación de personas con trastornos mentales graves. *Informaciones Psiquiátricas*. 2010, n 201 3° Trimestre [237-257].
- (14) Vázquez Baquero J L, Gaité Pindado L, Pérez Iglesias R. Nuevos enfoques para la intervención en primeros episodios de psicosis. *Elsevier España* 2008 vol. 4. Cap. 1 [10-11].
- (15) Shepherd G, Boardman J, Slade M. Hacer de la recuperación una realidad. Londres. 2008, mar. Sainbury Centre for mental Health Policy Paper.
- (16) Ralph R, Kidder K, Phillips D. Can we measure recovery? A Compedium of recovery and recovery- related instruments. 2000, jun. The Evaluation HSPI Center [2-4].
- (17) Schrank B, Slade M. Recovery Psychiatry. *Psychiatric Bulletin* 2007 [322].
- (18) Provencher H. l'experience du rétablissement: perspectives théoriques: Dossier: Rétabliissement. *Santé mental eau.Quebec*. 2002, vol. 27 n 1 [35-64].
- (19) Andresen R. The experiences of recovery from schizophrenia development of a definition, model and measure of recovery. Research on line. University Wollongong. Thesis Collections. 2007, oct. Cap. 4 [73-91].
- (20) Gabay P M. Recuperación. Un Nuevo paradigma para la psiquiatría. *Vertex. Rev. Arg.de Psiquiatría* 20, vol. XXII [459].
- (21) Slade M, Schrank B. Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*. 2008, vol. 3, n 9 [321-325].
- (22) Anthony W A. Recovery from mental illness: The Guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993, vol. 16, n 4 [11-23].
- (23) Casas E, Escandell M, Ribas M, Ochoa S. Instrumentos de evaluación en rehabilitation psicosocial. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. 2010, en-mar, vol. 30, n 105 [25-47].
- (24) Laviana Cuetos M. Apuntes de Psicología. Andalucía. Universidad de Sevilla. 2006, vol. 24, n 3 [345-373].
- (25) Jacobson N, Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*. 2001, vol. 52, n 4 [482-485].
- (26) McCraine A. The SAGE and book of mental health illness. Cap.23 Recovery in mental illness. The roots meanings and implementations of a new services movement. Ed. SAGE Publications Ltd. 2011[471-489].

- (27) Liberman R, Kopelowicz A. Recuperación de la esquizofrenia. Un concepto en busca de la investigación. Open Forum. Servicios de Psiquiatría, 2005, vol. 56, n 6.
- (28) Clasificación Internacional del funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. (CIDDS-2). Grupo de Evaluación, clasificación y epidemiología. OMS. Ginebra Suiza. Borrador Beta 2. 1999, jul.
- (29) Agrest M, Druetta I. El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios. Vertex. Rev. Arg. de Psiquiatría. 2011, vol. XXII [59].
- (30) Liberman R, Kopelwicz A. Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia. Definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. Rehabilitación psicosocial. 2004, vol. 1, n 1 [12-29].
- (31) Campbell T, Orde M.P.A., Chamberlin J. Measuring the Promise: A Compendium of Recovery. Measures National Empowerment Center. Jenneth Carpenter, M.S.W. (Corresponding Author), H. Stephen Leff, Ph.D. The Evaluation Center @ HSRI. 2005, sep, vol. 2.
- (32) Corrigan P, Salzer M, Ralph R, Sangster Y, Keck L. Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. Schizophrenia Bulletin. 2004, vol. 30, n 4 [1035-1041].
- (33) Turner Crowson J, Wallcraft J. The recovery vision for mental health services and research: A British perspective. Winter. 2002, vol. 25, n 3.
- (34) Burgess P, Pirkis J, Cooms T, Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. Aust. N.Z.J Psychiatry. 2011, apr, vol. 45, n 4 [267-280].
- (35) Weeks G, Slade M, Hayward M. A UK validation of the stages of recovery instrument. International Journal of social psychiatry. 2011, vol. 57, n 5 [446-454].
- (36) Harrison G, Hopper K, Graig T, Laska E, Siegel C, Wanderling J, Dube K, et al. Recovery from psychotic illness: 15 and 25 year international follow-up study. British Journal of Psychiatry. 2001, vol. 178 [506-517].
- (37) Lauronen E, Koskinen J, Veijola J, Miettunen J, Jones P, Fenton W, Isohanni M. Recovery from schizophrenic psychoses within the northern Finland. The Journal of Clinical Psychiatry. 2005, vol. 66, n 3 [375-383].
- (38) Paganizzi Liliana. Sobre la recuperación de personas con trastorno mental. Arg. Bs.AS. 2009, may.

- (39) Noordsy D, Torr3ey W, Mueser K, Mead S, O'Keefe C, Fox L. Recovery from severe mental illness: an intrapersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry*. 2002, vol. 14[318-326].
- (40) Agrest M. La participación de los usuarios en los servicios de salud mental. *Vertex Rev. Arg. De Psiquiatria*. 2011, vol. XXII [409-418].
- (41) Herrero M, Monsalve M, Smith S. Recovery: services that put people first. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatria*. Madrid. 2013, abr-jun, vol. 33 [118].
- (42) Minoletti A, Narváez P, Sepúlveda R, Funk M. Desarrollo de políticas y planes de salud mental comunitaria. *Salud Mental en la Comunidad*. Segunda edición. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS. 2009. Cap.7 [89-103].
- (43) Russinova Z, Rogers E, Ellison K, Lysass A. Conceptualization and measurement of mental health providers recovery-promoting competence. The recovery promoting relationships. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2003, vol. 36, n 1[7-14].
- (44) Funk M, Fayde E, Drew N, Minoletti A. Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental. *Salud Mental en la Comunidad*. Segunda edición. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. OPS. 2009. Cap.8 [105-117].
- (45) Fisher D. La reforma de salud en base a un modelo de fortalecimiento de la recuperación de las personas con discapacidades psiquiátricas. *National Empowerment Center*. Massachusetts. 1994, vol. 45, n 9 [913-915].
- (46) Atterbury K. Preserving the person: The ethical imperative f Recovery-Oriented Practices .*American Journal of Orthopychiatry*. American Orthopychiatric Association. 2014, vol. 84, n 2[182-189].
- (47) Jääskeläinen E, Joula P, Hirroven N, MacGrath J, Saha S, Isohanni M, Veijola J, Miettunen J. A systematic Review and Metaanalysis of Recovery in Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2013, vol.39, n 6 [1296-1306].
- (48) Kurgic S, Cavelti M, Beck E, Rüsç N, Vauth R. Therapeutic alliance in schizophrenia the role or recovery orientation, self-stigma and insight. *Psychiatry Res*. 2013, aug, vol. 209, n 1[15-20].

- (49) Wikinskis S. De la estabilización sintomática a la recuperación funcional en el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia y la depresión unipolar. *Vertex Revista psiquiátrica*. 2009, sep-oct, vol. 20, n 87 [351-358].
- (50) Kestel D. El papel de los líderes comunitarios y los grupos de usuarios y familiares. *Salud Mental en la Comunidad*. Segunda edición. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS. 2009. Cap.11 [157-166].
- (51) Cohen H. De la desinstitucionalización a la atención comunitaria. *Salud Mental en la Comunidad*. Segunda edición. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS. 2009. Cap.9 [119-131].
- (52) Hänninen E. Choices for Recovery. EMPAD 2012. Juvenes Print- Tampere University Print Oy.
- (53) Hänninen E. La rehabilitación basada en la comunidad y el modelo Clubhouse como medio para la reforma de la salud mental. Final Report. Education and Culture DC Lifelong Learning Programme Empad Project. 2010-2012.
- (54) Pelletier J, Corbiere M, Lecomte T, Briand C, Corrigan P, Davidson L, Rowe M. Citizenship and recovery: two intertwined concepts for civic-recovery. *BMC Psychiatry*. 2015 mar, vol. 4, n 15 [37].
- (55) Kestel D. El papel de los líderes comunitarios y los grupos de usuarios y familiares. In: Rodríguez J. *Salud Mental en la Comunidad*. Washington DC, OPS. 2009 [157-181].
- (56) Galende E y Ardila S. El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria. *Rev. Salud Mental y Comunidad*. Ed. UNLA. 2011, sep [39-50].
- (57) Monsalve M. Psicopatología y Recuperación. *Informaciones Psiquiátricas*. III Jornadas de Psicopatología Clínica y Salud Mental. SantBoi de Llobregat. Barcelona. 2013, mar, n 213 [285].
- (58) Ciudad A, Bobes J, Álvarez, San L, Novick D, Gilaberte I. Resultados clínicos relevantes en remisión y recuperación. *Rev. De Psiquiatría y Salud Mental*. Barc. 2011, vol. 4, n 1 [53-65].
- (59) Sánchez Guarnido D A. El modelo de la recuperación y su evaluación. Simposio 11. Congreso Internacional de Investigación en salud Y Envejecimiento. España. 2014, jul.

- (60) Oñate Carabias, J. Modelo de la Recuperación en Salud mental. Ponencia. Simposio 11. Congreso Internacional de Investigación en salud Y Envejecimiento. España. 2014, jul.
- (61) Farkas M. The visión of recovery today: What it is and what it means for services. *Rev. World Psychiatry*. 2007, vol. 6, n 2 [4-7].
- (62) Mausbach B T, Moore R, Bowie C, Cardenas V, Petterson T. Una revisión de los instrumentos de medida de la recuperación funcional en los diagnósticos de psicosis. *Schizophr Bull*. 2009, mar, vol. 35, n 2[307-318].
- (63) Noiseuz S, Tribble D, Corin E, St Hilaire P, Morissette R, Leclerc C, Fleury D, Vigneaul T, Gagnier F. The process of recovery of people with mental illness: the perspectives of patients, family members and care providers: Part 1. *BMC health Services Research*. 2010, vol.10 [161].
- (64) Díaz F. Recovery: modelo de trabajo centrado en la recuperación. Ponencia. Jornada de salud mental y psiquiatría comunitaria. UCSC. 2014, may.
- (65) Valencia M, Caraveo J, Colin R, Verduzco W, Corona F. Remisión sintomática y recuperación funcional en pacientes que padecen esquizofrenia. *Rev. Salud mental*. 2014, ene-feb, vol.37, n 1[59-74].
- (66) Slade M. Amering M, Oades L. Recovery: and international perspective. *Epidemiol.Psichiatr.Soc*. 2008, apr-jun, vol. 17, n 2 [128-137].
- (67) Octaviano M. la institución psiquiátrica y el proceso de reforma en el campo de la salud mental. *Rev. Electrónica de Psicología Política*. 2011, jun-jul, vol. 9, n 26 [44-52].
- (68) Corrigan P W, Giffort D, Rashid F, Leary M, Okeke I. Recovery as psychological construct. *Community Mental Health J*. 1999, jun, vol. 35, n 3 [231-239].
- (69) McNaught M, Caputti P, Lindsay G, Oases and Deane F. Testing the validity the Recovery assessment Scale using an Australian sample. *Aust. NZ. J Psychiatry*. 2007, may, vol. 41, n 5 [450-457].
- (70) Chiba R. Fiabilidad y validez de la versión japonesa de la Escala de Evaluación de Recuperación para las personas con enfermedad mental crónica: Desarrollo de la Escala. In *J Nursing Stud*. 2010, mar, vol. 47, n 3 [314-322].

- (71) Salzer M, Brusilovsky E. Advancing Recovery science: Reliability and validity properties of the recovery assessment scale. *Psychiatric Services*. 2014, apr, vol. 65, n 4 [443].
- (72) Monger B, Scott Hardie, Cumming J, Ion R, Henderson N. *BJ Psych Bulletin*. 2013, jul, vol. 37, n 7 [221-227].
- (73) INT. *J NursStd*. Relación cuantitativa entre la recovery y beneficiarse de investigaciones entre las personas con enfermedades mentales. 2010, mar, vol. 47, n 3 [314-322].
- (74) Geoff D, Weleminsky J, Onifade Y, Sugarman P. Recovery star: validating user recovery. *BJ Psych Bulletin*. 2012, feb, vol. 36, n 2 [45-50].
- (75) Montaña E. La Confianza. *Health Revoltion*. San José, California, EEUU. 2015, jun.
- (76) Grotberg E. La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades. España, Barcelona, Ed. Gedisa. 2009 [398].
- (77) Community Partnership of Southern Arizona. Principios Guía para Servicios y Sistemas de Salud Mental para adultos orientados hacia la Recuperación. 2010.
- (78) Craver Ch, Scherier M, Segerstrom S. Optimism. *Clinical Psychology Review*. Elsevier. 2010, vol. 30 [880-887].
- (79) Gómez Moreno B. Resiliencia individual y familiar. Trabajo tercer curso. España. 2010, jun.
- (80) Federación andaluza de asociaciones de usuarios/as de salud mental: “En primera Persona”. Confederación Salud Mental. España, 2014. Ed. Federación andaluza de asociaciones de usuarias/as de salud mental.
- (81) Artavia Aguilar C, Vargas Fallas M. La orientación en la calidad de vida de las personas adultas mayores. Creando espacios de acción. *Rev. Electrónica Educare*. 2012, vol. 16 especial [39-45].
- (82) Mella R, González L, D’apponio J, Maldonado I, Fuenzalde A, Díaz A. Factores asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *PSYKHE*, Chile, Santiago. 2004, vol. 13, n 1[79-89].
- (83) Jefferson Center for Mental health. Recuperación de enfermedad mental. 2009.
- (84) Ahern L, Fisher D. Recobrar la vida a nuestro propio ritmo. Guía para recobrar la vida: PACE. National Empowerment Center., Inc, 2006.

- (85) Soriano J. Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento. Boletín de Psicología. 2002, jun, n 75 [73-75].
- (86) Monger B, Scott M, Robin I, Cumming J, Henderson N. The individual recovery outcomes counter: preliminary validation of a personal recovery measure. BJPsych Bulletin. 2013, jul, vol. 37, n 7 [221-227].
- (87) Recovery and recovery support. SAMHSA. Substance abuse and mental health services administration. 2014, sep.
- (88) Higgins A. A recovery approach within. The Irish mental health services. A framework for development mental health commission. 2008.
- (89) Queensland Government. Queensland health. 2012, nov.
- (90) Department of mental health's. Recovery: definitions & components. Hope harvesting our personal efforts. Ohio. 1980.
- (91) FEAFES. Aproximación a la patología dual propuestas de intervención en la Red Feafes. Confederación española de agrupaciones de familiares y personas con enfermedad mental. Madrid, España. 2014, 1ª ed.
- (92) Mukolo A, Heflinger C, Baxter J. Recovery and Self-Esteem: Concurrent validity of the Recovery Assessment Scale. The international journal of psychosocial rehabilitation. 2011, vol. 15 n 2 [41-68].
- (93) Flinn S. reliability and validity of the Recovery Assessment Scale for consumers with severe illness living in group home settings. Kent State University. 2004, [229].
- (94) Schön U, Denhov A, Topor A. Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. Int. J. Soc. Psychiatry. 2009, jul, vol.55. n4 [336-347].