

“Está claro que en todo el mundo las organizaciones de consumidores quieren que éstos hagan oír su voz y sean tenidos en cuenta cuando se adopten decisiones que afecten a sus vidas. (...) Detrás de las etiquetas y los diagnósticos hay personas de carne y hueso que, independientemente de lo que piensen otros, tienen ideas, criterios, opiniones y ambiciones. Estas personas no son distintas de las demás, y quieren las mismas cosas básicas de la vida: unos ingresos adecuados; una vivienda decente; oportunidades educativas; una formación laboral que conduzca a un trabajo real y valioso; participación en la vida de la comunidad, amistades y relaciones sociales, y relaciones personales basadas en el afecto”

Judi Chamberlin, psiquiatra del Hospital Psiquiátrico de Boston

(Extraído de la introducción del cómic de sensibilización en favor de las personas afectadas por trastornos mentales. Una historia sobre Luis. Elaborado por el equipo del Centro de Rehabilitación Laboral “Nueva Vida”)

Quería dedicar este trabajo a
Marina, sin su generosidad y
apoyo, constantes, realizarlo no
hubiera sido posible; también a
Lucía y Hugo que son la motivación
diaria para ser un poco mejor.

ÍNDICE

Resumen.....	8
Planteamiento del problema.....	9
Definición del problema	9
Justificación	10
Objetivos del trabajo	12
Metodología	13
El concepto de recuperación en esquizofrenia.....	14
Revisión histórica del concepto	14
Fases del proceso de recuperación.....	26
Factores asociados con la recuperación identificados en la revisión bibliográfica	28
Instrumentos para evaluar la recuperación.....	33
Psicología positiva y Recuperación.....	37
Esperanza.....	39
Resiliencia	41
Empoderamiento	43
Propuestas de intervención desde la Psicología Positiva	45
Terapias de tercera generación y Recuperación.....	47
Mindfulness.....	47
Terapia de Aceptación y Compromiso	48
Implicaciones del concepto de recuperación en el tratamiento	53
Cómo Implementar recuperación en los recursos de atención	53
Conclusiones y Discusión.....	58
Referencias	63
ANEXO I.....	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Condiciones para la recuperación. Extraído de Liberman y Kopelowics, 2005	18
Tabla 2. Evolución histórica de los factores estudiados en el concepto de recuperación	21
Tabla 3 modelos de fases de recuperación de trastornos mentales severos. Extraído de Carmen Valiente, Carmelo Vázquez y Peter Simón en 2007. Adaptado y traducido de Andreasen et al., 2003.....	28
Tabla 4. Subescalas del R.A.S. (Escala de Evaluación de Recuperación). Corrigan, Giffort, Rashid, Leary y Okeke, 1999)	34
Tabla 5. Aportaciones clínicas desde la psicología positiva. Extraído de Carmelo Vázquez, 2010.....	46
Tabla 6. Valores que de los servicios de atención en salud mental. Farkas, 2007	56

ÍNDICE DE FIGURAS.

Figura 1. . Factores asociados al proceso de recuperación., extraída de Liberman y Kopelowics, 2005.	30
Figura 2 Dimensiones del proceso de recuperación. Extraído de Saavedra, 2001	31
Figura 3. Aportaciones de la Psicología Positiva al concepto de recuperación.	38
Figura 4 Enfoque de las terapias de tercera generación aplicado al concepto de recuperación.....	51
Figura 5. Resumen de las intervenciones en los procesos de recuperación. ...	57

Resumen

En los últimos años el abordaje de las personas con patología mental grave se ha orientado hacia el complejo y largo proceso de superación personal, lo que ha llevado al aumento de los estudios de análisis de los factores que median en este proceso. Sobre estas premisas se articula el concepto de recuperación que se está incorporando cada vez en mayor medida en la atención en salud mental. Al ser un término difuso, su puesta en práctica está mediada por la opinión del profesional interviniente. Es por ello que, en el presente Trabajo Fin de Máster, se realiza un recorrido histórico por las diferentes concepciones del término de recuperación, observando su evolución desde las concepciones médicas tradicionales, hasta las propuestas más actuales y con mayor impregnación de componentes personales. Desgranando este constructo llegaremos a la conclusión de lo que la Psicología Positiva, y las aportaciones que nos llegan desde las terapias de tercera ola como son la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y *mindfulness*, pueden aportar, tanto en la comprensión del mismo, como en las posibles aplicaciones en intervención.

Planteamiento del problema

Definición del problema

Durante muchos años, una idea comúnmente aceptada en el campo de la salud mental era que las enfermedades mentales graves –especialmente la esquizofrenia– cursaban de manera inevitable con un deterioro progresivo (Saavedra, 2011). Por ello, históricamente la práctica clínica en este tipo de pacientes se ha centrado exclusivamente en el control de los síntomas psicopatológicos.

La perspectiva catastrofista propuesta por Kraepelin en 1913, según la cual la esquizofrenia era un trastorno crónico, *irrecuperable* que, inevitablemente, conducía al deterioro progresivo de la persona, influyó los sistemas diagnósticos modernos dificultando enormemente la aparición y aplicación del concepto de recuperación en este campo. Así, en el DSM III se consideraba la esquizofrenia como un trastorno de tal naturaleza que *“la vuelta total a niveles premórbidos de funcionamiento en individuos con un diagnóstico de esquizofrenia es tan infrecuente que pone en duda la precisión del diagnóstico”* o, incluso en el DSM-IV se advertía que *“probablemente la remisión completa (retorno a niveles premórbidos) no es habitual en este trastorno”* (Lieberman y Kopelwics., 2005). Sin embargo, las iniciativas de investigación en psiquiatría que se llevaron a cabo durante los decenios de 1960, 1970 y 1980 (Sartorius et al., 1996) demostraron la existencia de heterogeneidad en la evolución de los pacientes afectados de esquizofrenia (y otros trastornos mentales considerados severos), evidenciándose así la posibilidad de recuperación de la actividad a largo plazo y el desarrollo de una vida satisfactoria en este tipo de pacientes (Farkas, 2007).

Progresivamente, se ha ido asentando un nuevo paradigma de intervención en salud mental cuyos pilares se cimentan en algo más allá de la simple liberación de la sintomatología y que presenta objetivos más complejos y ambiciosos que se articulan en torno al concepto de recuperación. Una de las definiciones en esta línea más frecuentemente utilizadas del concepto de recuperación es la propuesta por Anthony en 1990, que la define como *“una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones aun con las limitaciones causadas por la enfermedad”*. Esta definición incluye algunos de los elementos que también otros autores han propuesto a lo largo de los 15 últimos años. Desde esta perspectiva, el proceso de recuperación tiene también implicaciones sociales y personales, como la recuperación de la propia identidad y de la percepción de control sobre la propia vida (Saavedra, 2011); así, la persona con

enfermedad mental tendría un papel protagonista, en primera persona, de su proceso, tanto terapéutico como de crecimiento personal (Farkas, 2007).

En la Guía Nacional del Ministerio de Sanidad de Rehabilitación Psicosocial en el Trastorno Mental Grave (2005), se subraya la dificultad en la elaboración de una definición clara y completa del concepto de recuperación, y se sugiere que la recuperación se podría caracterizar por un proceso de *superación de la enfermedad* para lograr una vida significativa y satisfactoria, más allá del mero control de los síntomas. En dicha guía, se indica también que la recuperación se ha convertido en un concepto emergente en el sistema de cuidado de la salud. En este sentido, el paradigma de intervención basado en la recuperación está claramente presente en la filosofía de sistemas de salud de países como Nueva Zelanda, Canadá, Australia, Inglaterra o Estados Unidos y parecería responder, como opinan algunos expertos (Beale y Lambric, 1995) a la lógica evolución de los movimientos en el cuidado de pacientes aparecidos en las décadas anteriores.

Aunque diversos tipos de terapias farmacológicas y psicológicas han mostrado ser efectivas en la reducción de síntomas en esquizofrenia, su eficacia en términos de recuperación, empleando criterios más ambiciosos de funcionamiento, y de aspectos como el disfrute de la vida o encontrar sentido a la existencia, está aún por demostrar (Vázquez y Hervás, 2006). La consideración de aspectos relevantes para el paciente en el concepto de recuperación, más allá de la mera eliminación de los síntomas, tendría implicaciones importantes a la hora de diseñar políticas de gestión de la salud que sean precursoras de procesos de recuperación (Guía Nacional de Rehabilitación Psicosocial, Ministerio Sanidad, 2005). Apoyando la necesidad de completar la definición de recuperación para un funcionamiento óptimo del sistema de salud y beneficio social, cabe subrayar que, cada vez más estudios, demuestran que las intervenciones en salud mental más efectivas son aquellas que incorporan más componentes de “recuperación” (Slade, Amering y Oades, 2009).

Justificación

Dado que no existe un claro acuerdo sobre qué aspectos debe incluir la definición del concepto de recuperación, parece necesaria una revisión exhaustiva de la evolución del concepto y de las aportaciones realizadas de las distintas orientaciones psicoterapéuticas y filosóficas; ello puede ser de utilidad para promover una mejor asistencia para este tipo de pacientes tanto en el ámbito clínico como en el ámbito de la rehabilitación psicosocial y laboral. Una definición más completa del concepto de recuperación potencialmente también podría incidir en el tratamiento asertivo comunitario, que es la filosofía imperante

de intervención en la comunidad. Del mismo modo, parece importante delimitar exhaustivamente el concepto porque podemos considerarlo como un indicador de rendimiento, así como del curso de la enfermedad, permitiendo controlar y mejorar la evolución de los individuos atendidos por los sistemas de salud mental.

Analizar el concepto de recuperación nos va a permitir observar qué factores de las distintas intervenciones son más eficaces para promover la recuperación y poder responder a las siguientes cuestiones: *¿Es necesaria y suficiente la ausencia de síntomas para poder considerar a una persona recuperada? ¿Se podría considerar a alguien afectado por esquizofrenia recuperado si permanece la sintomatología positiva?*

Se concibe la recuperación como un proceso en el que participan muchos actores y cada uno de ellos tiene responsabilidad sobre una parte del mismo. Paciente, psicólogo, psiquiatra, trabajador social, terapeuta ocupacional, familia, etc. Cada uno en su ámbito de actuación tiene una capacidad de acción limitada, sin embargo una intervención coordinada como red de atención podría propiciar procesos de recuperación más completos (Laviana-Cuetos, 2006). Es importante para analizar también los dispositivos de atención y las implicaciones de clarificar este proceso, ya que va a incidir directamente sobre las distintas filosofías de intervención.

No existe un protocolo claro o exhaustivo de actuación para favorecer la recuperación en los distintos recursos de atención a personas con esquizofrenia como son los centros de salud mental, hospitales de día, centros de rehabilitación psicosocial o centros de rehabilitación laboral. Nos encontramos con intervenciones con mayor o menor número de componentes relacionados con la recuperación. Resultaría relevante poder establecer un protocolo de intervención en la comunidad que pueda ser como la recuperación, es decir, transversal y al que se puedan acoger los profesionales de distintos recursos cuando van a realizar sus intervenciones.

Arrojar luz sobre el concepto de recuperación también es necesario para la elaboración de escalas adaptadas que nos permitan obtener una medida objetiva de un concepto tan complejo como el de recuperación. Si conseguimos delimitar el concepto de recuperación, así como identificar los factores que lo componen, podremos desarrollar instrumentos de medida que nos permitan operativizar las intervenciones. De hecho, El Plan de Acción aprobado en 2005 la Declaración de Salud Mental Europea de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2005) identifica como una de las cinco prioridades- para los próximos diez años la necesidad de "diseñar e implementar intervenciones completas, integradas y eficientes que fomenten la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, atención y recuperación", una demanda que corresponde a lo que se ha

etiquetado como recuperación basada en el servicio"(Schrank y Slade, 2007). Esto va a facilitar el diseño de intervenciones a priori que permitan mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por estos problemas y también diseñar dispositivos de trabajo que sean eficaces y eficientes a la hora de disminuir el número de recaídas. Ello haría de la prevención una realidad, disminuyendo a su vez costes asociados a ingresos hospitalarios e intervenciones en crisis. Por otro lado, analizando los instrumentos de evaluación utilizados para medir el grado de recuperación, observamos que, aunque en inglés existen ya distintas escalas para medir recuperación en personas afectadas por esquizofrenia, en castellano sólo contamos con la adaptación de Muñoz et al. de 2009 de la *Recovery Assessment Scale* (RAS; Giffort et al., 1995).

Los principios de la recuperación de personas con esquizofrenia parecerían ser afines a los valores de líneas de intervención provenientes de las terapias de tercera generación y a distintos elementos de la psicología positiva. Se tiende a considerar la experiencia de la persona con esquizofrenia como un problema en sí mismo, pero, el enfoque innovador que proponen dichas orientaciones terapéuticas pone el énfasis en la relación de la persona con la experiencia psicótica, algo a lo que no se había dado importancia hasta hace relativamente poco tiempo(Pérez-Álvarez, 2010).

Objetivos del trabajo

El objetivo principal del presente trabajo es realizar un análisis histórico del concepto de recuperación. Se realizará un recorrido por los principales estudios sobre recuperación en pacientes con esquizofrenia con el fin de poder delimitar qué factores son los principales que componen el proceso de recuperación y cuáles son sus dimensiones. Igualmente, nos detendremos en estudios que han delimitado las fases del proceso de recuperación como parte de un continuo, contemplando la posibilidad de que haya más o menos componentes de recuperación presentes en los afectados por esquizofrenia; en el polo opuesto de la concepción tradicional que considera la recuperación como todo o nada. Contemplaremos también el punto de vista de ex pacientes y perspectivas críticas con el modelo médico imperante. Se revisará qué instrumentos hay disponibles para medir el constructo de recuperación y qué dominios incluyen.

Finalmente, se abordarán las contribuciones realizadas desde la psicología positiva y las terapias psicológicas de tercera generación en el campo de recuperación en esquizofrenia. Dado que el proceso de recuperación se relaciona con el trabajo de las potencialidades humanas, el desarrollo de las competencias y, sobre todo, con la consecución de bienestar a pesar de los problemas de salud mental, la revisión de las principales aportaciones realizadas desde la psicología positiva y de las terapias

psicológicas de tercera generación pueden abrir nuevas vías para desarrollar y maximizar la eficacia de las intervenciones en salud mental orientadas a la recuperación. De esta forma, el presente trabajo pretende también delimitar una propuesta de intervenciones procedentes de dichos campos que pueden contribuir de una forma más clara al proceso de recuperación.

Metodología

Revisión teórica del concepto de recuperación en esquizofrenia mediante la revisión de guías nacionales e internacionales para el manejo de la esquizofrenia, literatura especializada, así como también de revisiones sistemáticas, metanálisis y artículos sobre recuperación en esquizofrenia obtenidos mediante Google Scholar (palabras clave de la búsqueda = esquizofrenia + recuperación; schizophrenia + recovery), PubMed y PsycInfo (palabras clave = schizophrenia + recovery). Para la revisión de las aportaciones de la psicología positiva y las terapias psicológicas de tercera generación se utilizaron artículos obtenidos a través de Google Scholar (palabras clave de la búsqueda = Psicología Positiva+ Terapias de Aceptación y Compromiso + Mindfullnes + esquizofrenia + recuperación ; positive psychology + Acceptance and Commitment Therapy + Mindfullnes + schizophrenia + recovery)

El concepto de recuperación en esquizofrenia

Revisión histórica del concepto

Establecer una definición clara y completa del concepto de recuperación en Trastorno Mental Severo (TMS) permite diseñar una hoja de ruta y evaluar los efectos de las intervenciones que actualmente se realizan con personas con esquizofrenia. Por este motivo, a continuación haremos un recorrido histórico a los antecedentes y precursores del concepto de recuperación.

A comienzos del siglo XX, la esquizofrenia era percibida como un trastorno crónico, inexorablemente debilitante y con inexistentes posibilidades de conseguir una recuperación sintomática y/o funcional. Kraepelin en 1913 describió la evolución de la esquizofrenia, que denominó *dementia praecox*, como un proceso que lleva al deterioro psíquico, falta de volición e incompetencia social. Definiciones del constructo de esquizofrenia más dinámicas fueron introducidas posteriormente (e.g. Bellack, 1958), pero la concepción inicial de Kraepelin dominó la consideración de la esquizofrenia durante los primeros dos tercios del siglo XX. A pesar de que las expectativas terapéuticas se han visto ampliamente mejoradas con la llegada de los antipsicóticos de segunda generación y la implantación generalizada de intervenciones psicosociales, esta perspectiva pesimista sobre el pronóstico en esquizofrenia, todavía está presente en muchos afectados, profesionales y familiares que actualmente no confían en la posibilidad de integración en la sociedad y con el disfrute de una vida plena. Esta visión tuvo -y tiene- repercusiones en las demás áreas vitales de la persona afectada; y debido a que el trastorno es considerado motivo de estigma, los enfermos a menudo niegan su enfermedad y evitan acudir a los servicios de atención especializados, con el consecuente empeoramiento del pronóstico. Este hecho ha sido detectado y recogido en el actual Plan de Acción en Salud Mental de la OMS 2013-2020.

Desde una perspectiva médica clásica se ha considerado la recuperación como un objetivo final de las intervenciones centrándose en el alivio de los síntomas, la remisión, y la vuelta a los niveles premórbidos de funcionamiento. Tan pesimista fue el punto de vista tradicional en la esquizofrenia, que la remisión sintomática era motivo para replantear la validez del diagnóstico inicial (Carpenter y Kirkpatrick, 1988). Con los años, sin embargo, los estudios han ido refutando esta visión pesimista. Así los estudios a corto y largo plazo de Davidson y McGlashan, 1997; Jobe, Harrow y Long, 2005; Harding y Changes, 2005 y Harrison et al., 2001) apuntan a que es posible la mejoría sintomatológica y remisión (con o sin tratamiento) y la mejora funcional en este tipo de pacientes. Por otro lado, varios estudios, como el Whitehorn, Richard y Kopala en 2004, han demostrado que más del

70% de las personas que reciben tratamientos estándar para la experiencia de la esquizofrenia a corto plazo cumplen criterios de "remisión significativa" y pasan a cumplirlos de "remisión completa" durante el primer año de tratamiento. El estudio longitudinal de Jobe y cols. (2005) mostró también que sólo un 20% de los individuos diagnosticados de esquizofrenia, muestran un curso de deterioro, durante los primeros dos años de duración del trastorno. Por el contrario, entre el 20-65% presentan resultados de moderados a buenos (aunque son frecuentes períodos de remisión sintomática, o de recaídas), y aproximadamente 20% retorno a los niveles premórbidos de funcionamiento. En la misma línea, en la revisión de Harding en 2005, se reportaron resultados positivos en remisión sintomática en un 91% de los casos. Sin embargo cabe también matizar que algunos estudios han observado que las tasas de mejora o recuperación sugeridas podrían no representar las posibilidades reales de recuperación de los trastornos del espectro esquizofrénico (Bellack, 2006).

La noción médica clásica de la recuperación en esquizofrenia no ha estado exenta de limitaciones. La primera es que considera la recuperación desde una concepción categórica, lo que significa que los individuos se clasifican como recuperados o no recuperados (Ahmed, Mabel y Buckley, 2011). Uno de los inconvenientes de esta clasificación categórica es que se pueden pasar por alto mejoras significativas en ámbitos como el personal o de funcionamiento psicosocial, porque no cumplen criterios de remisión sintomática. Si bien el modelo médico ha hecho tradicionalmente más énfasis en la remisión sintomática e intervención temprana, así como la recuperación de la actividad premórbida (Davidson et al., 2008), las iniciativas que contemplan la perspectiva del afectado dan más importancia a factores personales construyendo la definición de recuperación a partir de la narrativas en primera persona (Spaniol, Gagne y Koehler 1997). Esto hace que el término de recuperación sea tan heterogéneo y dificulte su definición. Con respecto al constructo de recuperación, ya en 1987 Harding y colaboradores comenzaron a demostrar la independencia entre la sintomatología y funcionamientos óptimos en distintas áreas vitales como el ámbito social, educativo e incluso ocupacional. Demostraron que las personas con esquizofrenia mostraron habilidades de afrontamiento más eficaces a pesar de la sintomatología persistente.

Como antecedentes a los estudios que contemplan la recuperación como elemento fundamental en la intervención en esquizofrenia, encontramos los modelos integradores de las décadas de los setenta y ochenta sobre la enfermedad mental. En estos modelos se comenzó a atisbar las necesidades de las personas que padecen esquizofrenia y se observó como el tratamiento farmacológico resultaba insuficiente para abordar de forma única la heterogeneidad de la esquizofrenia. El modelo que más ha influido en las líneas

de intervenciones terapéuticas posteriores, es el Modelo de la Vulnerabilidad de Zubin y Spring (1977); y como complemento nos encontramos con el Modelo de Vulnerabilidad-Estrés (Nuechterlein y Dawson, 1984) o el Modelo de Ciompi (1987). Ya en 1986 Liberman elaboró un modelo integrador y multifactorial de los TMS y sus incapacidades, en el que desarrollan una intervención estructura y dividida en 12 partes que cubre las áreas de: medicación, manejo de síntomas, comunicación, integración en la comunidad, autocuidado y ocio; y que son el precursor de los protocolos de intervención modulares, como la conocida Terapia psicológica integrada "*Integrated Psychological Therapy*" (IPT) desarrollada por Brenner et al. (1992, 1994). También el modelo de Emoción Expresada (Brown y Rutter, 1966) ha estado también muy presente en los programas psicoeducativos y de intervención con familias.

Desde el punto de vista del movimiento de ex pacientes, se empezó a utilizar el lenguaje de la recuperación para dar sentido a sus propias experiencias, desarrollando a la vez una nueva concepción de las enfermedades mentales (Chamberlin, 1978). Las ideas del *Independent Living Movement*—movimiento de personas afectadas por enfermedades físicas— (DeLong, 1979) influyeron fuertemente en los puntos de vista de los usuarios de los servicios de salud mental. Este sería el antecedente de la filosofía de recuperación, que afirma que ésta es posible a pesar de las limitaciones funcionales de la persona.

En 1990, Anthony y colaboradores incluyeron en su definición de recuperación no sólo el volver a desempeñar roles sociales valorados, sino también a superar un diagnóstico y todo lo que éste implica (e.g. autoestigma, estigma social, discriminación, falta de oportunidades sociales y laborales, etc.), además de la recuperación respecto a los efectos de la propia enfermedad.

Deegan en 1996 planteó que: "*El objetivo del proceso de recuperación no es el de alcanzar la normalidad. El objetivo es el de aceptar nuestra vocación humana de ser más profunda y completamente humanos*", mencionando por primera vez que la vivencia personal y el contexto de la persona es de vital importancia para poder conseguir la recuperación.

El estudio de Davidson en 1997, consideró que la "recuperación completa" se caracterizaría por la remisión completa de los síntomas y el retorno a los niveles premórbidos de funcionamiento social y profesional. Esta definición no contemplaría factores cognitivos y se englobaría dentro de la perspectiva médica de recuperación, focalizada principalmente en la remisión o disminución de la severidad de los síntomas.

Para Torgalsboen y Bjornen 2002, la recuperación de la esquizofrenia se puede caracterizar por remisión de los síntomas y la restauración de funcionamiento de forma

estable. Los autores diferencian entre remisión completa de síntomas, recuperación completa y remisión espontánea. En su estudio llegan a la conclusión que la recuperación de la esquizofrenia es complicada y frágil y consideran que la remisión completa puede ser un concepto aplicable a aquellos individuos con esquizofrenia que han alcanzado y sostenido su recuperación, que serían las personas con esquizofrenia que obtienen una puntuación mayor de 65 en la G.A.F. (*Global Assessment of Functioning*) y han permanecido al menos 5 años sin hospitalizaciones.

Para Whitehorn et al., 2002 la recuperación consiste en un proceso individual, complejo y multidimensional que se desarrolla con el tiempo. Estos autores proponen criterios operativos para la definición de recuperación divididos en cinco dimensiones de síntomas, dos dimensiones de carácter funcional, y una última dimensión global que denominan "retorno a la línea de la vida". En un estudio del grupo se evaluaron a las personas con esquizofrenia mediante la escala G.A.F (*Assessment of Functioning*), la PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) y la SOFA (*Social and Occupational Functioning Assessment Scale*), encontrándose que después de un año de tratamiento el 67% de los sujetos cumplió criterios de recuperación sintomática tanto para los síntomas positivos y negativos, el 42% cumplió con criterios de recuperación para las cinco dimensiones de síntomas y el 50% cumplió criterios de recuperación funcional global - "retorno a la línea de la vida"-(puntuaciones en la escala de SOFA superiores a 60).

Desde la perspectiva anteriormente mencionada en la que contemplan testimonios en primera persona de los afectados, vemos la importancia que se da a la dimensión personal en el concepto de recuperación, en el recorrido que realiza la persona y el enriquecimiento que supone pasar por la experiencia traumática de la enfermedad. Así, el *Center for Psychiatric Rehabilitation* de la *Boston University* (Anthony, Cohen y Farkas, 2002) desarrolló una definición de trabajo del concepto de recuperación a través del análisis de narrativas en primera persona, considerando la recuperación respecto a las enfermedades mentales como un "*proceso personal y profundo de cambio de actitudes, sentimientos, percepciones, creencias, funciones desempeñadas y objetivos vitales, además del desarrollo de un nuevo significado y nuevos objetivos en la vida personal, más allá del impacto de la enfermedad mental*".

Una definición muy completa que engloba algunos de los elementos más habituales de muchas otras definiciones que se han propuesto a lo largo de los 15 últimos años:

- la importancia de la renovación de la esperanza.
- la superación del estigma y de otras fuentes de situaciones traumáticas asociadas a las enfermedades mentales graves (resiliencia).

- la asunción del control de la propia vida (empoderamiento)

Andreasen et al. en 2005 propusieron una definición más operativa de recuperación, tomando como punto de partida los modelos de estudio de remisión sintomática en ansiedad y trastornos del estado de ánimo. Consideraron la esquizofrenia como una enfermedad heterogénea, como categoría diagnóstica y también por su evolución temporal. Desarrollaron un estudio en el que se operativizó la definición del trastorno analizando la relación entre los componentes funcional, cognitivo y sintomático; considerando la remisión sintomática y la ausencia de síntomas durante 6 meses como criterios necesarios para que se produzca la recuperación. En su estudio encontraron que un 47% de las personas que participaron alcanzaron dichos criterios. En esta investigación no se tuvieron en cuenta otros factores de índole personal o social para la consideración de la recuperación.

Liberman y Kopelowics en 2005, plantearon una definición operativa de la recuperación de la esquizofrenia que incluía los siguientes aspectos: 1) remisión de los síntomas, 2) participación plena o a tiempo parcial en un empleo o en la escuela, 3) una vida independiente sin la supervisión de familiares o de cuidadores sustitutos, 4) no depender totalmente de la ayuda económica del seguro de discapacidad y 5) tener amigos con los que compartir actividades de manera regular. Para considerarse “recuperado” un paciente debería cumplir cada uno de los criterios anteriormente descritos durante un período de tiempo no inferior a dos años consecutivos. A continuación, en la tabla 1 se ofrece una explicación gráfica de los componentes que estos autores consideran necesarios para considerar que una persona está recuperada:

Tabla 1. Condiciones para la recuperación. Extraído de Liberman y Kopelowics, 2005

Remisión de Síntomas
Una puntuación menor que 4 en cada uno de los ítems relacionados con sintomatología positiva y negativa en la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica durante dos años consecutivos
Funcionamiento ocupacional
Actividad laboral satisfactoria; al menos media jornada en un sector competitivo durante dos años consecutivos. Si no estuviera en edad laboral, participación activa en actividades lúdicas, familiares o de voluntariado

Vida independiente

Vida independiente y autonomía en la gestión del dinero y actividades de la vida diaria (aseo y cuidado personal, compra, preparar la comida, etc.) Con capacidad de iniciar las propias actividades sin que sean necesarios apoyos externos. Se puede ser beneficiario de pensiones, aunque, para entrar dentro del criterio de recuperación, debe permanecer activo en actividades instrumentales de, al menos, media jornada.

Relaciones con sus compañeros

Asistir a reuniones sociales o conversaciones con personas, no siendo éstas familiares, al menos una vez por semana.

La propuesta de Corrigan en 2006 se centró también en aspectos personales y sociales, dando especial valor al estigma que genera el diagnóstico de esquizofrenia. Más concretamente, considera que el autoestigma -la internalización e identificación con el diagnóstico- limita los efectos del proceso de recuperación. Corrigan consideró que niveles altos de estigma inhibirían el proceso de recuperación. En la misma línea, en un estudio posterior realizado en 2014 (Garay, Pousa y Pérez, 2012), se observó que el auto-estigma o estigma internalizado sería una variable moderadora del proceso de recuperación.

Shepherd y cols. en 2008 del *Sainsbury Center of Mental Health* propusieron 10 principios a seguir para lograr la recuperación y que complementarían la definición de recuperación.

1. La recuperación consiste en construir un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona, definida por ella misma independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas.
2. Representa un movimiento que se aleja de la patología, la enfermedad y los síntomas, acercándose a la salud, la fortaleza y el bienestar.
3. La esperanza es fundamental para la recuperación y la persona la experimenta en la medida en que va asumiendo un mayor control sobre su vida y percibiendo cómo otras personas la obtienen.

4. Se estimula y facilita el autocontrol (manejo de uno mismo). Los procesos de autocontrol son similares pero funcionan de manera individualizada, de manera diferente en cada persona.
5. Las relaciones de ayuda entre profesionales y pacientes se alejan del formato experto/paciente para acercarse al de entrenador o compañero de recorrido en el proceso de descubrimiento.
6. Las personas no se recuperan solas. El proceso de recuperación está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido y satisfacción para la persona en el medio comunitario y no en servicios segregados. La familia y otros allegados son a menudo cruciales para la recuperación y por tanto deben ser tenidos en cuenta cuando sea posible. El apoyo entre iguales es también fundamental para muchas personas en su proceso de recuperación.
7. La recuperación consiste en el descubrimiento o re-descubrimiento de un sentido de identidad personal, separada de la enfermedad o discapacidad.
8. El lenguaje usado, las historias que se construyen y su significado tienen una gran importancia como mediadores del proceso de recuperación. Esta mediación puede, por un lado, reforzar una sensación de esperanza y posibilidades o, por el contrario, invitar al pesimismo y la cronicidad.
9. El desarrollo de servicios basados en la recuperación se apoya en las cualidades personales de los profesionales, al mismo nivel que en su formación académica.
10. Se han de cultivar habilidades para la esperanza, creatividad, cuidados, empatía, realismo y resiliencia.

El trabajo de Warner en 2009 partió de la premisa de que el modelo de recuperación está compuesto por experiencias de optimismo, empoderamiento y el apoyo interpersonal. Desde este enfoque se estudia los tratamientos de colaboración y asunción de roles productivos para las personas con esquizofrenia, así como la reducción del estigma e influye en el desarrollo de servicios de atención en salud mental en todo el mundo. Para Warner la recuperación es un proceso que va más allá de la remisión sintomática (cuantificable con mayor facilidad), e incluye factores de rol productivo y funcionamiento vital autónomo, lo que hace que el concepto de recuperación sea más difuso. Realizó un estudio, diferenciando entre recuperación social y recuperación total (concepto que incluye la independencia económica y autonomía personal), encontrando que el 40% de los pacientes con esquizofrenia alcanzaron la recuperación social, y el 20% la recuperación total. Desde esta perspectiva, se considerarían como elementos fundamentales del proceso de recuperación tanto el acceso al empleo como el

empoderamiento del usuario. Al igual que Corrigan en 2006, Warner llega a la conclusión que los intentos de reducir el estigma internalizado de enfermedad mental debe mejorar el proceso de recuperación.

La definición propuesta por la Administración del Abuso de Sustancias y Servicios de Salud Mental de EEUU (SAMHSA) recogida por Ahmed, Mabe y Buckley en 2011 destaca que *"la recuperación de la salud mental es un viaje de salud que permite a una persona con una discapacidad mental vivir una vida con sentido en comunidad de su elección, mientras se esfuerza por lograr el pleno potencial humano"*. Conciben que los recursos de atención deben estar orientados hacia la recuperación, e identifican como componentes de la recuperación: la auto-dirección, proceso individualizado y centrado en la persona, el empoderamiento, no es un proceso lineal, basado en las potencialidades, el apoyo entre pares, el respeto a los valores personales, la responsabilidad, y la esperanza. Como novedad esta definición propuesta destaca, por primera vez la importancia del apoyo entre pares como fundamental para la recuperación.

Por último, Lysarker en 2013 analiza el concepto de recuperación basado en el análisis de las narraciones de los afectados. A partir de ahí identifica 3 componentes cognitivos centrales, presentes en las personas que se han recuperado: en primer lugar, la recuperación implicaría la integración plena en la comunidad; en segundo lugar hace referencia a la reconstrucción de la narrativa vital, la redefinición y aceptación de la circunstancia actual, es decir, la re-elaboración del significado del yo; el tercer componente hace referencia a los procesos por los cuales las personas formamos ideas complejas de nosotros mismos y los demás, lo que se conoce como la teoría de la mente, la cognición social, o la metacognición.

Tabla 2. Evolución histórica de los factores estudiados en el concepto de recuperación

Autor	Factores
Harding, et al. (1987)	Sin síntomas y sin medicación
Anthony (1993)	<i>"una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones aun con las limitaciones causadas por la enfermedad"</i>
Deegan (1996)	"El objetivo es el de aceptar nuestra vocación humana de ser más profunda y completamente humanos".
Davidson (1997)	"Remisión completa de los síntomas y el retorno a los niveles premórbidos de funcionamiento social y

	profesional”.
Torgalsboen y Bjorn (2002)	Puntuaciones de GAF >65 y sin hospitalizaciones durante 5 años o más.
Whitehorn, et al. (2002)	Puntuaciones en las escalas de PANSS de 4 o menos, GAF > 50, SOFA >60 durante al menos 2 años.
Anthony, Rogers y Farkas (2003)	“Las Metas y procesos que son indicativos de recuperación para una persona pueden ser diferentes para otra”.
Andreasen, et al. (2005)	Remisión de síntomas de esquizofrenia 6 meses o más. En su estudio cumplen criterios de recuperación completa un porcentaje del 47%
Liberman y Kopelowicz (2005)	Sin hospitalizaciones y puntuación de 3 o menos en todos los síntomas psicóticos evaluados por el BPRS. Funcionamiento psicosocial adecuado (dedicación parcial laboral o académica, contactos sociales semanales, y manejo independiente del dinero). Calidad subjetiva de vida satisfactoria. Seis meses o más. Cumplen criterios de recuperación en todas las áreas el 14% de los participantes.
Corrigan (2006)	Habilitación, empoderamiento, identidad social, relaciones sociales, autoestigma.
Shepherd (2008)	10 Principios de la recuperación.
Warner (2009)	En un metanálisis de más de cien estudios, cumplen criterios de recuperación social un 40% de las investigaciones consultadas: independencia económica, de alojamiento, escasa disrupción social. Mientras que cumplen criterios de recuperación total un 20%: Importancia del acceso al empleo y el valor del empoderamiento de usuario. Autoestigma
Ahmed, Mabe y Buckley (2011)	“... vivir una vida con sentido en comunidad...”

Nota: GAF = *Global Assessment of Functioning*; PANSS = *Positive and Negative Syndrome Scale*; BPRS = *Brief Psychiatric Rating Scale*; SOFA= *Social and Occupational Functioning Assessment Scale*.

En resumen, existe una gran heterogeneidad en la definición de recuperación en esquizofrenia, y ello también ha determinado qué aspectos han sido considerados en las investigaciones realizadas para establecer la evolución de los pacientes con esta patología. Tradicionalmente, las investigaciones sobre recuperación en esquizofrenia se han basado en estudios longitudinales, estudios cualitativos y narraciones en primera persona de pacientes con enfermedades mentales graves (Rogers, 2005). La mayoría de los estudios longitudinales realizados muestran un curso ampliamente heterogéneo en las enfermedades mentales graves cómo la esquizofrenia (Davidson et al., 2005) y, en contra a los movimientos pesimistas sobre el pronóstico, defienden que las personas con esquizofrenia habitualmente parecerían ser capaces de lograr una recuperación significativa a lo largo de sus vidas (Silverstein y Bellack, 2008).

A la vista de las definiciones, podemos ver que según se avanza en el tiempo, las consideraciones del proceso de recuperación van incorporando variables personales y sociales, como complemento a las variables relacionadas con la psicopatología, más tradicionales y centradas en la remisión de síntomas; la consideración de una remisión mantenida de los síntomas ha constituido el comienzo para lograr mejorías funcionales en otros ámbitos de la vida como la esfera social, laboral, interpersonal, etc. (Leucht y Lasser, 2006). Las definiciones de trabajo más completas son la propuestas por varios grupos de trabajo que destacan variables como la remisión de los síntomas, la actividad laboral, la vida independiente y las relaciones sociales fundamentales en el proceso de recuperación (e.g. Liberman y Kopelowics, 2005).

En conclusión y analizando los componentes comunes en todas las definiciones de recuperación, podemos identificar algunos que se repiten en la mayoría de las definiciones:

Manejo de síntomas

Aunque ya hemos visto que la remisión completa de los síntomas no es necesaria para que se produzcan procesos de recuperación (Deegan, 1996), la capacidad de controlar los síntomas de alguna manera es esencial (Vázquez y Nieto, 2005). Se entiende que, debido a la heterogeneidad de la esquizofrenia habrá, períodos en que los síntomas pueden estar más o menos bajo control. Pero este componente hace referencia no sólo

a la remisión sintomática; sino también a la participación activa de la persona para con su tratamiento. Esto implica para la persona que (Schrank y Slade, 2007):

- Conoce los servicios de atención.
- Conoce la enfermedad.
- Desarrolla habilidades de afrontamiento y gestión de la enfermedad.
- Toma la medicación con autonomía
- Tiene un estilo saludable y busca el bienestar.

Esperanza

Este componente se ha entendido como la creencia que la recuperación o el cambio positivo es posible. Una pre-contemplación del cambio que se va a producir. Aunque, posteriormente se va a desarrollar, se puede decir que el proceso de esperanza consistiría:

- Reconocer y aceptar que hay un problema.
- Comprometerse a cambiar.
- Centrarse en las fortalezas en lugar de debilidades.
- Construir desde una perspectiva optimista de cara al futuro.
- Creer en uno mismo.

Resiliencia

El componente de resiliencia está presente en la mayoría de las definiciones, en tanto en cuanto, se reconoce el diagnóstico de esquizofrenia como una situación traumática. También desarrollado más adelante, consistiría en la capacidad de resistir frente a la adversidad.

Empoderamiento

También analizado en profundidad posteriormente y muy relacionado con el desarrollo del primer componente mencionado, el empoderamiento vendría a ser la antítesis de la sensación de falta de control y asunción de un rol pasivo hacia la enfermedad. Para ello se requeriría según Schrank y Slade en 2007:

- Poseer el conocimiento necesario para ganar en autonomía con respecto a su enfermedad.
- Valentía para asumir el riesgo de afrontar situaciones nuevas
- asumir el control y la responsabilidad personal exigiendo los mismos derechos y tomando la misma responsabilidades que los demás ciudadanos.

La existencia de un horizonte posible de recuperación puede fomentar actitudes proactivas de cara a enfrentarse y superar los efectos adversos de la enfermedad.

Asunción de roles valiosos en la sociedad

El componente de recuperación social está presente desde las definiciones más tradicionales y hace referencia a la participación activa en la vida social; como por ejemplo, establecer relaciones sociales, recuperación de amistades, adquisición y mantenimiento de un empleo, etc.

Establecimiento de metas y objetivos personales

Muy relacionado con el componente de la esperanza, el identificar objetivos y tener un significado vital va a ser fundamental para comenzar cualquier proceso de recuperación

Identidad personal

La re-conceptualización del yo frente a la abrumadora experiencia de la enfermedad mental grave. Como decía Anthony en 2003, “recuperarse más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad”. Implicaría:

- Aceptar la enfermedad
- Un proceso de duelo por la pérdida y la elaboración del mismo
- la definición de la propia identidad aparte de la enfermedad; la enfermedad como sólo una parte del yo. Siendo adjetiva, no sustantiva en la definición personal (Galilea y Colis, 2001).
- Restablecer una sensación de la identidad.
- Desarrollo de la autoestima.

Estigma

Ya en 2006 Corrigan lo identificó como un componente fundamental del proceso de recuperación. En este caso como un inhibidor del proceso. Es por ello que la superación de las consecuencias sociales de ser un paciente de salud mental es un proceso dinámico fuertemente vinculado con la redefinición de sí. Es destacable la relación que guardan el concepto de recuperación y el de estigma; ya que una persona que se pueda considerar recuperada, debe haber elaborado el significado de lo que le ocurre, haciendo que su enfermedad sea simplemente una parte de su vida, y no lo que la determina (Farkas, 2007).

Una vez vistos estos conceptos, profundizaremos sobre alguno de ellos en el apartado de Psicología Positiva, podemos decir que el concepto de recuperación es complejo y algo difuso, con distintos componentes que varían de un autor a otro. No obstante los

componentes anteriormente comentados son los que más se repiten en la literatura y cualquier intervención destinada a favorecer la recuperación de personas con enfermedad mental debería contemplarlos.

Fases del proceso de recuperación

Varios investigadores han tratado de definir las fases que componen un proceso de recuperación; estos estadios se diferencian unos de otros por las actitudes que adopta la persona frente al trastorno que padece, por el significado dado a este y por su integración en el curso vital de la persona. En rasgos generales, podríamos resumir cuatro posibles estadios (Vázquez y Valiente, 2003):

- 1) Una primera fase de desmoronamiento personal en la que prácticamente no hay presencia de componentes de recuperación. La persona suele sentir el problema como inabordable y sin recursos suficientes para poder hacerle frente. La vivencia de síntomas, el inicio de un tratamiento, efectos secundarios de la medicación o incluso ingresos psiquiátricos así como la pérdida de roles sociales y vocacionales suelen ser aspectos muy presentes en esta fase.
- 2) En una segunda fase se comenzarían las acciones activas contra los efectos adversos de la enfermedad, y como consecuencia de ello se van definiendo también la responsabilidad e implicación que van a ser necesarios en los procesos de recuperación. Aquí suelen aparecer también sensaciones de indignación e injusticia. El estilo de afrontamiento en este estadio es fundamental y se ha revelado como un componente importante la participación activa en los servicios de atención en salud mental (Tait, 2003).
- 3) La tercera fase se caracteriza por la re- asunción de roles sociales y funciones, que, aunque no sean similares a las del funcionamiento premórbido, sí resultan valiosos y fundamentales en esta etapa. Esta etapa es fundamental porque se corre el peligro de asentarse en el rol de enfermo y no salir de él (Galilea y Colis, 2001).
- 4) Una fase final hace hincapié en el crecimiento personal más allá del impacto del trastorno, donde las vivencias acumuladas se incorporan plenamente y se les da significado en el proyecto vital.

Davidson y colaboradores en 2002 también analizaron las fases del proceso de recuperación; por ello utilizaron un diseño cualitativo para proporcionar evidencia y apoyar la noción de que hay vías o trayectorias comunes para lograr un sentido de recuperación. Los participantes en el estudio eran doce individuos diagnosticados con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Los investigadores estaban interesados en

el estudio de los aspectos de la recuperación incluyendo el análisis de la influencia de los acontecimientos y experiencias vitales; su objetivo era identificar aquellos factores asociados a los procesos de recuperación, tanto favorecedores como inhibidores. Se realizó a partir de entrevistas en relación a la experiencia vital, situación económica, relación con la sintomatología y metas vitales. A partir del análisis cualitativo de las narraciones en las entrevistas, identifican tres fases en el proceso de recuperación: Comienza el proceso con un período en el que la experiencia de padecer enfermedad mental es abrumadora y supera las capacidades personales; durante este período, los participantes tienen dificultades para integrar sus experiencias y el control de sus vidas. Posteriormente, los individuos comienzan a participar en la interpretación de su experiencia de síntomas psiquiátricos; en este caso, esta etapa se prolonga hasta que se comiencen a integrar estos aspectos en la dinámica vital, es por ello que comienzan a desarrollar estrategias de afrontamiento hacia lo que les ocurre. En la fase final los individuos llegan a un acuerdo con la discapacidad e integran plenamente la discapacidad en su experiencia global. En esta fase, también han desarrollado un sentido más fuerte del sentido de uno mismo, y se dedican a actividades significativas y asumen roles valiosos para ellos mismos y los demás. A esta última etapa, no llegó ninguna de las personas que participaron en el estudio después de un seguimiento a cuatro años, aunque sí encontraron que las personas que iniciaron un proceso de recuperación refirieron tener un sistema de apoyo, tales como amigos, familiares, medicamentos eficaces y equipos integrales de tratamiento. Las personas tienden a ver a sí mismos moldeado por su experiencia con la enfermedad mental; encontraron el proceso de recuperar el control sobre sus vidas como no lineal y, en ocasiones, intercalados con períodos de inestabilidad.

Andreasen, Oades y Caputi en 2003 realizan un análisis cualitativo a partir de narraciones de pacientes que se han recuperado con el objetivo de integrar a estos puntos de vista de los consumidores de salud mental en un modelo explicativo de la recuperación. Identificaban componentes de la recuperación, así como las fases por las que pasaban los afectados. Para ello se realizó una revisión de artículos de revistas que detalla las experiencias de recuperación en primera persona, de la que centró su análisis en 28 narraciones experienciales. Su revisión reveló que los consumidores de salud mental muestran, a menudo, cuatro elementos de la recuperación: la esperanza, recuperación del sentido del yo o identidad, la búsqueda de significado o propósito, y la asunción de la responsabilidad de la recuperación. También identificaron 5 fases en el proceso de recuperación. El proceso de recuperación comenzaría con un período en el que, el individuo es confundido y

abrumado por la enfermedad y sin esperanzas sobre las perspectivas de recuperación. Esto es seguido de una etapa de concienciación, durante la cual el individuo se da cuenta de la posibilidad de recuperación, a través de la educación, la interacción con otras personas en la misma situación, intervenciones clínicas orientadas a la recuperación. La tercera etapa es la preparación, durante el cual el individuo empieza a identificar fortalezas, debilidades, aficiones, intereses, aspiraciones y valores. En esta etapa, el individuo también aprende acerca de los síntomas y las posibles intervenciones; establece los objetivos de recuperación tales. Esta etapa es seguida por reconstrucción del contexto; aquí la persona comienza a abordar los objetivos de recuperación, incluyendo objetivos y responsabilidades, manejo de los síntomas, y frente a las necesidades personales. La etapa final hace referencia al crecimiento, durante este momento el paciente está plenamente identificado con los objetivos de recuperación, de manera que es capaz de vivir una vida con sentido sin minusvalorar los efectos de la enfermedad.

En la tabla 3 modelos de fases de recuperación de trastornos mentales severos. Extraído de Carmen Valiente, Carmelo Vázquez y Peter Simón en 2007.

Tabla 3 modelos de fases de recuperación de trastornos mentales severos. Extraído de Carmen Valiente, Carmelo Vázquez y Peter Simón en 2007. Adaptado y traducido de Andreasen et al., 2003

Fases	Baxter y Diehl (1998)	Young y Enging (1999)	Petite y Triolo (1999)	Davidson, Spaniol y cols. (2002)	Andreasen Oadis y Caputi (2003).
1	Crisis: Recuperación	Inicio de la Recuperación	¿Por qué yo? Dar sentido a la enfermedad	Superado por la enfermedad	Moratoria
2	Decisión: Reconstruir la independencia	Responder y salir hacia delante	Y ahora ¿Qué? Reconstruir la identidad	Lucha contra la enfermedad (desarrollo de estrategias) Vivir con la enfermedad	Reconocimiento
3	Despertar: Construir una interdependencia sana	Mejorar la calidad de vida			Preparación
4					Reconstrucción
5					Crecimiento

Factores asociados con la recuperación identificados en la revisión bibliográfica

Un análisis de los factores que correlacionan mejor con recuperación es el realizado por Liberman y Kopelowics en 2005. En el que identifican hasta 10 factores principales, favorecedores de procesos de recuperación, serían los siguientes:

1. *Factores familiares*: tener una familia que apoya al enfermo es importante para alcanzar unos buenos resultados a largo plazo. Aunque también se ha demostrado que el estrés familiar aumento el número de recaídas (Butzlaff y Hooley, 1998).
2. *Ausencia de abuso de sustancias*: Las personas que consumen alcohol o drogas durante su ingreso tienen un mayor número de recaídas, además de un peor funcionamiento psicosocial y un pronóstico más desfavorable de recuperación (Swofford, Kasckow, Scheller-Gilkeye y Inderbitzin, 1996).
3. *Duración menor de la psicosis sin tratar*: A mayor tiempo transcurrido entre el primer episodio psicótico y el ingreso o, en su defecto, el comienzo del tratamiento farmacológico, peor pronóstico de evolución de enfermedad (Loebel et al., 1992).
4. *Una buena respuesta inicial a los neurolépticos*: mejora de los síntomas o la ausencia de un efecto disfórico en los días posteriores a la administración de neurolépticos predice significativamente el pronóstico a las semanas o meses (Award y Hogan, 1985).
5. *Adhesión al tratamiento*: el incumplimiento de las pautas de medicación es un problema importante en el tratamiento para la esquizofrenia (Hoge, et al, 1990).
6. *Terapia de apoyo con una alianza terapéutica colaboradora*: la relación con el personal de atención en salud mental es fundamental para los procesos de recuperación (Dingman y McGlashan, 1989). Este tipo de intervenciones cimentan el cambio terapéutico en la persona.
7. *Buen funcionamiento neurocognitivo*: Se considera el óptimo funcionamiento cognitivo como el precursor de aprendizaje social, sobre todo en tres dimensiones: integración social, resolución correcta de situaciones sociales y adquisición de habilidades sociales además de buen pronóstico en el curso de la esquizofrenia (Greene, 1996).
8. *Presencia de síntomas negativos*: se ha detectado en la literatura que la presencia de sintomatología negativa correlaciona con mayores dificultades y peor pronóstico de la enfermedad., sobre todo en las áreas sociales y laborales (Fenton y McGlashan, 1994).
9. *Buenos antecedentes premórbidos*: numerosos estudios contemplan el funcionamiento premórbido como una variable predictora del curso de la enfermedad (Davidson y McGlashan, 1997). En la revisión de Harding (2005) además del buen funcionamiento premórbido también se destacan como factores de buen pronóstico el nivel educativo, género femenino, una detección temprana de la enfermedad y un inicio temprano de la misma.

10. *Acceso a tratamiento global, coordinado y continuo*: En los estudios longitudinales como el de Vermont, se ha demostrado la importancia del tratamiento integral y coordinado como factor asociado a la recuperación de las personas con esquizofrenia (DeSisto, Harding y McCormick, 1995).

En la figura 1 se recoge un resumen de los distintos identificados precursores o inhibidores de procesos de recuperación. Los factores incluyen tanto componentes psicopatológicos, como componentes sociales (Lieberman y Kopelowics, 2005). Se echa en falta aún componentes de tipo personal o motivacional que también se han visto. No obstante, con la información proporcionada ya se nos sugiere qué componentes de la intervención serían necesarios para fomentar estos procesos de recuperación.

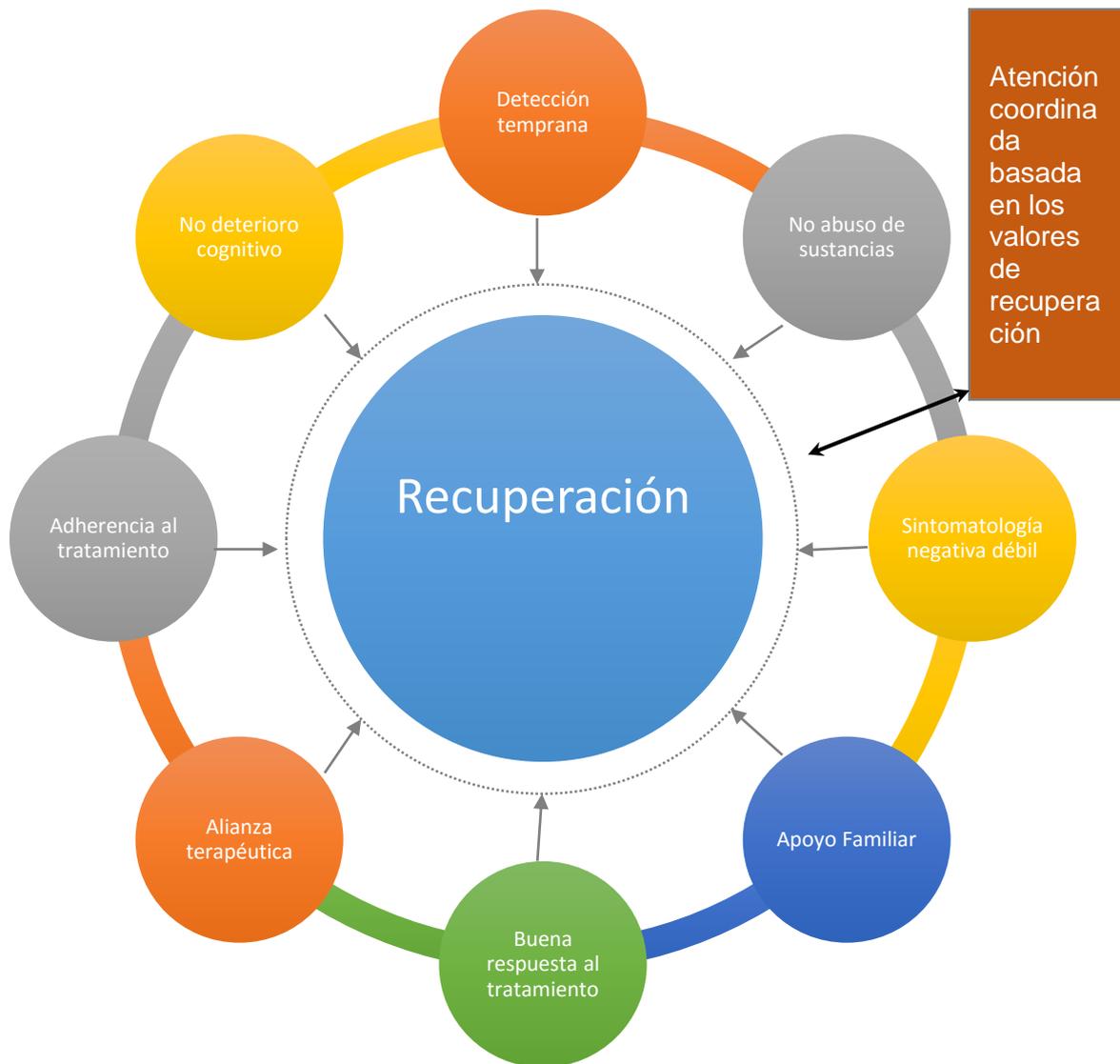


Figura 1. Factores asociados al proceso de recuperación., extraída de Liberman y Kopelowics, 2005

En un estudio de Saavedra en 2011, identifica ocho dimensiones fundamentales para el proceso de recuperación que incluyen variables personales:

- Primero, la recuperación significa rescatar la esperanza. Empezar a recuperarse implica abandonar una concepción de la esquizofrenia o cualquier TMS como insuperable. Por lo tanto, la recuperación puede ser entendida como una ruptura o negación de un modelo de enfermedad.
- Segundo, implica un esfuerzo por lograr la comprensión y la aceptación.
- Tercero, la recuperación significa ir más allá de la identidad como enfermo y reivindica el reconocimiento de otras dimensiones de la identidad.
- Cuarto, supone un movimiento desde el aislamiento hacia el compromiso y a la participación activa en la vida.

- Es un estilo de afrontamiento activo más que un ajuste pasivo a las condiciones de la enfermedad.
- La recuperación es un viaje largo y complejo con idas y vueltas.
- Implica buscar activamente un nuevo propósito vital.
- La recuperación necesita del apoyo y de relaciones sociales positivas.

La persona afectada debe luchar contra la misma enfermedad, contra los procesos de marginación asociados a la enfermedad y contra el estigma. Todo ello mientras se guarda el equilibrio de una identidad que pueda ser compartida en sociedad. En este sentido, los esfuerzos personales por la recuperación se han llegado a denominar como esfuerzos morales (Kleinman, 1999), e implicaría la búsqueda de las condiciones intersubjetivas que puedan aliviar la opresión de la enfermedad y el estigma. En la figura 2 podemos ver gráficamente las dimensiones del proceso de recuperación que identifica este autor.



Figura 2 Dimensiones del proceso de recuperación. Extraído de Saavedra, 2001

En el estudio de Onken et al. en 2002, analizaron los factores que favorecían o inhibían los procesos de recuperación. Para ello a los participantes del estudio se les hizo

preguntas acerca de qué factores identificaban como claves en su proceso de recuperación. Del análisis de las respuestas se extrajeron cinco dimensiones que resultaban cruciales en estos procesos:

- Recursos: tener cubiertas las necesidades básicas.
- Tener objetivos, opciones y capacidad para tomar decisiones sobre ellos.
- Soberanía sobre la capacidad de decisión.
- Interdependencia.
- Presencia de esperanza.

Como novedad, este estudio incluye valoraciones de los afectados sobre los servicios de salud mental que les atienden, de manera que podían expresar si consideraban dicha atención como un impulsor o un obstáculo de sus procesos de recuperación. Los resultados fueron interesantes, ya que los participantes pusieron de manifiesto la utilidad de descubrir sus propias fortalezas y talentos, ganando conocimiento y la educación, el establecimiento de metas en la vida, haciendo contribuciones significativas a la sociedad y que tienen una relación de interdependencia con los demás. Se identificó también como relevante a nivel de institución el conocimiento y disponibilidad de programas de tratamiento, la educación de la familia, la continuidad de los profesionales y la colaboración del sistema-cliente en la planificación del tratamiento, además de la capacitación del personal en los valores de la recuperación.

[Instrumentos para evaluar la recuperación](#)

La Escala de Evaluación de Recuperación (RAS) fue desarrollada como una medida de resultado de las evaluaciones de programas. El RAS intenta evaluar distintos aspectos del concepto recuperación, con un enfoque especial en las dimensiones de esperanza y autodeterminación.

Para el desarrollo de esta escala Giffort y sus colaboradores, realizaron un análisis narrativo a través de historias de recuperación de cuatro personas afectadas. Como resultado de este análisis se desarrolló una escala de 39 ítems (Giffort, Schmook, Woody, Vollendorf y Gervain, 1995); en una revisión posterior, con revisiones narrativas de un grupo independiente de 12 personas dando lugar a la versión actual del RAS con 41 ítems (Corrigan, Giffort, Rashid, Leary y Okeke, 1999). Los participantes para la elaboración de la escala son personas afectadas por enfermedad mental, que son consideradas recuperadas de su enfermedad, y se han involucrado tanto en la elaboración de la escala como en la revisión.

El RAS tiene 41 ítems. Todos los ítems se presentan en una escala tipo Likert de 5 puntos que rangos desde 1 = "totalmente en desacuerdo" a 5 = "muy de acuerdo". La puntuación total oscila, por tanto, entre 41 y 205; a mayor puntuación, mejor nivel de recuperación de la personas.

Tabla 4. Subescalas del R.A.S. (Escala de Evaluación de Recuperación). Corrigan, Giffort, Rashid, Leary y Okeke, 1999)

Subescalas	Ítems
Confianza personal y Esperanza	9
Disponibilidad para pedir ayuda	3
Meta y Orientación hacia el éxito	5
La dependencia de los Otros	4
Ausencia de sintomatología	3

Esta escala le confiere mucha importancia al concepto de esperanza como aspecto clave a la hora de poder valorar a una persona como recuperada. Esto está muy en la línea de las definiciones de recuperación más actuales, como la de Shepherd en 2008 que incluye la renovación de la esperanza perdida como fundamental para que se produzcan procesos de recuperación. También hace referencia a los proyectos y oportunidades futuras, muy en la línea de la propuesta integradora de Liberman y Kopelowics en 2005.

Uno de los aspectos que hacen de este cuestionario de mucha utilidad es que es de libre disposición y está adaptado al castellano. Tiene una aplicación muy sencilla y es fácil de cumplimentar; además, incluso se podría rellenar a modo de entrevista. Tiene una validación psicométrica detrás del cuestionario, y cuenta con apoyo empírico. Como valor añadido se cuenta con la participación de personas afectadas por enfermedad mental tanto en la elaboración como en la revisión.

En la revisión realizada en relación a las escalas de medida de recuperación, se han encontrado otros dos instrumentos de evaluación relevantes debido a su posible aplicación.

En el primer caso se trata de la escala AACP-ROSE (Wesley y Sowers, 2005). Una escala que evalúa a los servicios de atención para ver si las intervenciones cumplen o no criterios de recuperación. Permite a las organizaciones medir de una manera cuantificable su desarrollo y evolución en este concepto. Es importante porque, para el desarrollo de esta escala, primero se estableció desde los organismos de salud mental, cuáles eran las líneas de intervención favorecedoras de procesos de recuperación. Y posteriormente, consultaron con familiares y afectados para validar estas líneas o incorporar otras.

Esta herramienta consta de 46 ítems en forma de afirmación que hay que responder a través de una escala tipo Likert donde 0 representa “Muy en desacuerdo” y el 4 “Muy de acuerdo”. Evalúa a la institución en 4 dimensiones distintas para ver si desde esas estructuras contemplan la recuperación de la persona. En la tabla 6 se recogen las dimensiones de la escala:

Tabla 5. Componentes de la escala AACP-ROSE. Wesley E. Sowers, M.D, 2005

Dimensiones organizacionales	Ítems
Administración	11
Intervenciones	18
Soporte	11
Cultura Organizacional	6

Como se puede observar le confiere mucha importancia a las intervenciones realizadas desde el equipo profesional, pero también hace referencia a si la estructura organizacional (el contexto) también es favorecedor de procesos de recuperación. En este caso es un valor añadido el tipo de administración y el tiempo de duración (no más

de 10 minutos), aunque tiene como inconveniente el hecho de no tener un respaldo psicométrico consistente. Sin embargo es importante que se comience a considerar a las instituciones como facilitadoras o no de procesos de recuperación desde su configuración.

Sería necesario es adaptar, o incluso desarrollar una escala con estas características en España, ya que son herramientas fundamentales para poder operativizar y monitorizar a las instituciones y centros de atención a personas afectadas por enfermedades mentales. Se podría establecer unas pautas concretas de actuación que fomentaran, desde la propia configuración institucional procesos de recuperación.

La otra escala de evaluación en recuperación se trata de la escala de relaciones y actividades que faciliten recuperación (RAFRS) -*Relationships and Activities that Facilitate Recovery*- propuesta por Leavy, McGuire, Rhoades, y McCool, en 2002.

La importancia de esta escala es que valora qué elementos son los que los consumidores de salud mental consideran que han sido los que más han aportado a su proceso de recuperación. Convirtiéndose en indicadores de mejora de calidad de vida subjetiva en personas con enfermedad mental. Esto está muy relacionado con la concepción de bienestar que nos proviene de la psicología positiva. Ya no se pone el objetivo de la intervención en la ausencia de síntomas, ni en la mejora funcional, sino que se buscan marcadores de mejora de calidad de vida en personas con esquizofrenia.

La escala de relaciones y actividades que faciliten recuperación es de muy sencilla aplicación y consta de 18 ítems con afirmaciones acerca de los últimos 6 meses y cuya respuesta es de tipo Likert, más dos preguntas de respuesta abierta que preguntan por qué ítem es el que más influyó en su proceso. Evalúa dos dimensiones personales, por un lado las relaciones y, por otro, las actividades. Para ver un ejemplo de este cuestionario, ver anexo.

En este caso los autores no lo han llegado a administrar como autoinformes, por lo que no hay información al respecto, pero es de fácil aplicación y comprensión. El mayor inconveniente, es que no está traducido ni adaptado al castellano; tampoco cuenta con un apoyo empírico consistente. No obstante este tipo de herramienta resulta de gran utilidad para orientar los objetivos de la intervención, ya que nos aporta mucha información acerca de cuáles serían los indicadores de calidad de vida y mejora del bienestar de la persona con esquizofrenia.

En el Anexo I se incluyen los tres cuestionarios mencionados.

Psicología positiva y Recuperación

Los principios de la recuperación se relacionan directamente con los de la psicología positiva, ya que ambas corrientes de pensamiento le dan una importancia vital a las potencialidades humanas, al aumento de la calidad de vida o bienestar subjetivo. Históricamente, tanto la psicología como la psiquiatría han puesto el objetivo de sus intervenciones y sus investigaciones casi exclusivamente en el alivio de los síntomas y la enfermedad. Es por ello que, como ya propusieron Rogers, Farkas y Anthony en 2005, las dimensiones y los procesos propuestos por la Psicología positiva son igualmente importantes respecto a los individuos que padecen enfermedades mentales graves.

También toda la investigación de factores como la autoestima, la autodeterminación, el autocontrol, etc. que se han realizado con la población general, son igualmente aplicables al colectivo de personas con enfermedad mental grave, y por lo tanto pueden resultar determinantes de los procesos de recuperación.

Por ejemplo, el estudio de Diener en 2001 acerca de los efectos individuales, culturales y situacionales sobre el bienestar subjetivo, ha resultado de mucha utilidad, ya que sus resultados son extrapolables y han ayudado a la comprensión de los procesos que implican la recuperación. Fundamental también porque cambia el objeto de estudio y coloca el target de la investigación no en las pérdidas personales o las consecuencias de la enfermedad, sino que lo establece en la consecución de logros y permanencia de la esperanza.

Esta visión centrada en los recursos, capacidades y aspectos positivos del funcionamiento es una aproximación que intenta complementar una visión de una Psicología basada en el déficit. La Psicología Positiva se ocupa de aspectos relacionados tanto con aspectos individuales (emociones positivas, bienestar psicológico y fortalezas y virtudes) como con el análisis y desarrollo de las instituciones (familia, entorno laboral, escuelas, etc.) que faciliten un desarrollo humano y comunitario mejor (Vázquez y Hervás, 2008).

Como se ha comentado anteriormente, las investigaciones acerca de la recuperación han demostrado: que la recuperación es posible a lo largo del tiempo; que representa un proceso no lineal, multidimensional y fuertemente individualizado; que se puede alcanzar con intervención profesional y sin ella, y que presenta numerosos indicadores de resultado, tanto objetivos como subjetivos, que van más allá de la reducción de los síntomas (Farkas, 2007).

Desde la Psicología Positiva no se pasa por alto las perspectivas tradicionales que consideran la remisión sintomática o la ausencia de hospitalizaciones fundamentales para procesos de recuperación; incorporan nuevas variables a los modelos médico-psiquiátricos tradicionales, poniendo el objetivo de sus investigaciones en aquellos factores que incrementan la calidad de vida de las personas e incluso le dan control sobre el problema (Vázquez y Hervás, 2008). En la figura 3 se representa gráficamente el objetivo de las intervenciones y las aportaciones de la Psicología Positiva en los procesos de recuperación.

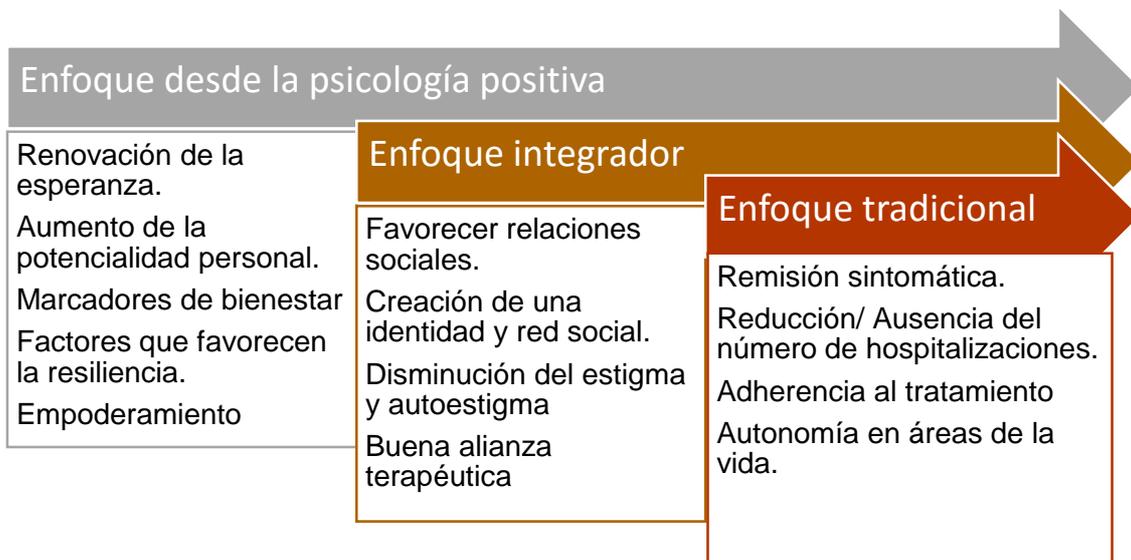


Figura 3. Aportaciones de la Psicología Positiva al concepto de recuperación.

Una cuestión que plantea Carmelo Vázquez en 2010 es que recuperación y restitución premórbida están estrechamente relacionadas. Pero también hay que tener en cuenta que la vida es un proceso de cambio continuo y experiencias como haber intentado quitarse la vida y oír continuamente voces acusatorias, pueden tener un efecto transformador de la persona y ver la vida de manera distinta. Este autor plantea la pregunta *¿Vuelve uno a ser el mismo después de esto? ¿De qué modo nos cambian estas experiencias?* Según esta reflexión la recuperación del estado premórbido podría no ser suficiente, pues pasar a través del proceso de aceptación de un diagnóstico de enfermedad crónica podría dejar paso a una persona con mayor número de recursos y más fortalecida incluso que antes de haber desarrollado la enfermedad.

Siguiendo la definición de recuperación propuestas por El *Center for Psychiatric Rehabilitation* de la *Boston University* (Anthony, Cohen y Farkas, 2002) a través de

narrativas de personas afectadas por esquizofrenia, han identificado tres componentes de la recuperación que, históricamente, se han estudiado desde la psicología positiva. Para comenzar, el primero de los componentes y motor de procesos de recuperación es la permanencia o renovación de la esperanza. También desde esta corriente de pensamiento nos llega el desarrollo del concepto de Resiliencia, concepto a partir del cual se articulan los procesos de superación de situaciones traumáticas como es el diagnóstico de una enfermedad crónica; y por último el concepto de empoderamiento, o la consecución de la capacidad de tomar las decisiones significativas acerca de la propia vida. La profundización sobre estos tres conceptos estudiados por la psicología positiva va a aportar luz sobre el concepto de recuperación.

Esperanza

El primero de los constructos que vamos a abordar es de la Esperanza, es importante porque la presencia o ausencia de componentes de esperanza en una persona con esquizofrenia va a favorecer o inhibir comenzar procesos de recuperación. Es un constructo claramente orientado hacia el futuro. Desde la Psicología positiva se ha estudiado aquellos elementos cognitivos centrados en el futuro; y su autor más representativo es Snyder, que en el año 2000 publica la Teoría de la esperanza. En el que aborda el estudio y la influencia de aspectos como las metas que nos planteamos y las acciones necesarias para llevarla a cabo (planificación y motivación). La esperanza, desde esta perspectiva, sería el motor que nos lleva a la acción y se estudian aquellos aspectos relevantes para su consecución y mantenimiento (Cheavens, Feldman, Woodward y Snyder, 2006).

Dos son los componentes identificados por Snyder como relevantes. Por un lado confiere gran importancia al factor control del medio, siendo las situaciones más relevantes en el logro de metas aquellas situaciones en las que se tiene una percepción de control de la situación moderado, de manera que las situaciones excesivamente fáciles o inabordables la motivación de la persona para comenzar la acción es menor (Averill, Catlin y Chon, 1990). El segundo componente identificado por Snyder es la capacidad de encontrar itinerarios para el logro de los objetivos personales. Serían los factores que componen la presencia o ausencia de esperanza en una persona:

1. Itinerarios (o “percepción de vías”): hace referencia a la capacidad del individuo para encontrar caminos prácticos que le permitan el logro de metas. En este sentido, el sujeto debe ser capaz de:
 - a. generar una imagen del momento actual,
 - b. una imagen de aquello que desearía lograr y

- c. una imagen de la ruta a seguir desde el momento actual hasta la meta futura deseada.
2. Control (o “percepción de capacidad”): se refiere a la capacidad del individuo para iniciar y mantener una actividad dirigida a la obtención de la meta deseada, incluso ante impedimentos para su logro.

Se están comenzando a estudiar la eficacia de incorporar componentes de la esperanza en intervenciones para mejorar la calidad de vida y el bienestar. En concreto en un estudio de Irving et al. (2004) se analizó la eficacia de una intervención dirigida a fomentar los componentes de la esperanza en una muestra de pacientes con diferentes problemas mentales que requerían tratamiento. Encontraron que abordar directamente estos componentes (itinerarios y percepción de control) hizo que mejoraran significativamente los valores de esperanza; también se observó mejora en la sintomatología. Además como valor añadido, encontraron que las personas que tuvieron el entrenamiento específico en los componentes de esperanza, aprovecharan mejor el entrenamiento.

Desde el punto de vista de la recuperación, la esperanza respecto al futuro es un ingrediente esencial que debieran contemplar las intervenciones tanto de corte clínico como psicosocial. Esta esperanza debe generarse tanto en las personas atendidas, como en los profesionales que atienden. Es por ello que la formación y supervisión desde las propias instituciones en estos componentes es fundamental para diseñar intervenciones orientadas hacia la esperanza y, por ende, a la recuperación. Las actitudes de los profesionales hacia la posibilidad de recuperación son fundamentales a la hora de intervenir con esta filosofía (Anthony, Cohen y Farkas 2002). Si estos profesionales carecen de esperanza en sí mismos y en las posibilidades de recuperación, realmente no pueden aplicar una orientación hacia la recuperación. El impulso hacia la estigmatización de alguien como una persona «no motivada» no debe ser sustituido por la utilización de la etiqueta de «fracaso de la recuperación» debido a que la persona no haya alcanzado por el momento los objetivos de la recuperación. Tal como se ha demostrado en estudios de investigación, esperanza significa que la recuperación puede ser un proceso que requiera mucho tiempo, con abundantes altibajos en su desarrollo.

En resumen, como ya hemos visto cualquier intervención que incorpore los principios de recuperación de personas con esquizofrenia debe cultivar los componentes de la esperanza, es decir, descubrir alternativas a la persona (itinerarios) y proporcionar los recursos necesarios para que se pueda avanzar en esas alternativas y conseguir las metas deseadas.

Resiliencia

Otro de los conceptos estudiados desde la psicología positiva y muy directamente relacionado con la recuperación, es la resiliencia. La resiliencia se ha definido como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves (Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2001). Esta definición relaciona el componente de proyección hacia el futuro como fundamental, al igual que hace referencia el concepto de esperanza.

Tradicionalmente se ha pasado por alto la investigación de la capacidad humana de afrontar, superar e incluso obtener beneficio de las experiencias traumáticas. Un acontecimiento traumático determina en muchos casos la vida de las personas, pero también puede suponer una oportunidad para tomar conciencia y reestructurar la forma de entender el mundo, es decir, sería el momento en el que se dan las circunstancias necesarias para cambiar el sistema de valores (Vera, Carbelo y Vecina 2006). Los datos apuntan a que alrededor de un 85% de las personas afectadas por una experiencia traumática sigue este proceso de recuperación natural (Bonanno, 2004). Retomando las preguntas planteadas por Vázquez acerca de si somos la misma persona después de una situación traumática, podemos decir que la vivencia de un trauma nos hace contemplar el futuro desde una perspectiva impersonal.

Una puntualización importante es que resiliencia y recuperación funcional no son lo mismo ya que implican procesos distintos. Mientras que la recuperación funcional implica el retorno al funcionamiento premórbido; la resiliencia implicaría la capacidad de mantener las condiciones necesarias para conseguir esa recuperación durante todo el proceso (Bonanno, 2004). Tomamos aquí el concepto de recuperación desde un punto de vista genérico y funcional, diferenciado del concepto más complejo y multidimensional que estamos analizando en el presente trabajo.

La resiliencia no se adquiere y se mantiene a través del tiempo, sino que, en la concepción actual, es la resultante de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida y que puede expresarse de muy diferentes maneras en diferentes culturas (Manciaux, Vanistendael, Lecomte, y Cyrulnik, 2001). De esta manera la resiliencia podría ser el resultante de la interacción de la persona con su entorno. Esta concepción de resiliencia como proceso evolutivo y de cambio del sistema de valores implica que la resiliencia no sería una característica de personalidad, sino que la resiliencia haría referencia a la evolución y

proceso de elaboración de la biografía personal (Cyrułnik, 2002); es una capacidad que resulta de un proceso dinámico.

Uno de los aspectos a tener en cuenta es qué características personales son comunes a aquellas personas resilientes. Bonanno en 2004 propuso algunas características de personalidad y del entorno que favorecerían la resiliencia ante eventos traumáticos:

- Seguridad en uno mismo y en la propia capacidad de afrontamiento.
- Apoyo social.
- Tener un propósito significativo en la vida (esperanza).
- Percepción de control sobre el entorno y la creencia que se puede aprender de las experiencias positivas y también de las negativas.
- También se ha propuesto que el sesgo positivo en la percepción de uno mismo (*self-enhancement*) puede ser adaptativo y promover un mejor ajuste ante la adversidad (Werner y Smith, 1992).

La principal conclusión es que el constructo llamado resiliencia presenta una nueva visión y de rehabilitación psicosocial a la hora de abordar la intervención en personas con esquizofrenia. Es importante estimular factores de resiliencia internos de las personas como la autoestima, la creatividad; pero también favorecer aquellos contextos en los que la persona perciba que tiene la capacidad de control sobre lo que le rodea.

Por otro lado, un estudio de Hernández y Vega en 2013 analizó la relación entre resiliencia y sintomatología psicosomática en personas diagnosticadas de enfermedad mental. Plantea que el concepto de resiliencia conlleva una nueva concepción del paciente atendido dentro de los Centros de Salud Mental. Dentro de este modelo de resiliencia, considera clave los siguientes aspectos:

- El individuo que vive un episodio psicótico es considerado como una persona normal, con necesidades, fortalezas y capacidades.
- Los síntomas psicóticos han de ser comprendidos, y no reducirlos a una visión que se reduzca a lo psicopatológico.
- El resultado más efectivo es la integración comunitaria, el desarrollo de capacidades o recursos y la rehabilitación.
- El rol de la persona que atiende es el de facilitador de un ambiente positivo que acompañe el desarrollo de capacidades dentro de un contexto de rehabilitación o integración comunitaria.

- Las recaídas están muy ligadas al estrés psicosocial, discriminación o ausencia de vínculos significativos o de apoyo.

La relación recomendada entre terapeuta paciente ha de ser de igual a igual, respetando los valores de la persona. Estas autoras proponen alternativas de trabajo para favorecer la resiliencia:

- Trabajar en forma articulada, en proyectos en el que la necesidad de la labor en red sea primordial.
- No evitar los conflictos.
- Elaboración de proyectos a partir de los valores y necesidades de los pacientes.
- Trabajar en grupos cooperativos.

El constructo de resiliencia resulta importante a la hora de comprender los procesos de recuperación, ya que si bien hemos visto que la esperanza funcionaría como motor de estos procesos, la conducta resiliente estaría presente en todo el proceso, comenzándose a mostrar en la segunda etapa del proceso de recuperación que vimos anteriormente. Conocer los aspectos fundamentales que favorecen la resiliencia va a hacer que las intervenciones que contemplan la recuperación de personas con esquizofrenia sean más eficaces.

Empoderamiento

El tercer concepto que se revisa como importante en los procesos de recuperación sería más una consecuencia que un precursor de los dos anteriores (esperanza y resiliencia). No obstante conocer este constructo es fundamental para el diseño de intervenciones en salud mental que, históricamente, no han tenido en cuenta este concepto, promoviendo relaciones terapeuta-paciente muy jerarquizadas (Shepherd, 2008).

El empoderamiento es un proceso que tiene varios componentes, individual, social, institucional e incluso a nivel de creación de políticas sociales que incorporen componentes de empoderamiento. Para el individuo, el proceso de empoderamiento significa vencer una situación de impotencia y adquirir la sensación control sobre la propia vida. Dicho proceso comienza por la definición individual de las necesidades y objetivos deseados; una vez definidos, habría que trabajar sobre las habilidades necesarias y generación de contextos que hagan posible la realización de dichas metas. El empoderamiento de los individuos está dirigido a ayudar a la autodeterminación y autonomía, para que pueda ejercer más influencia en la toma de decisiones sociales y políticas, y para aumentar su autoestima. En este nivel individual, el empoderamiento

hace referencia al proceso de toma de control y responsabilidad de las actuaciones destinadas a la consecución de las metas personales por encima de la situación adversa, es decir, que está muy relacionado con los procesos de desarrollo personal. Cuatro son las dimensiones que se han identificado dentro del empoderamiento (Wallerstein, 2009):

- Autoconfianza.
- participación en las decisiones.
- dignidad y respeto.
- pertenencia y contribución a la sociedad.

En el ámbito de la salud mental, el empoderamiento, hace referencia a la posibilidad de elección e involucración en los servicios e intervenciones de salud mental, así como lo que estas intervenciones influyen en sus vidas. Para lograrlo, habría que empezar con la eliminación de los impedimentos institucionales, además de modificar la relación de poder entre los actores del proceso.

Rogers (1997) otorga mucha importancia para el empoderamiento al papel que juegan tanto los afectados como los familiares de los mismos. Lograr el empoderamiento está íntimamente ligado a analizar y eliminar las causas de la falta de poder y la lucha contra la desventaja causada por esa desigualdad en las relaciones de poder, el aumento de las oportunidades y de la calidad de vida (Rowland, 1997)

A nivel social, el empoderamiento comprendería la creación de estructuras que respeten, y protejan los derechos humanos de las personas que utilizan los servicios de salud mental (Empoderamiento del usuario de salud mental – declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS 2010). En la misma línea comenta Farkas en 2007 que los servicios de atención en salud mental deben cumplir cuatro valores básicos en la línea de la recuperación y, en consecuencia, el empoderamiento:

- orientación hacia la persona.
- implicación de la persona.
- autodeterminación/autoelección
- potencial de crecimiento.

Comprender en profundidad el proceso de empoderamiento es clave para entender la recuperación, ya que, según las definiciones anteriormente vistas, una persona que se pueda considerar recuperada, también será una persona con empoderamiento; responsabilizada del cuidado de su enfermedad y con la capacidad de tomar decisiones importantes con respecto a la misma.

Propuestas de intervención desde la Psicología Positiva

Las intervenciones que se proponen desde la psicología positiva son aquellas que tienen un sesgo hacia el incremento de experiencias y emociones positivas, estructurándolas de modo planificado y ordenado; partiendo de las estrategias clásicas que se utilizan en rehabilitación provenientes de las terapias cognitivo conductuales tradicionales. Esto hace que, desde la psicología positiva se puedan implementar –o adaptar- estrategias que favorezcan la recuperación (Davidson et al., 2006; Taber, Redden y Hurley, 2007). No cabe duda de que el marco conceptual de la Psicología Positiva puede encajar perfectamente con algunos presupuestos filosóficos de la rehabilitación y puede eventualmente suministrar instrumentos y estrategias de intervención que concurren en un incremento real del bienestar de la gente con problemas. Dunn y Dogherty, en 2005 proponen varios aspectos en los que puede centrarse la psicología positiva para fomentar la recuperación de personas con esquizofrenia; refieren que se puede intervenir en aspectos subjetivos, como es la sensación de bienestar o las emociones positivas; también intervenir en aspectos individuales más objetivos como el trabajo con las capacidades y fortalezas; y, por último, plantean un aspecto muy importante, la intervención en aspectos institucionales, como ejemplo, análisis de las estructuras e instituciones para valorar en qué medida contribuyen al bienestar de las personas que atienden.

En otro orden de cosas, uno de los objetivos de la psicología positiva es fomentar la salud mental, no solo restaurar las pérdidas ocasionadas por la enfermedad, por lo que intervenciones de con esta filosofía son afines a los principios de recuperación. Para ello es referencia el modelo de Ryff en el que trabaja seis dimensiones: Autoaceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito en la vida, y Crecimiento personal. Para ello los rehabilitadores, tradicionalmente, ya cuentan con un gran conjunto de estrategias (Galilea y Colis, 2001).

Tabla 5. Aportaciones clínicas desde la psicología positiva. Extraído de Carmelo Vázquez, 2010.

Nivel de análisis	Áreas de intervención
Subjetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de elementos satisfacción vital - Marcadores de bienestar subjetivo - Calidad de vida. - Emociones positivas presentes - Análisis de elementos de significado vital. - Crecimiento post-traumático.
Individual	<ul style="list-style-type: none"> - Exploración e identificación de los recursos personales. - Re elaboración de la identidad personal más allá de la enfermedad - Identificación de metas y logros personales de rehabilitación. - Creación de sensación de control
Grupal/ Institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de los valores institucionales. - Análisis de las expectativas profesionales y equipos de trabajo.

Terapias de tercera generación y Recuperación

Dos grandes líneas de intervención encuadradas en las terapias psicológicas de tercera generación parecerían ser afines a la filosofía de recuperación y, por tanto, su aplicación es indicada para lograrla. La primera línea de intervención vendría de la rama de las intervenciones basadas en la Aceptación y el Compromiso (ACT), y la segunda línea de intervención vendría de las intervenciones basadas en mindfulness o atención plena. Ambos enfoques comparten una característica común, y es cambiar la relación con las experiencias disconfortantes, en este caso, experiencias psicóticas, en el sentido de dejar de reaccionar a ellas y en su lugar experimentarlas tal como se presentan (mindfulness) o aceptarlas con una actitud abierta (aceptación) (Pérez-Álvarez, 2010). Cuando a una persona se le diagnostica una enfermedad tan grave como la esquizofrenia, en numerosas ocasiones no se sabe qué hacer y cómo afrontarlo, se tiende a luchar contra esa experiencia y evitar sus consecuencias (como evitar las voces, o no dar importancia a lo que está sucediendo). De manera que la enfermedad se acaba convirtiendo en el eje central de sus vidas, no en una parte de la misma. Las intervenciones basadas en mindfulness promueven la focalización de la atención en la experienciación y la terapia de aceptación y compromiso (ACT) implica el comprometerse con la acción pero siempre en acorde con los valores personales. El objetivo terapéutico no es tanto eliminar “síntomas” como cambiar la relación con ellos (Pérez-Álvarez, et al. 2010).

Mindfulness.

En este caso son interesantes el trabajo de Chadwick y colaboradores en 2008 en el que proponen una intervención en mindfulness basado en tres etapas con el objetivo de cambiar la relación con la psicosis. Este cambio se ha propuesto que ocurre en tres etapas.

- La etapa 1 supone el cambio fundamental de descentrarse de las experiencias psicóticas y centrarse en la persona con su conciencia de las voces, pensamientos, etc. Esto se puede lograr anclando la experiencia en la respiración y el cuerpo, concentrándose suavemente en lo que está presente. Los participantes refieren que son capaces de notar la fugacidad de las experiencias, sin tener que estar a expensas de ellas. Su respiración y su cuerpo empiezan a ser un lugar seguro, un remanso de paz.

- La etapa 2 supone la liberación de los ciclos habituales de lucha con la experiencia psicótica. La persona aprende a separar sensaciones y reacciones y puede ver la fugacidad de las primeras, sin tener que responder necesariamente.
- La etapa 3 supone la adquisición de poder de uno sobre la propia psicosis, mediante la aceptación.

En la medida en que uno acepta las experiencias perturbadoras como una parte del yo, la psicosis no define ni totaliza el yo. Uno tiene las experiencias que tiene, pero no está tenido por ellas. El yo recuperaría poder en relación con la psicosis.

Por otro lado en un estudio piloto de Khoury, Lecomte, Ginette, Comtois y Nicole en 2015 estudian la regulación emocional en psicosis temprana a través de estrategias de tercera generación. En concreto Mindfulness, Aceptación y compasión. Encontraron mejoras en sintomatología positiva, pero sobre todo en sintomatología negativa, donde los componentes de rumiación y culpa fueron los que tuvieron mayores índices de mejoría en valores de la escala *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS). Importante comentar que los participantes en la investigación sí manifestaron sensaciones de confort y mayor control de las emociones de cara a su trastorno. Con respecto a la práctica del mindfulness, atención plena y la compasión, los participantes parecen tener mejoras moderadas en el manejo de éstas; pero en las medidas cualitativas sí refieren una mejoría a lo largo del tiempo. Encontraron también un número limitado de estudios acerca de este tipo de intervención por lo que es una vía de investigación importante para el futuro abordaje de los trastornos mentales severos.

Terapia de Aceptación y Compromiso

Es una terapia nueva generación de la terapia de conducta. Da una importancia fundamental al lenguaje, así como a las implicaciones clínicas que tiene. Luciano y Valdivia (2006) exponen una serie de características en las que se fundamenta la Terapia de Aceptación y Compromiso entre las más importantes se encuentran:

- Es un tratamiento centrado en las acciones valiosas del paciente como medio para el cambio conductual.
- Contempla el malestar/sufrimiento como normal, producto de la condición humana en tanto que seres verbales.
- Define que se aprende a resistir el sufrimiento normal y esa resistencia genera el sufrimiento patológico.

- Promueve el análisis funcional de los comportamientos del paciente y, por tanto, se basa en la experiencia del paciente como la clave del tratamiento.
- Tiene por objetivo flexibilizar la reacción al malestar porque la experiencia del paciente le dice que resistir los eventos privados limita la vida, que centrarse en ellos es perder la dirección. El objetivo primordial de ACT es, pues, romper la rigidez del patrón de evitación destructivo o la excesiva o desadaptativa regulación por procesos verbales que la cultura amplifica al potenciar sentirse bien de inmediato y evitar el dolor como fundamental para vivir.
- Implica clarificar valores para actuar en la dirección valiosa, aceptando con plena conciencia los eventos privados que surjan, y practicar la aceptación cuanto antes y tantas veces como sea posible.
- Implica aprender a "caer y a levantarse", o sea, a elegir nuevamente actuar hacia valores con los eventos privados que sobrevengan por la recaída.

Mindfulness y ACT no se ofrecen como una cura para la psicosis, en vez de ello, sus objetivos son enseñar a los participantes a responder diferentemente a sus experiencias psicóticas y a ayudarles a reemprender el curso de la vida (en ACT en particular), aspectos que se revelan fundamentales, como ya hemos visto, en los procesos de recuperación. Estudios muestran que los participantes aprenden una actitud de aceptación y hasta contemplativa de las voces, pensamientos e imágenes y que ello va asociado a una mejora en el funcionamiento clínico general (Chadwick, 2006; Chadwick et al, 2009). Estudios controlados aplicando ACT muestran su eficacia en reducir la recaída en gente con psicosis (Bach y Hayes, 2002; Gaudiano y Herbert, 2006).

En el estudio Roldán en 2013, trabaja con metáforas, ejercicios vivenciales, desesperanza creativa, defusión cognitiva, desliteralización además de incluir un entrenamiento específico en habilidades dirigidas a la consecución de objetivos existenciales valiosos. La modalidad de la intervención es grupal y los resultados muestran como estas estrategias son de mucha utilidad para el tratamiento integral de personas con esquizofrenia. Encuentra que la relación con la sintomatología positiva mostrada deja de ser paralizante y se elabora, de manera que, se convierte en un elemento más de la vida. En la mayoría de los Trastornos mentales graves (psicosis, esquizofrenia, trastornos paranoides, trastornos esquizoafectivos, en algunos trastornos de la personalidad, etc.) se da una ruptura con la realidad que afecta e inhabilita diferentes áreas vitales: individual, familiar y social. Todas tienen como característica común una gran desorganización a nivel cognitivo, emocional y conductual. Mediante la incorporación de ACT, se consigue la recuperación o adquisición de repertorios

cognitivos y conductuales, que les permitan actuar en dirección de sus valores personales, contribuyendo a conseguirlos objetivos existenciales y romper con la evitación experiencial.

En la misma dirección apunta un estudio de caso único de Fernández, Fombellida y Montero, en 2014, en el que se utiliza la terapia de activación conductual como herramienta de intervención para los síntomas negativos de la esquizofrenia, utilizando las premisas de la terapia de aceptación y compromiso y mindfulness como componentes del tratamiento. Han obtenido grandes resultados en reducción de dichos síntomas evaluados a través de la escala PANSS. Encontraron que los elementos clínicos manejados durante la intervención que se han demostrado eficaces han sido los siguientes:

- la formulación de sus objetivos conforme a metas concretas a conseguir, que responden a los propios valores del sujeto.
- Por otro, el aprendizaje de la auto-organización mediante programación estructurada.
- el asesoramiento al paciente para que aprenda a autorreforzarse y obtener contingencias positivas a partir de las actividades que cada semana consigue realizar.

Además de ello, se ha dotado al paciente de herramientas como la atención plena y técnicas básicas de respiración profunda para el manejo de situaciones de especial estrés o que le suponían frustraciones por ausencia de éxito. Por otra parte, el paciente incluye actividades nuevas en el Programa que son el resultado de su deseo identificado de mejora, mientras deja atrás la falta de iniciativa y la pasividad como síntomas (ya externalizados) de la enfermedad, convirtiéndose en agente de su propio cambio. Encontraron que el paciente encontró clave en el tratamiento los siguientes aspectos:

- Actividad monitorizada.
- Trabajo con metas individuales y valores del paciente.
- Programación de actividades.
- Entrenamiento en destrezas como procedimiento de mejora.
- Aprendizaje de autorrefuerzos y automanejo de contingencias.
- Relajación y/o Mindfulness.
- Aprendizaje de conductas verbales y formulación de objetivos.
- Manejo del afrontamiento frente a la evitación como respuesta.

Vemos como en este estudio clínico hay componentes fundamentales también de la Terapia de Aceptación y Compromiso, así como mindfulness. Vuelve a incidir en la importancia y la utilidad que tienen las terapias de tercera generación sobre los procesos de recuperación. Con la activación conductual se recuperarían aquellas conductas (representativas de la sintomatología negativa de la esquizofrenia) que hacen que la persona vuelva a tener el control de la situación. La identificación de metas y motivaciones del paciente, la capacitación o aprendizaje de estrategias de consigan cambiar la relación del paciente con su problema. En definitiva, “empoderar” a la persona de cara a su situación.

Añadiendo la perspectiva de las terapias de tercera generación la figura 4 quedaría de la siguiente manera:

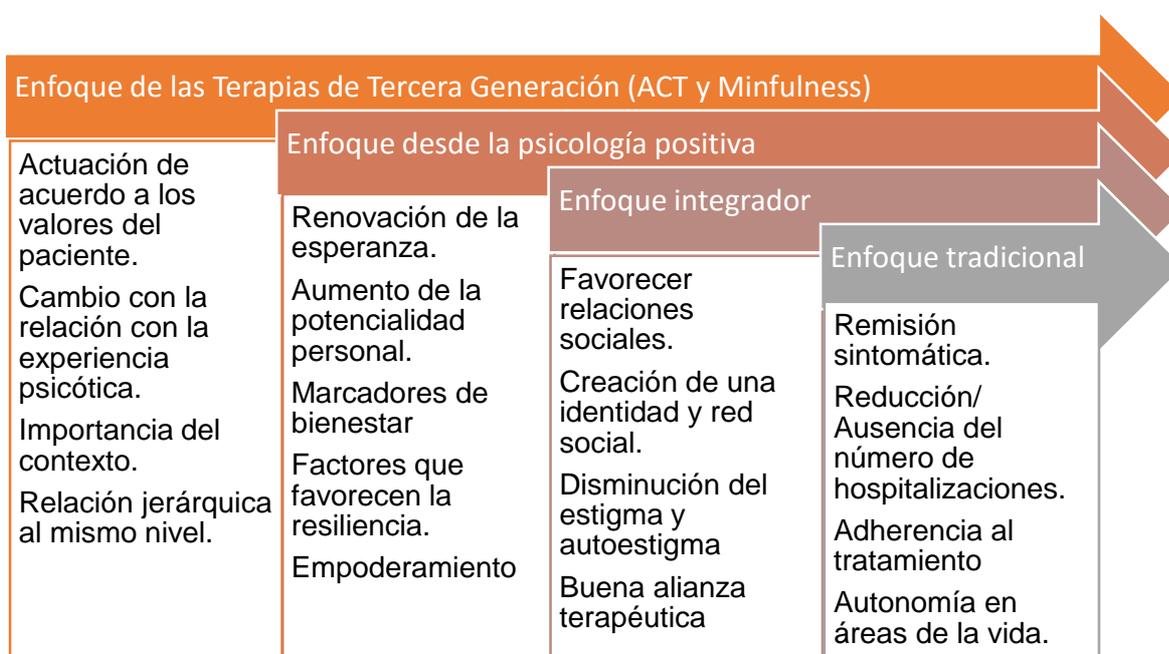


Figura 4 Enfoque de las terapias de tercera generación aplicado al concepto de recuperación.

Sin dejar de prestar atención a los enfoques anteriores, los novedosos enfoques propuestos desde la psicología positiva y las terapias de nueva ola, nos ofrecen aspectos distintos sobre los procesos de recuperación. El cambio en el eje central de la atención hacia la capacidad en vez de a lo psicopatológico, la propuesta de acciones que incrementen el bienestar, se han revelado fundamentales en los procesos de recuperación. También el cambio de relación con la experiencia psicótica, así como el

respeto de los valores del paciente, aparecen frecuentemente en los estudios más importantes sobre recuperación (Farkas, 2007).

Implicaciones del concepto de recuperación en el tratamiento

Los primeros modelos para la gestión de los trastornos mentales graves a menudo involucraron procedimientos agresivos y el aislamiento forzoso de las personas y comunidades. En respuesta a estos métodos, reformadores prominentes como Pinel y Tuke abogaron por tratamientos alternativos, entre ellos el desarrollo de el "tratamiento moral" de la enfermedad mental (Scull, 1981). Entre los cambios más importantes que estos autores propusieron destacaba la práctica de entablar un diálogo con los afectados, el tratamiento digno y respetuoso con los afectados e interesarse sobre sus vidas, sus experiencias, intereses y metas.

Cómo Implementar recuperación en los recursos de atención

Si consideramos que la recuperación debe ser el eje de los servicios de salud mental, es necesario llevar a cabo un cambio fundamental en la calidad de las interacciones diarias. El modelo escocés de intervención orientada a la recuperación es un ejemplo de buenas prácticas, es por ello que se ha tomado como referencia. Smith-Mery, Freeman y Sturdy realizaron un estudio en 2011 analizando cómo se había implementado hasta el momento la recuperación en sus dispositivos de atención en salud mental en Escocia a través de lo que denominaron las "tecnologías de recuperación". Hacen referencia con ello a las nuevas prácticas e instrumentos que asumen y ponen en práctica los valores de recuperación. En su estudio recogen información a través de entrevistas a políticos, profesionales y consumidores de atención en salud mental. Identifican cuatro estrategias que deben utilizar los recursos de atención para fomentar la recuperación:

- *Narraciones de recuperación*: Basándose en los estudios de Lapsey en 2002 se analizan narraciones en primera persona como forma de autoevaluación para comprobar si los servicios de atención responden a las necesidades referidas de los atendidos. De esta manera se hace recuperación con el atendido y no solo para él.
- *El Indicador de Recuperación de Escocia*: Como forma de cuantificar las intervenciones, se adapta el cuestionario ROPI (*Recovery Oriented Practices Index*) desarrollado en Estados Unidos por Anthony Manccini en 2006. Los responsables de los recursos de atención deben rellenar este cuestionario en línea con lo que se va recogiendo información global de la atención en salud

mental. De esta manera se pueden establecer unos mínimos de atención para fomentar la recuperación.

- *Planificación de acciones de bienestar para la Recuperación:* en el estudio se identifica como indicado el uso de las herramientas propuestas Mary Ellen Copelan a través del *Wellness Recovery Action Plan* -WRAP- (<http://mentalhealthrecovery.com/info-center/enfoque-en-recuperacion-unidos-inc-for-u/>). En dicho movimiento se recogen las estrategias y recursos que han sido eficaces para la recuperación de personas con esquizofrenia y que han sido propuestas por personas afectas.
- *Apoyo de los compañeros:* Se diseñó un programa de apoyo de pares en el que los compañeros representan el trabajo realizado en los servicios de atención en salud mental y además se muestran como modelos demostrando así que la recuperación es posible.

En la misma línea, el equipo de trabajo de Shepherd y colaboradores del *Sainsbury Centre for Mental Health* (www.scmh.org.uk) en 2008 hacen una propuesta de cambios organizativos que serían necesarios para que los servicios de atención estén orientados a los valores que la recuperación representa. Para el grupo este grupo de trabajo es importante tener en cuenta:

1. **Cambiar la naturaleza de las interacciones cotidianas:** De manera que los servicios de atención reconozcan la soberanía de las opiniones del afectado de cara a las decisiones sobre su situación; de manera que es importante reducir la jerarquía paciente-terapeuta.
2. **Creación de programas educativos y formativos protagonizados por usuarios:** Crear proyectos de sensibilización liderados por afectados que informen de la realidad de la enfermedad mental, así como ofrecer una visión esperanzadora de la misma. En España uno de los proyectos más importantes es el Proyecto Chamberlin (<http://www.proyechochamberlin.org>)
3. **Centro integral de recuperación:** Creación de recursos especializados en recuperación integral, que se ocupe de la formación de profesionales, así como ofrecer apoyo continuo a las personas afectadas.
4. **Creación de una cultura de recuperación en los servicios:** Implica cambios organizativos y de control para confirmar que el funcionamiento de los recursos está orientado hacia los valores de recuperación. Que los dirigentes y directivos de las empresas se involucren en esta filosofía.
5. **Procesos de intervención individualizados y respeto de los valores personales:** esto se consigue proporcionando la información necesaria y dotar de

recursos para la gestión individual del proceso de recuperación, como por ejemplo, la posibilidad de elegir entre tratamientos y, cuando sea posible, decidiendo por delante del profesional.

6. **Evaluación y gestión del riesgo:** que personas afectadas y profesionales trabajen de manera coordinada y transparente.
7. **Participación e involucración de las personas usuarias:** No se trata de un colectivo “implicando” al otro. Ambos grupos deben trabajar juntos en una asociación tan equitativa como sea posible. Debatir esto desde el colectivo de los profesionales, abre distancia entre ellos.
8. **Cambio de pensamiento:** En la medida que los itinerarios sean personalizados, las funciones de los profesionales irán cambiando. Seguirán siendo importantes, pero tendrán que reconocer que su contribución se hace necesaria desde un prisma distinto, acompañando los procesos de recuperación y rehabilitación, en vez de dirigirlos, y respondiendo a las prioridades definidas por las propias personas usuarias.
9. **Apoyo a los profesionales que favorecen la recuperación:** Esta nueva filosofía de intervención y nuevo papel en la atención requiere mucho apoyo para los profesionales desde las instituciones y los dirigentes; de manera que se sientan seguros y responsabilizados en su labor.
10. **Ofrecer posibilidades y fomento de una vida “más allá de la enfermedad”:** Es necesario ofrecer también opciones de soporte básico en la sociedad, llegando a acuerdos que garanticen trabajo, vivienda, etc. Y convertirlas en elementos centrales en su vida, haciendo que la misma no gire en torno a su enfermedad.

En la misma línea y teniendo en cuenta los valores de recuperación, Farkas en 2005 analizó también las narrativas personales de personas recuperadas con distintos tipos de intervención. Farkas, llegó a la conclusión que los cambios positivos no deben provenir sólo de las personas afectadas, sino también las instituciones, servicios y, sobre todo, de los profesionales que deben hacerse partícipes de los valores de recuperación y adoptar una perspectiva optimista en relación al proceso de recuperación. De manera que, lo importante en las intervenciones, más que el tipo de intervención propiamente dicho, es que esté imbuida por los valores de la recuperación. Además, igual de importante que el profesional intervenga de acuerdo con los valores de recuperación, es que el atendido perciba que dicha intervención es apropiada para él, es decir, de acuerdo con sus valores. Por lo que respetar la capacidad de decisión, libertad de elección, etc. es fundamental para los procesos de recuperación. En la tabla 6 se resumen los valores que serían deseables para los servicios de atención de personas con esquizofrenia.

Tabla 6. Valores que de los servicios de atención en salud mental. Farkas, 2007

Orientación hacia la persona
<ul style="list-style-type: none">- Ver a la persona globalmente, no el diagnóstico.- Centrado en los recursos y potencialidades personales.- Aceptación de todos los roles (no solo el de enfermo).- Entender la biografía de la persona.
Implicación de la persona
<ul style="list-style-type: none">- Que sea protagonista de su proceso de cambio.- Tomar responsabilidades.- Fomentar sentido de empoderamiento.
Autodeterminación
<ul style="list-style-type: none">- Tomar decisiones relevantes con respecto a su tratamiento.- Acompañar a retomar el significado vital.- Trabajar “con” y no “para” la persona.- Evitar la coacción.
Esperanza
<ul style="list-style-type: none">- Ver oportunidad cuando hay dificultades.- Creer en que la recuperación es posible.- Asunción del control sobre la propia vida.- Promover los cambios positivos.- Ser ambicioso con las circunstancias personales, ir más allá de la ausencia de síntomas.- Buscar un trabajo, tener una familia, relaciones sociales satisfactorias.

En la figura 5 aparece un resumen gráfico que integra los componentes fundamentales que hemos visto del concepto de recuperación, las intervenciones que han resultado eficaces dentro de los procesos de recuperación, así como las fases del proceso de recuperación.

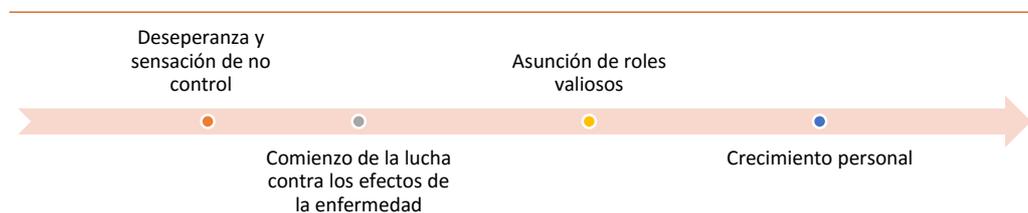
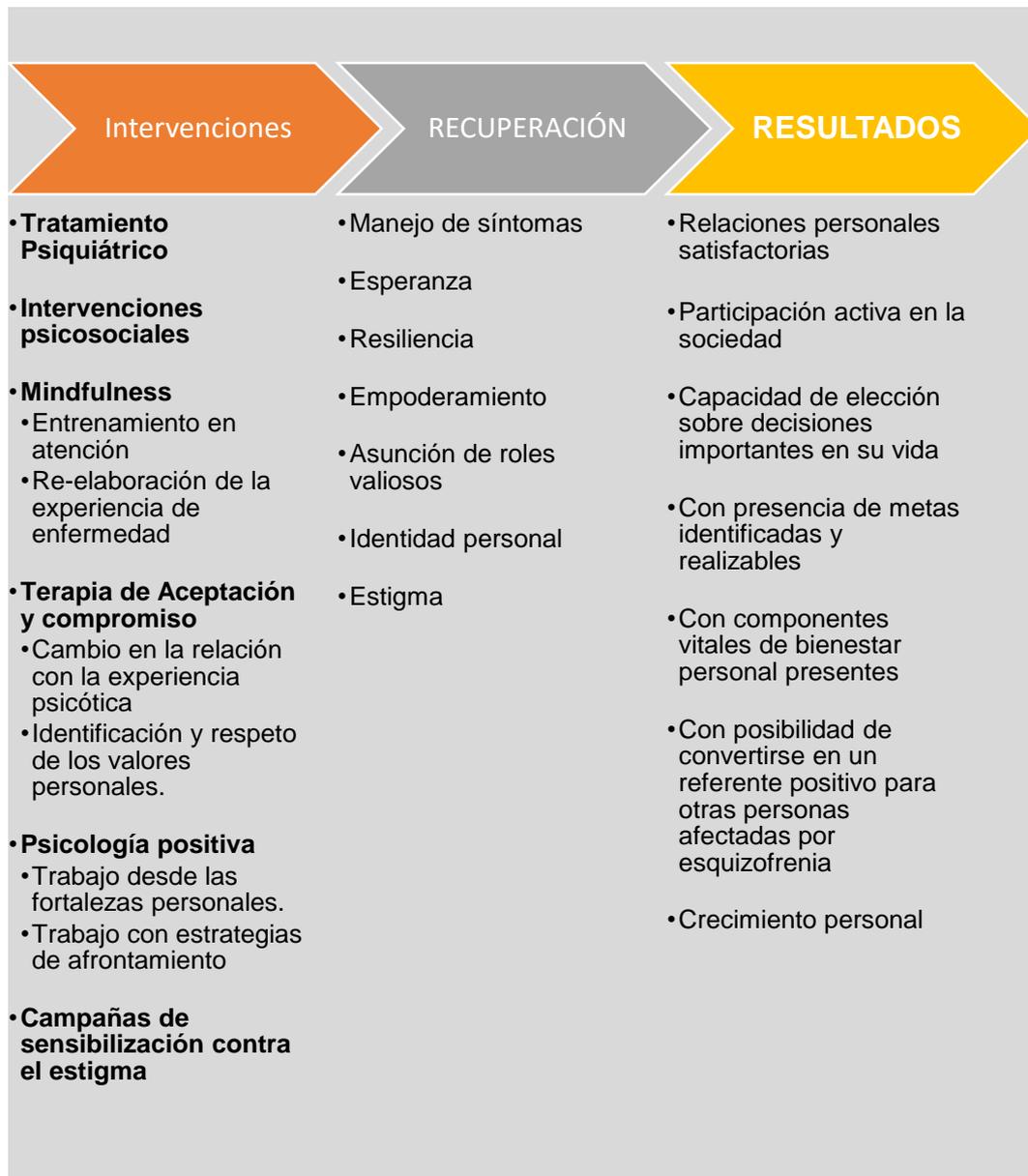


Figura 5. Resumen de las intervenciones en los procesos de recuperación.

Conclusiones y Discusión

El objetivo principal de este Trabajo Fin de Máster era realizar una aproximación teórica al concepto de recuperación desde distintas perspectivas y modelos, haciendo un recorrido histórico y revisando las principales definiciones del concepto. En primer lugar, hemos observado que ha existido una evolución desde una perspectiva pesimista, comenzada por Kraepelin, a una visión más optimista sobre el curso del trastorno que considera que la esquizofrenia no tiene por qué conducir a un deterioro progresivo inexorable y que existe una posibilidad real de recuperación. La remisión sintomática propuesta por la perspectiva médica clásica como el principal objetivo de la recuperación, progresivamente ha ido dejándose de considerar como el final del tratamiento. Así, gracias principalmente a la presión de los movimientos de personas afectadas y la creciente evidencia sobre la posibilidad de recuperación en el trastorno, se han desarrollado distintas intervenciones que dotan de más protagonismo al afectado y que están orientadas a conseguir una recuperación más global (a nivel personal y social). La psicología positiva se ha hecho un hueco importante en este nuevo enfoque de la recuperación, ya que, su filosofía concuerda con los valores de recuperación, trabaja con las potencialidades de la persona, y ve los procesos de esperanza y resiliencia como motores de la recuperación. También otras estrategias de intervención provenientes de la Terapias psicológicas de tercera generación como la Terapia de Aceptación y Compromiso y el mindfulness también serían afines a estos mismos valores de recuperación y pueden potencialmente ser de utilidad para el tratamiento de distintos aspectos de la esquizofrenia que permitan conseguir una recuperación más plena de los pacientes (p.ej. cambiar la relación del paciente con sus experiencias psicóticas). Futuras líneas de investigación deberán evaluar los efectos de estas intervenciones en los procesos de recuperación y cómo pueden complementar y extender los beneficios de las estrategias terapéuticas actualmente utilizadas en esquizofrenia.

En nuestro país, los profesionales apenas cuentan con herramientas para medir y cuantificar los procesos de recuperación. Únicamente está traducida y adaptada al castellano la Escala de Evaluación de Recuperación (RAS) (Giffort, Schmook, Woody, Vollendorf y Gervain 1995) adaptada al castellano por Muñoz et al. en 2009. Se hace necesario el desarrollo de instrumentos de evaluación que puedan operativizar y permitan la creación de líneas de intervención más eficaces.

Tener como objetivo profesional la recuperación de las personas que atendemos es un reto fantástico. En la revisión de la literatura realizada, hemos visto que la recuperación se trata de un proceso continuo, muy heterogéneo y que necesita de la atención de

diversos profesionales trabajando en coordinación cada uno desde su esfera, psiquiatra, psicólogo, rehabilitadores psicosociales y laborales; pero sobre todo la firme voluntad de la persona de aceptar la situación de diagnóstico y querer relacionarse con ella de manera que sea compatible con el resto de los ámbitos de su vida.

Desde el punto de vista del profesional, promover procesos de recuperación consistiría, en un primer momento, cambiar el entendimiento de la enfermedad mental tradicional, atender a los requerimientos del propio concepto de recuperación: manejo de síntomas, esperanza, resiliencia, empoderamiento, asunción de roles valiosos, favorecer la creación de una identidad personal e intervenir sobre los efectos del autoestigma y estigma social. Acompañar y apoyar estos procesos de enriquecimiento personal exige del profesional una mente abierta y respeto por los valores de la persona que está atendiendo.

Este paradigma de intervención en recuperación no solo es novedoso para el profesional, sino que también haría reflexionar tanto a afectados como a familias. Aceptar la nueva condición y, sobre todo, el tomar las riendas del problema es algo que no es muy extendido en la atención en salud mental; contexto tradicionalmente marcado por la diferencia de jerarquía entre profesional y atendido, además del seguimiento exhaustivo de las pautas médicas. Con este nuevo panorama, la persona afectada va a tener una exigencia a la que antes no estaba acostumbrada.

La incorporación de modelos de recuperación en los procesos de intervención nos va a llevar a los profesionales de atención al desarrollo de estrategias de intervención y, sobre todo, herramientas que puedan cuantificar y operativizar estos procesos. Adaptar las escalas que se están desarrollando, sobre todo en EEUU, nos va a ser de gran ayuda en esta tarea. No solo los instrumentos, sino que la propia configuración de las instituciones va a ser puesta a prueba si deciden incorporar este tipo de filosofía de intervención, que los valores clave estén integrados en cada nivel del servicio y que los procesos de un servicio de rehabilitación o de salud mental se alineen con el proyecto vital a largo plazo de la persona. Un buen ejemplo de cómo se ha implementado la filosofía de recuperación en la atención en salud mental es el caso de Escocia, donde se han desarrollado escalas específicas e indicadores de recuperación desde las instituciones gubernamentales para comprobar y evaluar si se está interviniendo en esa línea. Por lo que vemos que la integración del modelo de recuperación en la atención a personas con esquizofrenia, va a requerir la formalización de espacios para la participación significativa de la persona en atención en el desarrollo del servicio y hace necesario que cada profesional lleva a cabo una reflexión profundamente personal acerca de su relación con la persona en atención (Rosillo, Hernández y Smith, 2012).

Los cambios no solo deben esperarse en los propios afectados sino también en las instituciones y profesionales que deben trabajar en instalar una práctica basada en valores positivos. Para llevar a cabo una transformación de los servicios hacia un paradigma de recuperación, además del apoyo institucional, hace falta la habilitación de las personas que utilizan los servicios para ser protagonistas en su propio proceso, para ello los procesos de recuperación van a exigir por parte de los modelos de atención que:

- incluyan a las personas en atención como participantes activos, no solo como pacientes.
- consoliden valores de recuperación compartidos.
- atiendan a la persona de acuerdo con sus valores.

La literatura que hace referencia al movimiento de recuperación, así como el ámbito de la integración en psicoterapia en general, han permitido la aparición de planteamientos integradores que, cada vez en mayor medida, incluyen componentes más holísticos para favorecer la recuperación de la persona con la enfermedad mental. Esta sería la línea de trabajo que se ha establecido para el futuro. Desarrollar herramientas de análisis para las estrategias de intervención psicoterapéuticas y su influencia en los procesos de recuperación (Norcross, 2005). Las futuras líneas de investigación tienen también por delante el reto, de conceptualizar medidas de análisis de resultados de manera diferente. Ya que, en la mayoría de los estudios, la metodología es cualitativa y falta un apoyo empírico mayor. Preguntar a las personas afectadas por sus experiencias personales de recuperación, podría no ser suficiente para evaluar los cambios producidos; las narraciones en primera persona contemplan una visión más limitada y subjetiva, dificultando la visión global, representativa de la estructura social. Es por ello que las últimas investigaciones se están centrando en añadir medidas cuantitativas con la elaboración de escalas (Lysaker et al., 2012); aunque estas investigaciones se encuentran todavía comenzando. Una implicación final para la investigación futura planteada por estos desarrollos en el campo de la psicoterapia para las personas con esquizofrenia es la necesidad no sólo de conceptualizar un tratamiento diferente, sino también para conceptualizar y medir los resultados de manera diferente, ya que el desarrollo de este tipo de métodos para rastrear los elementos subjetivos y objetivos de recuperación puede conducir a una comprensión más profunda de los procesos de recuperación y la manera en que se puede ayudar eficazmente a las personas para conseguirlo.

Un aspecto que no se ha encontrado con mucha frecuencia en la literatura es el papel de la familia en el proceso de recuperación. Dos evidencias que apuntan a esta conclusión (Topor et al., 2006):

- La relación social desempeña un papel central en el proceso de recuperación,
- El beneficio de esa relación social no depende de la educación formal del profesional,

La revisión de la literatura nos indica que las personas con un diagnóstico de enfermedad mental grave son capaces de entrar en relaciones de reciprocidad con otras personas, y que son conscientes de que esas relaciones cambian con el tiempo y, como resultado del curso de su enfermedad (Topor et al., 2006).

El diseño de intervenciones terapéuticas y preventivas debe ser individualizado y centrado en la persona, y debe priorizar el conocimiento propio del usuario del servicio adaptando las mismas, sobre las formas estandarizadas de la práctica clínica (Smith-Merry, Freeman y Sturdy, 2011). Aunque hay numerosos profesionales con opiniones en favor de la recuperación, esto no se ha traducido en un cambio en la práctica de la atención en salud mental (Slade et al., 2008). Y más aún si tenemos en cuenta que el comienzo de los cambios debe comenzar desde las instituciones. La implementación de la recuperación en la práctica, por lo tanto sigue siendo un desafío político significativo, incluso en los países que profesan un compromiso con la recuperación como un objetivo de política general.

En conclusión, el concepto de recuperación es un constructo complejo y con muchas dimensiones y en continua evolución. Así, tradicionalmente, cuando una persona con esquizofrenia se consideraba que había mejorado, se hacía referencia a que llevaba tiempo sin sintomatología activa, y sin hospitalizaciones, sin embargo progresivamente se han ido asentando modelos más integrativos que plantean metas más ambiciosas en los que la opinión del afectado es esencial al abordar la intervención y definir qué significa estar recuperado.

La filosofía que implican los procesos de recuperación es el futuro de las intervenciones de las personas con esquizofrenia. Es un proceso en el que el profesional tiene que acompañar al afectado y apoyarle cuando lo necesite, pero, sobre todo, dotarle de protagonismo en todo el proceso y, en la medida de lo posible, no traspasar esa línea. El objetivo final es que la persona con esquizofrenia gane en empoderamiento con respecto a su enfermedad, tenga –y perciba la sensación de tener- las herramientas personales necesarias para afrontar decisiones difíciles con respecto de su vida y su tratamiento.

Las intervenciones psicológicas de tercera ola y la psicología positiva se muestran como abordajes de prometedora eficacia para favorecer los procesos de recuperación y complementar los efectos de los tratamientos actualmente imperantes en esquizofrenia. Es un nuevo campo de actuación dentro de la intervención en esquizofrenia que se puede beneficiar del apoyo empírico y las estrategias que provienen de las líneas de trabajo como el mindfulness, la terapia de aceptación y compromiso, además de compartir foco de atención en la intervención con la psicología positiva. Sería muy interesante que futuras líneas de investigación contemplen esta relación y qué aportaciones concretas en el tratamiento pueden venir de la tercera ola de terapias. Por otro lado, otra futura línea de trabajo importante sería el realizar un análisis de qué tipo de intervención es la más eficaz en los distintos estadios del proceso de recuperación.

En definitiva, un paradigma de recuperación más amplio que va más allá de la simple eliminación de los síntomas y -que englobaría distintas dimensiones relevantes en la vida de las personas afectadas- empieza a estar presente en las intervenciones de rehabilitación. La evolución natural de este proceso es que este nuevo paradigma se convierta en central, y que dicha intervención sea protagonizada y protocolizada por las instituciones. Futuros estudios deberán continuar investigando si hay otros aspectos relevantes para el curso de los pacientes que también deberían ser incluidos en el constructo de recuperación y evaluar el impacto de intervenciones novedosas como las anteriormente comentadas sobre estos parámetros relacionados con la recuperación. Para ello será necesario el desarrollo de nuevos instrumentos de medida que incluyan las distintas dimensiones recogidas por los modelos más recientes e integrativos acerca de la recuperación, así como también la validación de dichos instrumentos (y de los únicamente disponibles en inglés) al castellano. La progresiva implementación de modelos de trabajo orientados a la recuperación plena de los pacientes con esquizofrenia o con otros trastornos mentales graves, deberá necesariamente implicar un cambio en las políticas nacionales de salud, un esfuerzo formativo de los profesionales y de cambio de paradigma, así como también una mayor implicación de los pacientes y sus familias, afortunadamente, se cuenta ya con modelos exitosos en otros países que pueden ayudar a esclarecer cual es el camino.

Referencias

Ahmed, A. Mabel, A. Buckley, P. (2011). Recovery in schizophrenia: perspectives, evidence, and implications. *En Handbook of Schizophrenia disorders, Vol III*. Haifa; Springer.

Awad AG, Hogan TP. (1985). Early treatment events and prediction of response to neuroleptics in schizophrenia. *Prog in Neuropsychopharmacol. Biological Psychiatry*; 9:585-8.

Andreasen NC, Carpenter WC, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*; 162: 441-449.

Andreson R, Oades L, Caputi P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 37: 586-601.

Anthony WA. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*; 16:11-23.

Anthony WA, Cohen MR, Farkas M et al. (2002) *Psychiatric rehabilitation, 2nd ed*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Averill, J.R. Catlin, G. Chon, K. (1990). *Rules of Hope*. New York: Springer.

Beale V, Lambric T. (1995). *The recovery concept: implementation in the mental health system (Report by the Community Support Program Advisory Committee)*. Columbus: Ohio Department of Mental Health.

Bellack L. (1958). *Schizophrenia: a review of the syndrome*. New York: Logos.

Bellack A. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*; 32: 432-442.

Bonanno, G.A. (2004) Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*. 59(1). 20-28

Bradstreet S. (2006). Harnessing the 'lived experience': Formalising peer support approaches to promote recovery. *Mental Health Review*; 11.

Brenner, H., et al. (1992) "Treatment of Cognitive Dysfunctions and Behavioural Deficits in Schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 18, pp. 21-26.

Brenner, H., et al. (1994). *Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patient*, Toronto: Hogrefe y Huber.

Butzlaff RL, Hooley JM. (1998) Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archieve General Psychiatry*; 55:547-52.

Carpenter WT, Kirkpatrick B. (1998). The heterogeneity of the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*; 14: 645-652.

Chamberlin J. (1978). *On our own: patient-controlled alternatives to the mental health system*. New York: McGraw Hill,

Cheavens, J.S., Feldman, D.B., Gum, A., Michael, S.T., & Snyder, C.R. (2006). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77, 61–78.

Ciudad, A, Bobes J, Álvarez E, San L, Novick, D. y Gilaberte, I. (2010). Resultados clínicos relevantes en esquizofrenia: remisión y recuperación. *Revista de psiquiatría y Salud Mental*.4(1):53—65

Ciampi, L. (1987) Toward a coherent multidimensional understanding and therapy of schizophrenia: converging new concepts. In: Strauss, J.J.; Boker, W.; Brenner, H.D. (Ed.). *Psychological treatment of schizophrenia*. Toronto: Hans Huber. p.48-62.

Colodrón, A. (2002). *La condición esquizofrénica*. Ed: Tricastela. Madrid.

Corrigan, P. y Watson, A. C. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 875-884.

Galilea, V, y Colis, J. (2001). *Cuaderno Técnico14: Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Madrid: Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Cyrułnik, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Madrid: Gedisa.

Davidson L, Strauss J. (1992) The sense of self and recovery in recovery from severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 65:131-145.

Davidson L, McGlashan TH. (1997). The varied outcomes of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1997. 42: 34-43

- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Staeheli, M.R., & Evans, A.C. (2005). Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Professional Psychology Research and Practice*, 36, 480-487.
- Deegan P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychosocial Rehabilitation*;19:91-7.
- DeJong G. (1979) Independent living: from social movement to analytic paradigm. *Archieve. Medical Rehabilitation*;60:435-46
- DeSisto MJ, Harding CM, McCormick RV, Ashikaga T, Brooks GW. (1995). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. I. Matched comparison of cross-sectional outcome. *British Journal of Psychiatry*; 167:331-8.
- Diener EF. (2001). *Cultural differences in self reports of well-being*. Champaign: University of Illinois.
- Dingman CW, McGlashan TH. (1989). Psychotherapy. En: Bellack AS, editor. *A Clinical Guide for the Treatment of Schizophrenia*. Nueva York: Plenum Press; p. 263-82.
- Dunn, D.S., y Dougherty, S.B. (2005). prospects for a positive psychology of rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 50, 305-311.
- Faber, G., Smid, H. G., Van Gool, A. R., Wunderink, L., Wiersma, D. y van den Bosch, R. J. (2011). Neurocognition and recovery in first episode psychosis. *Psychiatry Research*, 188(1), 1-6.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W. & Chamberlain, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*;41(2): 141-158.
- Farkas, M. (2007). La consideración actual de la recuperación: lo que es y lo que significa para los servicios de atención. *Boletín de la Asociación Mundial de Rehabiliación Psicosocial*. vol 5, número: 2
- Frese F., Stanley J, Kress K, Vogel-Scibilia S. (2001). Integrating evidence-based practices and the recovery model. *Psychiatric Service*, Nov;52(11):1462-8.
- Fernández L.C., Fombellida C, Montero C. (2014). Terapia de activación conductual para síntomas negativos de la esquizofrenia: a propósito de un caso. *Norte de salud mental*, vol. XII, nº 49: 76-81.

Fenton WS, McGlashan TH. (1994). Antecedents, symptom progression, and long-term outcome of the deficit syndrome in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*; 151:351-6.

Garay A, Pousa V b, Pérez L, (2012). La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. vol.34 no.123.

Goldfried MR, Pachankis JE, Bell AC. A (2005). History of psychotherapy integration. In: Norcross JC, Goldfried MR, editors. *Handbook of Psychotherapy Integration*. 2nd ed. New York: Oxford University Press. pp. 24–60.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05.

Harding CM. (2005). Changes in schizophrenia across time: paradoxes, patterns, and predictors. In: Davidson L, Harding C, Spaniol L, eds. *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice (Vol. 1)*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation.

Harrison G, Hoper K, Craig T et al. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15-and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry*; 178:506-17.

Hernández, M, Vega, A. y Sanvicente, M. (2013). Estudio de la relación existente entre resiliencia y síntomas psicósomáticos en la población diagnosticada con enfermedad mental vs individuos mentalmente sanos. *Revista de enfermería de Castilla y León*. Vol 5 - Nº 2.

HogeSk, Appelbaum PS, Lawlor T, Beck JC, Litman R, Greer A, et al. (1990) A prospective, multicenter study of patients' refusal of antipsychotic medication. *Archives General Psychiatry*; 47:949-56

Irving, L. M., Snyder, C. R., Cheavens, J., Gravel, L., Hanke, J. Hillberg, P., et al. (2004). The relationship between hope and outcomes at the pretreatment, beginning and later phases of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14 (4), 419-443.

Jobe TH, Harrow M. (2005). Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 14: 892-900.

- Khoury, B., Lecomte, T., Comtois, G. Nicole L. (2015). Third-wave strategies for emotion regulation in early psychosis: a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry* 2015; 9:76–83.
- Kleinman, A. (1999). Moral experience and ethical reflection: can medical anthropology reconcile them? *Daedalus*, New York, v.128, p.69-99.
- Lapsley, H., Nikora, L. W. & Black, R. (2002). "*Kia Mauri Tau!*" *Narratives of recovery from disabling mental health problems. Report of the University of Waikato Mental Health Narratives Project.* Wellington, New Zealand: Mental Health Commission.
- Laviana-Cuetos, M (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo unitario. *Apuntes de Psicología*. 2006, Vol. 24, número 1-3, págs. 345-373.
- Leucht S, Lasser R. (2006). The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*, 39:161—70.
- Liberman R, Kopelowicz A, (2004). Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación psicosocial*; 1(1):12-29
- Liberman R, Kopelowicz A, Venture J, Gutkind D. (2005). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*; 14: 256-272.
- Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DI, Geisler SH, Szymanski SR. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Psychiatry*, 149:1183-8.
- Luciano, M. C. y Valdivia, M. S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, Julio, número 2 VOL-27. ISSN 0214 – 7823.
- Lysaker PH, Ringer J, Maxwell C, McGuire A, Lecomte T. (2010). Personal narratives and recovery from schizophrenia. *Schizophrenia Research*; 121:271–276.
- Lysaker PH, Ringer JM, Buck KD, et al. (2012). Metacognitive and social cognition deficits in patients with significant psychiatric and medical adversity: a comparison between participants with schizophrenia and a sample of participants who are HIV-positive. *The Journal of Nervous and Mental Disease*; 200:130–134.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2001). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa.

Masten, A.S., Hubbard, J.J., Gest, S.D., Tellegen, A., Garmezy, N. y Ramírez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11, 143-169.

Mental Health Commission (2005). *A Vision for a Recovery Model in Irish Mental Health Services*. Mental Health Commission: Dublin. Recuperado de <http://www.mhcirl.ie/file/discpapvforarecmod.pdf>

Muñoz M., Pérez-Sants E., Crespo M., Guillén A.E. (2009). *Estigma y enfermedad mental*. Editorial complutense.

Nuechterlein, K; dawson, M. (1984) A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, Oxford, v.10, n.2, p.300-312.

Norcross JC. (2005). A primer on psychotherapy integration. In: Norcross JC, Goldfried MR, editors. *Handbook of Psychotherapy Integration*. 2nd ed. New York: Oxford University Press.

Onken SJ, Dumont JM, Ridgway P, Dornan DH, Ralph R. (2002). *Mental health recovery: What helps and what hinders?* (National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning, National Association of State Mental Health Program Directors.

Organización Mundial de la Salud (2010) *Empoderamiento del usuario de salud mental – declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS*. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013 – 2020*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1

Pérez-Álvarez M., García-Montes J.M., Sass L (2010). Fenomenología en esquizofrenia. *Clínica y Salud* v.21 n.3 Madrid.

Rogers E, Farkas M, Anthony WA. (2005). Recovery and evidence based practices. In: Stout C, Hayes R (eds). *Handbook of evidence based practice in behavioral healthcare: applications and new directions*. New York: Wiley:199-219.

Rogers ES et al. (1997) Consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48(8):1042–1047.

Roldán, G. (2013). Psicoterapia grupal desde la perspectiva de la terapia de aceptación y compromiso (act) y atención plena (mindfulness). Obtenida el 1 de Agosto de 2015.

<http://www.uco.es/informacion/webs/fundacioncastilla/documentos/archivos/seminarios/2013-cursos-y-jornadas/Resumenes/resumen-roldan.pdf>

Rutten bpf, Hammels c, Geschwind n y cols (2013): Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128: 3-20.

Saavedra, F.J. (2011). Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. *História, Ciências, Saúde – anguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.121-139

Sartorius N, Gulbinat W, Harrison G et al. (1996) Long-term follow-up of schizophrenia in 16 countries: a description of the International Study of Schizophrenia conducted by the World Health Organization. *Society Psychiatry Psychiatric Epidemiologic.*;31:249-58.

Schrank B y Slade M, (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 31, 321-325.

Scull A, editor. (1981). *Madhouses, Mad Doctors, and Madmen: The Social History of Psychiatry in the Victorian Era*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Shepherd G, Boardman, J y Slade M. (2008). *Making Recovery a Reality*. Sainbury Centre for Mental Health.

Silverstein SM, Bellack AS. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*; 28:1108–1124.

Slade M, Amering M, Oades L. (2008). Recovery: An international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*;17(2):128–137.

Smith-Merry, J. Freeman, R. Sturdy, S. (2011). Implementing recovery: an analysis of the key technologies in Scotland. *International Journal of Mental Health Systems*; 5: 11.

Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. New York: Academic Press.

Spaniol L, Gagne C, Koehler M. (1997). Recovery from mental illness: what it is and how to assist people in their recovery. *Continuum*; 4:3-15.

Spaniol L, Wewiorski NJ, Gagne C, Anthony WA. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*; 14:327-336.

Swarbrick M. A (2006). Wellness approach. *Psychiatric Rehabilitation Journal*; 29(4):311–314.

Swofford CD, Kasckow JW, Scheller-Gilkey G, Inderbitzin LB. (1996) Substance use: A powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1996; 20:145-51.

Taber, K.H., Redden, M. y Hurley, R.A. (2007). Functional anatomy of humor: Positive affect and chronic mental illness. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 19, 358-362.

Tait, L., Birchwood, M., Trower, P. (2003). Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery styles. *British Journal of Psychiatry*, 182, 123-128.

Torgalsboen, Anne-Kari, and Rund, Bjorn Rishovd. (2002). Lessons learned from three studies of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 312-317

Topor, Alain, Borg, Marit, Mezzina, Roberto, Sells, Dave, Marin, IzabelandDavidson, Larry (2006) 'Otros: El papel de la familia, amigos, y profesionales en el proceso de recuperación ', *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9: 1, 17-37.

Vázquez, C. y Hervás, G. (2008) Salud positiva: Del síntoma al bienestar. En C. Vazquez y G Hervás. *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Desclee de Brower; p.18-40

Vázquez, C. y Nieto, M. (2010). Rehabilitación psiquiátrica: Nuevos problemas y viejas soluciones. En A. Blanco, D. Navarro y A. Pastor (eds.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 59-75). Madrid: Síntesis.

Vera, B. Carbelo, B. y Vecina, M.L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 27(1), pp. 40-49

Wallerstein N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Recuperado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf

Werner, E.E. y Smith, R.S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Wesley E. Sowers, M.D, (2005). AACP-ROSE en Campbell-Orde, T, Chamberlin, J, Carpenter, J, Stephen H. *Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures. Vol II*. Massachusetts: HSRI

Whitehorn D, Richard JC, &Kopala LC. Hospitalization in the first year of treatment for schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2004; 49: 635-638.

World Health Organization (2007) *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes*. Commission on Social Determinants of Health. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69670/1/interim_statement_eng.pdf

Yen CF, Chen CS, Yeh ML, Yen JY, Ker JH, Yang SJ. (2002) Comparison of insight in patients with schizophrenia and bipolar disorder in remission. *Journal of Nervous and Mental Disease*; 190: 847-849.

Zubin, J., spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, Washington, v.86, n.2, p.103-126.

ANEXO I

Escala de Valoración de Recuperación (*Recovery Assessment Scale*)

Vas a leer una serie de afirmaciones que describen cómo a veces se sienten las personas consigo mismas y con su vida. Por favor, lee cada una con atención e indica la respuesta que mejor describe tu grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación. Detente en cada una de estas afirmaciones y por favor indica si estás completamente en desacuerdo (1), estás en desacuerdo (2), no estás seguro/a (3), estás de acuerdo (4) o estás completamente de acuerdo (5) con estas afirmaciones.

Escala de Valoración de Recuperación	
Completamente en desacuerdo 1	De acuerdo 4
En desacuerdo 2	Completamente de acuerdo 5
No seguro/a 3	No contesta

	1	2	3	4	5	N/S	N/C
1. Tengo el deseo de tener éxito.							
2. Tengo mi propio plan para mantenerme bien o llegar a encontrarme bien.							
3. Tengo objetivos en la vida que quiero alcanzar.							
4. Creo poder alcanzar mis actuales objetivos personales.							
5. Tengo un propósito en la vida.							
6. Incluso cuando no estoy pendiente de mí mismo/a, otras personas sí lo están.							
7. Entiendo cómo controlar los síntomas de mi enfermedad mental.							
8. Puedo manejarlo si tengo una recaída.							
9. Puedo identificar qué desencadena los síntomas de mi enfermedad mental.							
10. Puedo ayudarme a mí mismo/a para encontrarme mejor.							
11. El miedo no me impide vivir de la manera que quiero.							
12. Sé que hay servicios de salud mental que sí me ayudan.							
13. Hay cosas que puedo hacer que me ayudan a afrontar los síntomas indeseables.							
14. Puedo manejar lo que ocurre en mi vida.							
15. Me gusta como soy.							
16. Si la gente me conociera de verdad, yo le gustaría.							
17. Ahora soy mejor persona que antes de mi experiencia con la enfermedad mental.							

Escala de Valoración de Recuperación (*Recovery Assessment Scale*)

	1	2	3	4	5	N/S	N/C
18. Aunque mis síntomas pueden empeorar, sé que puedo manejarlo.							
19. Si lo sigo intentando, seguiré encontrándome mejor.							
20. Tengo una idea sobre quién quiero llegar a ser.							
21. Las cosas suceden por alguna razón.							
22. Tarde o temprano ocurrirá algo bueno							
23. Soy el/la principal responsable de mi mejoría.							
24. Estoy esperanzado/a sobre mi futuro.							
25. Sigo teniendo nuevas aficiones.							
26. Es importante divertirse.							
27. Hacer frente a los problemas de mi enfermedad mental ya no es el tema principal de mi vida.							
28. Mis síntomas interfieren cada vez menos en mi vida.							
29. Al parecer mis síntomas van siendo un problema de menor duración cada vez que ocurren.							
30. Sé cuándo pedir ayuda.							
31. Estoy dispuesto/a a pedir ayuda.							
32. Pido ayuda cuando la necesito.							
33. Ser capaz de trabajar es importante para mí.							
34. Sé qué es lo que me ayuda a mejorar.							
35. Puedo aprender de mis errores.							
36. Puedo manejar el estrés.							
37. Tengo gente con quien poder contar.							
38. Puedo identificar las señales de alerta temprana de una recaída.							
39. Incluso cuando no creo en mí mismo/a, hay otras personas que sí lo hacen.							
40. Es importante tener todo tipo de amigos.							
41. Es importante tener hábitos saludables.							

Escala de Valoración de Recuperación (*Recovery Assessment Scale*)

Nombre:	Fecha:
----------------	---------------

Resultados Escala de Valoración de Recuperación	Total	Media
• Factor 1: Confianza y Esperanza Personal (Sumar todas las preguntas: 11, 14, 15, 20, 22, 24 y 36)		
• Factor 2: Disposición para pedir Ayuda (Sumar todas las preguntas: 30, 31 y 32)		
• Factor 3: Orientado a Objetivos y Logros (Sumar todas las preguntas: 1, 2, 3, 4 y 5)		
• Factor 4: Confiar en Otras Personas (Sumar todas las preguntas: 6, 37, 39 y 40)		
• Factor 5: No Estar Dominado por Síntomas (Sumar todas las preguntas: 27, 28 y 29)		
Puntuación Escala		

Fuente: *IMD TRAINING MANUAL: USING THE ILLNESS MANAGEMENT AND RECOVERY PROGRAM IN IMDS*

Corrigan WP, Salzer M, Ralph RO, Sangster Y, Keck L. Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophr Bull.* 2004;30(4):1035-41. Traducido y adaptado por Juan Fco. Jiménez Estévez. URA. Granada.

Maquetación: Proyecto Ícaro

AACP ROSE- Recovery Oriented Services Evaluation	Strongly Disagree	Mostly Disagree	Somewhat	Mostly Agree	Strongly Agree
	0	1	2	3	4
Administration					
1. Promotion of recovery is included in organization's mission and vision					
2. Service users are well represented in organization's internal review and strategic planning processes					
3. Stakeholders are recruited and retained to participate in organizational oversight and development					
4. Consumers are compensated for participation in administrative activities (committees, CQI, etc)					
5. Agency employs persons in recovery and persons with disabilities as mentors and counselors					
6. There are significant opportunities for service users and service providers to interact outside clinical relationships					
7. Service providers are knowledgeable about recovery principles and recovery promotion					
8. Service users are enlisted to participate in training of service providers.					
9. Service users are well represented and respected in CQI processes					
10. Outcome indicators are developed with service user participation					
11. Outcome indicators are available to and make sense to service users					
Treatment					
12. There is comprehensive array of services available to meet all identified needs.					
13. All clinical services encourage the use of self-management principles					
14. Advance directives/crisis plans are encouraged and respected by the organization					
15. A process is in place to assist service users to develop advance directives					
16. A process is in place to assure review and implement advance directives during periods of incapacitation.					
17. Organization is sensitive to cultural issues and provides services that meet cultural needs					
18. Staffing patterns reflect community's ethnic/racial/linguistic profile.					
19. Treatment planning is a collaborative process between service users and providers					
20. Service users are provided adequate information about service options to make decisions regarding their service plans.					
21. Choices made by service users are respected by providers					
22. Recovery management plans are developed that emphasize individual strengths and choice					
23. Co-occurring disorders are treated at the same time and by the same clinicians					
24. A screening process is in place to assure detection of co-occurring disorders					
25. Organization meets competency standards for treating persons with co-occurring disorders					

AACP ROSE- Recovery Oriented Services Evaluation	Strongly Disagree	Mostly Disagree	Somewhat	Mostly Agree	Strongly Agree
	0	1	2	3	4
26. Organization has program to reduce or eliminate the use of coercive treatment					
27. Attempts are made to engage and empower persons on involuntary treatment status					
28. Staff has been adequately trained to de-escalate volatile situations and to avoid seclusion and restraint					
29. Debriefing occurs following all episodes of seclusion or restraint if it must be used.					
Supports					
30. Organization facilitates service user participation and leadership in advocacy and peer support efforts/organizations					
31. Organization has an active liaison with local advocacy and peer support groups					
32. Service users consistently indicate satisfaction with access to services.					
33. Family members are engaged and educated to support recovery efforts.					
34. Opportunities exist for family members to be involved in treatment planning and organizational development					
35. Family members are represented on committees and are involved in staff training					
36. Service users are encouraged and supported in pursuit of employment and vocational skills.					
37. Development of educational and employment goals are emphasized in recovery plans					
38. Individualized placement and support guides vocational activities					
39. Tolerant housing is available to those who cannot maintain sobriety or stable recovery.					
40. Service users are satisfied with housing options available.					
Organizational Culture					
41. Service users feel respected by service providers					
42. Service users feel welcome and valued					
43. Providers communicate with service users honestly and sincerely.					
44. Documentation is an open process that service users may have easy access to if desired.					
45. *Service users are informed of their rights and responsibilities.					
46. There is an equitable process through which service users and providers can resolve conflicts or disagreement					

AACP ROSE Scoring Sheet

Rater Category:

- Service User
 - Family Member of Service User
 - Service Provider – Clinician
 - Service Provider – Administrator
 - Stakeholder Advocate
 - Other _____
-

Overall _____ /184

Administration _____ /44

Treatment _____ /72

Supports _____ /44

Organizational Culture _____ /24

Key for overall score:

- ≥ 160 points Excellent
- ≥ 140 points Good
- ≥ 125 points Fair
- ≥ 110 points Needs significant improvement
- ≤ 95 points Traditional Standards

Relationships and Activities that Facilitate Recovery Survey (RAFRS)

We are interested in the relationships and activities that you feel have been helpful in your own recovery from mental illness. By recovery, we mean the way you have learned to cope with your mental illness and go forward with your life. Please answer all the questions, whether or not you consider yourself to be in recovery right now.

Please read each of the statements and circle the rating that most closely matches your opinion.

1. In the last 6 months, my community support person (case manager) has been helpful in my recovery.

No contact Yes, helped a lot Yes, helped a little No, didn't help Made things worse

2. In the last 6 months, my parents have been helpful in my recovery.

No contact Yes, helped a lot Yes, helped a little No, didn't help Made things worse

3. In the last six months, my siblings (brothers and sisters) have been helpful in my recovery.

No contact Yes, helped a lot Yes, helped a little No, didn't help Made things worse

4. In the last 6 months, my children have been helpful in my recovery.

No contact Yes, helped a lot Yes, helped a little No, didn't help Made things worse

5. In the last 6 months, my spouse or partner has been helpful in my recovery.

No contact Yes, helped a lot Yes, helped a little No, didn't help Made things worse

6. In the last 6 months, my best friend has been helpful in my recovery.

No contact Yes, helped a lot Yes, helped a little No, didn't help Made things worse

7. In the last 6 months, my pet has been helpful in my recovery.

No contact Yes, helped a lot Yes, helped a little No, didn't help Made things worse

8. In the last 6 months, staff members who work for the Mental Health Board have been helpful in my recovery.

No contact Yes, helped a lot Yes, helped a little No, didn't help Made things worse

9. If you were employed in the last 6 months, my boss or work supervisor has been helpful in my recovery.

No contact Yes, helped a lot Yes, helped a little No, didn't help Made things worse

10. In the last 6 months, attending mental health center groups has been helpful in my recovery.

No contact Yes, helped a lot Yes, helped a little No, didn't help Made things worse

11. In the last 6 months, attending training session about the Recovery Model has been helpful in my recovery.

No contact Yes, helped a lot Yes, helped a little No, didn't help Made things worse

12. In the last 6 months, attending drop-in center and other self-help activities has been helpful in my recovery.

No contact Yes, helped a lot Yes, helped a little No, didn't help Made things worse

13. In the last 6 months, going to work has been helpful in my recovery.

No contact Yes, helped a lot Yes, helped a little No, didn't help Made things worse

14. In the last 6 months, taking medication has been helpful in my recovery.

No contact Yes, helped a lot Yes, helped a little No, didn't help Made things worse

15. In the last 6 months, talking with other people who have problems like mine has been helpful in my recovery.

No contact Yes, helped a lot Yes, helped a little No, didn't help Made things worse

16. In the last 6 months, talking with people who have a psychiatric history has been helpful in my recovery.

No contact Yes, helped a lot Yes, helped a little No, didn't help Made things worse

17. In the last six months, prayer and worship services have been helpful in my recovery.

No contact Yes, helped a lot Yes, helped a little No, didn't help Made things worse

18. In the last 6 months, vigorous exercise has been helpful in my recovery.

No contact Yes, helped a lot Yes, helped a little No, didn't help Made things worse

Please indicate any other people who you think have been helpful in your recovery.

Please indicate any other activities that you think have been helpful in your recovery.