

“Dime cómo la evalúan, te diré quién es”: ¿Qué aporta la evaluación de la recuperación personal a la comprensión de la recuperación como concepto?

Magdalena Elcoro

*Lic. en Psicología (Universidad de Palermo)
Equipo de Recuperación en Comunidad (ReC), Proyecto Suma, Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental
E-mail: magdalenaelcoro@gmail.com*

Martín Agrest

*Lic. en Psicología (UBA)
Mg. en Administración de Sistemas y Servicios de Salud
Equipo de Investigación, Proyecto Suma, Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental*

Resumen

El concepto de “recuperación” es controvertido en cuanto a las dimensiones que la componen. Desde la perspectiva de los profesionales de la salud mental se emparenta con la mejoría clínica y el aumento de la funcionalidad. En cambio, desde la perspectiva de los usuarios, el componente principal tiene que ver con la esperanza y con llevar una vida que tenga sentido.

El presente trabajo analiza el concepto de recuperación a partir del estudio de las escalas en inglés y en español que buscan mensurarla. Sobre un total de 44 escalas de recuperación, fueron analizadas 19 que evalúan la recuperación a nivel personal, toman en cuenta la perspectiva de los usuarios, poseen preguntas cerradas, se encuentran publicadas, y permiten su aplicación en diversos contextos. El 84% de las escalas incluye reactivos que investigan la dimensión existencial de la recuperación (por ejemplo, la autoestima, esperanza, etc.), en tanto solo 47% de las escalas investigan la funcionalidad. La dimensión del continuo salud-enfermedad (por ejemplo, la presencia de síntomas psiquiátricos, el manejo del estrés, la disposición a consultar en servicios de salud o el estado de salud general, etc.) es abordada por el 63% de las escalas y las relaciones sociales por el 58%.

Las escalas de recuperación están organizadas de modo de indagar por una visión de la recuperación que relega la sintomatología y la funcionalidad, lo cual generaría una dificultad adicional para articular los resultados de estas escalas con otras formas de evaluación profesional de la salud mental.

Palabras clave: Recuperación - Escalas - Dimensiones de la recuperación.

“TELL ME HOW IT IS EVALUATED, AND I WILL TELL YOU WHAT IT IS”: WHAT RECOVERY EVALUATION IS ADDING TO THE UNDERSTANDING OF RECOVERY

Abstract

The concept of “recovery” is still controversial as to what its principal components/dimensions are. From the perspective of a mental health professional, recovery is related to a clinical improvement and to a higher functioning. However, from a users’ perspective, its major component is related to hope and having a meaningful life.

The present paper analyses recovery by studying English and Spanish scales designed to measure recovery. A total of 44 recovery scales were found, of which only 19 had been made public, evaluated personal recovery from a users’ perspective, used a Likert scale for all items and could be adapted to different contexts.

The existential dimension (i.e., hope, self-esteem) was addressed by 84% of scales, but only 47% of scales had items tapping on social functioning (i.e., daily life activities). A broad dimension related to general aspects of health, illness management and seeking for treatment, named as “health-sickness continuous”, was addressed by 63% of the scales. A final category of social and family relationships (including connectedness) was addressed by 58% of scales.

According to our findings, scales evaluating personal recovery are organized in terms of privileging a vision of recovery centered on hope over symptomatology or social functioning, posing a severe challenge to articulating results obtained from recovery scales, with other professional instruments used for mental health evaluation.

Key words: Recovery - Scales - Recovery dimensions.

Introducción

El concepto de recuperación puede ser comprendido como un espacio de frontera entre las teorizaciones profesionales y la comprensión experiencial de las personas con padecimiento mental. Desde la perspectiva de los profesionales, la recuperación conlleva un componente de "mejoría sintomática" y otro de "mejoría de la funcionalidad", ambos fundamentales en el camino hacia la inclusión social (1). En cambio, para las personas con padecimiento mental, a quienes llamaremos en adelante "usuarios" (en alusión a su condición activa de "usuarios de servicios de salud mental"), el componente central suele estar dado por aspectos existenciales o formas de transcurrir la vida con mayor optimismo, esperanza y sentimientos de pertenencia y aceptación por parte de la sociedad. En tanto la primera perspectiva, la de los profesionales, ha sido denominada "recuperación clínica", la segunda, la de los usuarios, ha sido denominada "recuperación personal" (2). Pero, entonces, ¿qué es la recuperación? ¿Se trata de aquello que evalúan y describen los profesionales o de aquello que privilegian y destacan los usuarios?

Para la mirada profesional, la recuperación equivale a la remisión sostenida (2) y es un concepto casi idéntico al de la rehabilitación, al que se le ha sumado un mayor énfasis a la vida en comunidad -un logro que en los últimos sesenta años la medicación psiquiátrica, los procesos de reforma de las instituciones asilares y los derechos humanos, en combinaciones variables y de modo sucesivo, han contribuido a enfatizar-. Si la recuperación estuviera dada fundamentalmente por la mejoría sintomática y de funcionalidad, podría ser realmente poco lo que aportara a la tradicional rehabilitación psiquiátrica. Los objetivos de rehabilitación, planteados en estos términos, no distarían de los objetivos de la recuperación. Según esta concepción, un profesional de la salud mental dispondría de una serie de actividades y "estaciones" por las que debería transcurrir un usuario para alcanzar el estado de recuperación; con frecuencia se lo identificará por su diagnóstico ("esquizofrénico", "bipolar", etc.); hasta tanto se recupere se le indicará que es mejor que evite lo más posible cualquier fuente de estrés (e, inclusive, que no trabaje); reciba atención permanente e ininterrumpida para su condición; por último, aunque no menos importante, que reduzca sustancialmente sus expectativas y aspiraciones (como se señala de manera crítica en el Manual de Derechos en Salud Mental (3)).

Para la mirada de los usuarios, la recuperación es la experiencia vivida de la rehabilitación (4), un proceso (más que un estado) en la cual está involucrada una modificación en las actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles en el camino hacia el desarrollo de un nuevo significado y propósito en la vida. Es una manera de poder vivir satisfactoriamente, con

esperanza y con capacidad de contribuir a la sociedad a pesar de las limitaciones causadas por la persistencia de una enfermedad mental (5,6). Según esta concepción, la actividad de los usuarios sería fundamentalmente un recorrido singular, no dominado por etiquetas ni necesariamente en constante situación de recibir ayuda, recurriendo a apoyos cuando fuese necesario y también brindando apoyos a otros cuando fuese posible, con desafíos y riesgos en una vida que valga la pena ser vivida (3,7-9).

A partir de estas distinciones, cabe señalar que el intento de medir la recuperación se ha centrado en dos estrategias principales y, por consiguiente, se ha focalizado en dos aspectos: la recuperación individual (o personal) y la disposición de los programas hacia la recuperación (10-12). En cambio, para la recuperación clínica, los instrumentos han tendido a centrarse en las mismas variables de una era anterior al concepto de recuperación (como, por ejemplo, la Positive and Negative Syndromes Scale (PANSS), Global Assessment of Functioning (GAF), World Health Organization disability assessment schedule 2.0 (WHODAS 2.0), Health of the Nation Outcomes Scale (HoNOS), etc.).

El presente trabajo se ocupa de las medidas de recuperación personal y se propone analizar las dimensiones involucradas, tal como se derivan de las escalas, con el propósito de intentar revisar el concepto de recuperación y ayudarnos a comprender los alcances y limitaciones de este concepto para nuestra cultura local.

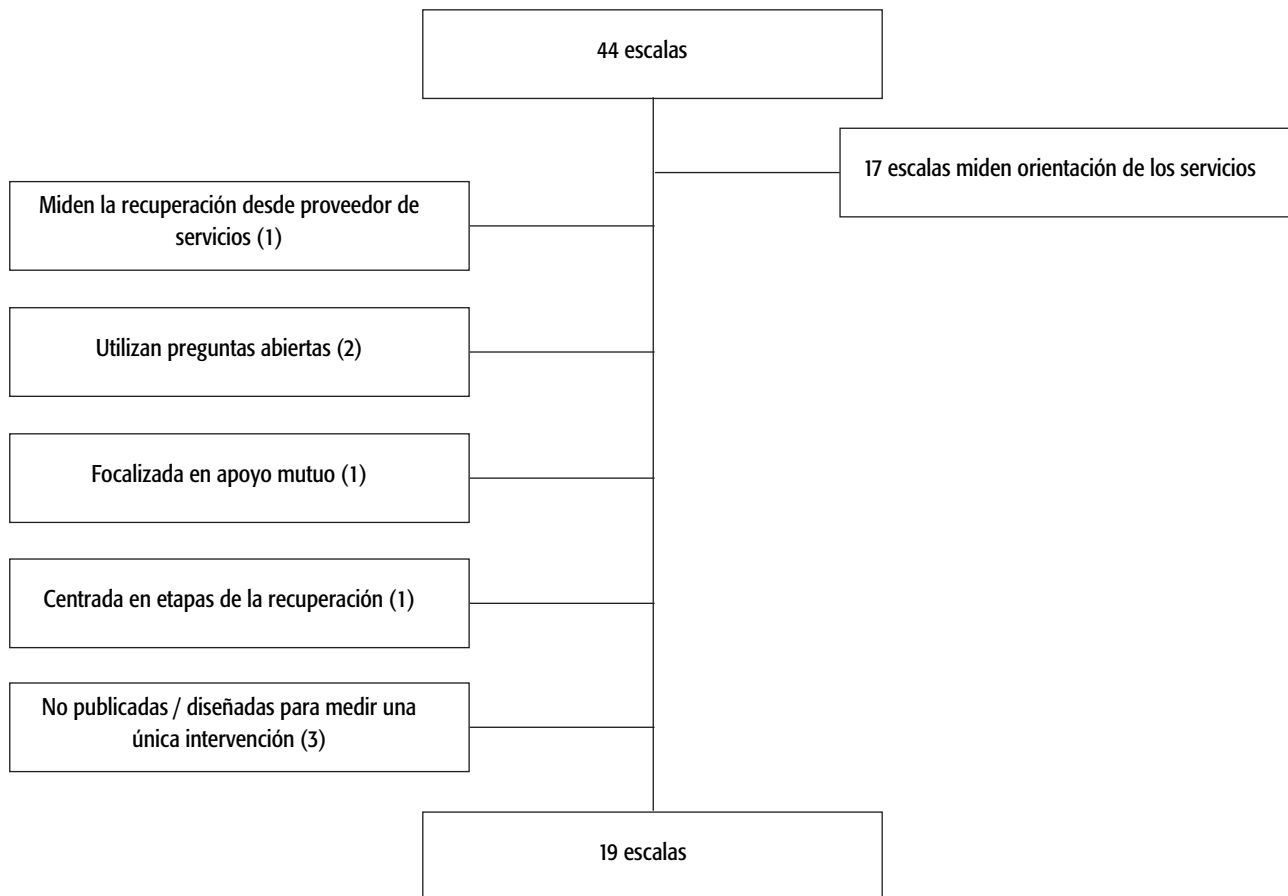
Método

Inicialmente, se procesó la información derivada de los resultados de tres trabajos que recopilaron y describieron escalas que evalúan la recuperación personal (11-13). Se complementó este enfoque con una búsqueda de los conceptos "recovery", "scale" y "mental health" en bases de datos (PubMed, PsycINFO Database, Scielo, Bireme y Lilacs), Google Scholar y Google en marzo de 2016.

Se encontraron en total 44 escalas que evalúan la recuperación personal y la orientación de los servicios hacia la recuperación. Ninguna escala original en español pudo hallarse pese a repetir la búsqueda de los mismos términos traducidos en ese idioma. Tan solo la Recovery Assessment Scale contaba con traducción al español.

Se realizó una selección de las escalas encontradas a partir de los siguientes criterios: que evalúen la recuperación a nivel personal, tomen en cuenta la perspectiva de los usuarios, posean preguntas cerradas, estuvieran publicadas, y que permitan su aplicación en diversos contextos. Se descartaron 17 escalas que evaluaban la orientación de los servicios de Salud Mental hacia la recuperación. Otras ocho fueron descartadas debido a no cumplir con alguno de los criterios de selección (Ver gráfico 1).

Gráfico 1.



El análisis final de las dimensiones se realizó en base a 19 escalas que evaluaban la recuperación personal con preguntas cerradas. Mediante el análisis del marco teórico explicitado en la construcción de cada escala y de una revisión de las preguntas que las componen, se pudieron determinar los aspectos de la recuperación que ellas se proponen investigar. Dichos aspectos fueron agrupados en categorías más amplias y estas categorías, a su vez, en dimensiones más globales (ver tabla 1). Estas dimensiones globales de la recuperación fueron nombradas como: dimensión *existencial* (incluye aspectos emocionales generales; metas personales y orientación a resultados; intelecto, conocimiento y aspectos cognitivos; identidad, autodefinición, autoestima; espi-

ritualidad; empoderamiento, autoeficacia; esperanza, fortaleza interna, bienestar general; responsabilidad y autonomía), dimensión *funcional* (en relación a condiciones ambientales, vivienda; área ocupacional, trabajo y uso del tiempo; calidad de vida, funcionalidad general), dimensión *social/relacional* (referida a las relaciones sociales e interpersonales, conectividad y apoyo social) y dimensión *continuo salud-enfermedad* (que abarca aspectos físicos y mentales en el espectro que va desde la salud hasta la enfermedad, el estado clínico psiquiátrico-psicológico, síntomas específicos de consumo problemático de sustancias, el uso de servicios de salud/salud mental, y la actitud hacia la enfermedad).

Tabla 1. Aspectos, factores y dimensiones evaluadas por las escalas de recuperación

Aspectos evaluados por las escalas	Factores	Dimensiones
Atención médica general y auto-cuidado (9) / Bienestar físico (12) / Aspecto físico (16) / Auto-cuidado (16) / Seguridad y salud (18)	Salud general	Continuo salud-enfermedad
Malestar debido a síntomas (1) / Recaídas de síntomas (1) / No dominado por síntomas (6) / Síntomas (7) / Angustia (8) / Estados de alteración (12) / Violencia auto o hetero-infligida (12) / Evaluación clínica especializada (18)	Salud Mental (estado clínico psiquiátrico y psicológico, estado específico asociado a adicciones, manejo de la enfermedad y actitud hacia el tratamiento)	
Uso de alcohol (1) / Uso de drogas (1) / Comportamientos adictivos (9) / Uso de sustancias (14)		
Planificación para la prevención de recaídas (1) / Afrontamiento de la enfermedad mental (1) / Participación en programas de auto-ayuda(1) / Medicación (1) (12) (14) / Hospitalización psiquiátrica (1) / Actitud hacia el tratamiento (4) / Actitud hacia la enfermedad (4) / Percepción de recuperación y recaídas (4) / Disposición a pedir ayuda (6) / Manejo de la salud mental (9) / Acciones tendientes a buscar ayuda (13) / Asistencia profesional (13) / Afrontamiento de síntomas mentales (14) / Satisfacción con el tratamiento(14) / Uso de servicios de salud mental (19) / Satisfacción con el programa de atención (19)		
Aprendizaje y auto-redefinición (3) / Identidad y auto-estima (9) / Identidad (10) (11) / Auto-estima, confianza y capacidad de auto-control (12) / Auto-percepciones y aceptación de sí mismo (12)	Identidad / auto-definición / auto-estima	Existencial (Espiritual - Emocional - Intelectual)
Esperanza (2) (10) (11) / Esfuerzos por alcanzar nuevas potencialidades (3) / Esfuerzos por lograr un bienestar general (3) / Intrapersonal (Existencial) (5) / Confianza en sí mismo y esperanza (6) / Esperanza o cuidado de sí (8) / Confianza y esperanza (9) / Sentimientos/ esperanza (12) / Desafíos personales (13) / Esperanza hacia el futuro (14) / Esperanza y optimismo (15) / Satisfacción con la vida (15) / Bienestar (19)	Esperanza / voluntad interna / bienestar general	
Basado en fortalezas (2) / Auto-direccionamiento y empoderamiento (2) / Descubrir y resguardar el auto-empoderamiento (3) / Agenciamiento personal (7) / Auto-eficacia (7) / Confianza y propósito (8) / Afirmación (13) / Empoderamiento (15)	Empoderamiento / auto-eficacia	
Responsabilidad (2) (10) (11) / Responsabilidades (9)	Responsabilidad y autonomía	
Avances hacia las metas personales (1) / Orientación a metas y resultados (6) / Pensamiento orientado hacia metas (7)	Metas personales y orientación a resultados	
Prácticas espirituales (2) / Sentido (10) (11) / Conciencia espiritual (12) / Espiritual (16)	Espiritualidad	
Conocimiento sobre enfermedad mental (1) (15) / Recursos básicos (7) / Cognitivo (16)	Intelecto / conocimiento	
Confort y placer (12) / Emocionalidad (16)	Aspectos emocionales generales	
Obstáculos para la funcionalidad (1) / Retorno a un funcionamiento anterior (3) / Sobreponerse al estancamiento (3) / Habilidades de la vida diaria (9) / Calidad de vida (14) (18) (19) / Actividades diarias (14) / Estado de funcionalidad (18)	Calidad de vida y funcionalidad general	Funcional
Vivienda (8)	Ambiente	
Uso del tiempo en roles estructurados (1) / Trabajo (9) / Actividad (16) / Actividades (17) / Empleo (19)	Ocupacional	
Involucración de familiares y amigos en el tratamiento en Salud Mental (1) / Contacto con personas fuera de la familia (1) / Relaciones interpersonales (5) / Confianza en otros (6) (16) / Apoyo social (7) / Conexión con otros (8) / Ayuda o cuidado de otros (8) / Relaciones (9) (17) / Redes sociales (9) / Dar y recibir ayuda en relaciones (12) / Apoyo (13) / Relaciones sociales (16) / Vida en la comunidad (19)	Relaciones interpersonales y familiares / Conexiones y apoyo social	Social / Relacional

IMR (1); MARS (2); MHRM (3); PRI (4); QPR (5); RAS (6); RMQ (7); RPI (8); RS (9); SISR (10); STORI (11); CHHS (12); PVRQ (13); CROS (14); RO (15); RMT (16); RAFRS (17); OMHOS (18); POP (19)

Resultados

Mediante un análisis de la proporción de escalas que incluían reactivos correspondientes a cada uno de estos aspectos, factores y dimensiones, pudimos apreciar que la dimensión existencial era analizada por el 84% de las escalas. En cambio, tan solo 47% incluía alguna pregunta vinculada a la funcionalidad. El heterogéneo campo denominado por nosotros como “continuo salud-enfermedad” era indagado por el 63% de las escalas. En otros términos, 7 de las 19 escalas de recuperación analizadas no incluyen entre sus reactivos ítems referidos a esta dimensión. La dimensión social y relacional es abordada por el 58% de las escalas (Ver tabla 2).

El factor de salud general y aspecto físico global comprendido dentro de la dimensión de continuo salud-enfermedad sólo es abordado por el 21% de las escalas. Casi un 70% de las escalas carece de ítems referidos a la presencia o ausencia de síntomas psiquiátrico-psicológicos. Aspectos relativamente frecuentes entre personas con trastornos mentales severos, como son las conductas adictivas, solo son indagados por el 16% de las escalas. En cambio, el manejo de la enfermedad y la actitud

hacia el tratamiento están presentes en algo menos de la mitad de los instrumentos revisados.

La calidad de vida y la funcionalidad general, las habilidades y actividades de la vida diaria, son evaluadas tan solo por un tercio de las escalas. El trabajo y el uso del tiempo en roles estructurados, aún menos, por un cuarto de los instrumentos. Aspectos habitacionales son relevados por una sola de las 19 escala analizadas.

En cambio, la esperanza (en forma aislada o combinada con el optimismo, la confianza en sí mismo y otros aspectos generales de la dimensión existencial) es evaluada por casi el 70% de las escalas. El empoderamiento y la auto-eficacia son investigados por el 30% de las escalas. La espiritualidad y la búsqueda de sentido, aún más, por un tercio de los instrumentos.

Las escalas que incluyen aspectos relacionales y de conectividad con otros, rara vez discriminan entre vínculos con la familia y con otros miembros de la comunidad. Fue complejo diferenciar entre factores de esta dimensión que, de forma agregada, está más presente en los instrumentos revisados que la pregunta por los síntomas, el manejo de la enfermedad y las actitudes hacia el tratamiento.

Tabla 2. Factores y dimensiones presentes en las escalas (N= 19)

Factores	Dimensiones	Proporciones	
Salud general	Continuo salud-enfermedad	4/19	12/19 - 63,2%
Salud Mental (estado clínico psiquiátrico y psicológico, estado específico asociado a adicciones, manejo de la enfermedad y actitud hacia el tratamiento)		11/19	
Identidad / auto-definición / auto-estima	Existencial (Espiritual - Emocional - Intelectual)	5/19	16/19 - 84,2%
Esperanza / voluntad interna / bienestar general		13/19	
Empoderamiento / auto-eficacia		6/19	
Responsabilidad y autonomía		4/19	
Metas personales y orientación a resultados		3/19	
Espiritualidad		5/19	
Intelecto / conocimiento		4/19	
Aspectos emocionales generales		2/19	
Calidad de vida y funcionalidad general	Funcional	6/19	9/19 - 47,3%
Ambiente		1/19	
Ocupacional		5/19	
Relaciones interpersonales y familiares / Conexiones y apoyo social	Social / Relacional	11/19	11/19 - 57,9%

Discusión

A través del análisis de las escalas que evalúan la recuperación personal se puede observar que la dimensión existencial predomina ampliamente por sobre las dimensiones de la funcionalidad, las relaciones sociales y sobre el continuo salud-enfermedad. Son más los instrumentos que indagan por la esperanza que las que se ocupan de cualquier aspecto específico de salud, salud mental y atención en Salud/Salud Mental.

Un análisis de los factores que componen cada dimensión también muestra que la dimensión existencial ha merecido mayor atención y que su composición distingue una mayor cantidad de factores que el resto. No es sólo que hay más escalas con ítems que corresponden a la dimensión existencial, sino que más escalas han discriminado factores que hacen a dicha dimensión.

El hecho que las escalas de recuperación personal puedan privilegiar la dimensión existencial no implica que estas otras dimensiones de la recuperación estén ausentes o que sean poco importantes. Por el contrario, también ellas exigen dedicarles grandes esfuerzos, tanto sea de parte de los profesionales como de las personas que viven con trastornos mentales severos, con el fin de morigerar los efectos nocivos de, por ejemplo, los síntomas psiquiátricos o las limitaciones en la funcionalidad. El énfasis en un aspecto no implica que la recuperación se trate únicamente de eso. Las escalas, por cierto, revisan un amplio espectro de cuestiones que, en conjunto, terminan caracterizando la recuperación como un proceso multidimensional.

Es importante señalar que estas escalas son respondidas por los usuarios y, en tal sentido, incluyen reactivos que se supone que pueden ser "adecuadamente respondidos" por éstos. Es probable que hubiera aspectos, por ejemplo, referidos a la integración de la atención en los servicios de salud que pudiera ser fundamental para la recuperación. Aunque también es probable que los usuarios pudieran tener dificultades para dar su impresión al respecto.

Ahora bien, dicho énfasis no está exento de consecuencias. A la hora de correlacionar los resultados de las escalas de recuperación con los instrumentos utilizados por los profesionales para las evaluaciones clínicas no debe sorprender que se presenten importantes diferencias (14-16) y que, por ejemplo, en el caso de las personas con esquizofrenia, su mayor correlación con aspectos clínicos se presente con síntomas depresivos (17,18). El uso de estas escalas auto-administradas tendría un bajo nivel de correlación con escalas hetero-administradas por más que todas ellas pretenderían estar evaluando el mismo fenómeno: la rehabilitación/recuperación.

A la luz del análisis de las escalas que buscan medir la recuperación personal, tampoco debe sorprender que el marco teórico más difundido para conceptualizar los componentes de la recuperación, denominado CHIME (19), destaque los siguientes cinco ingredientes: conexión con otros, esperanza y optimismo, identidad, sen-

tido en la vida y empoderamiento. Cualquier vestigio clínico brilla por su ausencia. Idéntica situación sucede con los diez componentes fundamentales de la recuperación enunciados por la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: autodirección, con múltiples caminos, global, con apoyo de pares, relacional, basado en la cultura, en consideración de los traumas experimentados, con énfasis en las fortalezas y en las responsabilidades personales, familiares y de la comunidad, respeto y esperanza (20). La Maryland Assessment of Recovery Scale (MARS), una de las escalas tomadas en cuenta en este trabajo, se basa de hecho en estos diez componentes (21).

El optimismo hacia el futuro y la creencia que es posible hacer algo para estar mejor, junto con una identidad basada en fortalezas, todas cuestiones centrales a la dimensión existencial de la recuperación que buscan capturar las escalas, sólo tendrían un parentesco lejano con los tradicionales enfoques profesionales que evalúan la recuperación como si fuera sinónimo de remisión. Podría parecer extraño, pero la recuperación -tal como es registrada por las escalas- tendría poco que ver con el juicio clínico de los profesionales. Un estudio de Van Eck y colaboradores mostró que en las personas con esquizofrenia era baja la correlación entre síntomas positivos y auto-percepción de recuperación (18). En este punto, la recuperación y la rehabilitación enseñarían su máxima distancia, y podría comprenderse qué significa que algunos servicios de rehabilitación no estén guiados por la recuperación -pero que otros sí lo estén (22).

La capacidad de sobreponerse al estigma y las estrategias de afrontamiento a esta dinámica social ocupan un lugar llamativamente marginal dentro de las escalas. Si bien parte de este fenómeno estaría siendo capturado en reactivos que tienen que ver con la identidad y la autoestima, dos cuestiones íntimamente relacionadas con el estigma internalizado, son escasas las escalas que se ocupan explícitamente de ello. A pesar de las referencias existentes que conectan el estigma y las dimensiones existenciales de la recuperación (23), las escalas que evalúan la recuperación no permitirían dar cuenta adecuadamente de esta asociación.

Por otra parte, un aspecto central a considerar es que el origen más reciente del concepto de recuperación y las narrativas que le han dado forma a este constructo provienen de países de altos ingresos y de una cultura anglosajona. En estos contextos, la pobreza, la falta de oportunidades laborales, el rol de la familia, el auto-control, el éxito, la orientación a resultados, la eficacia personal y el sentido de la espiritualidad, podrían tener sentidos por completo diferentes a otras culturas como las que predominan en América Latina. ¿Cómo se valoraría la «conexión con otros», un aspecto destacado de la recuperación, a la luz de no tener dónde dormir? ¿Qué importancia tendría «querer triunfar» sin tener algo para comer? ¿Inciden de formas similares una «espiritualidad» solidaria con los valores del trabajo

individual y del protestantismo que otra ligada al evangelismo o al cristianismo? ¿Entienden lo mismo estas culturas cuando hablan del «apoyo familiar»? En este sentido, las dimensiones involucradas en la recuperación podrían tener algunas características diferenciales en culturas latinas, cuestión que los instrumentos revisados estarían lejos de poder capturar.

Conclusiones

A partir del análisis de las escalas que evalúan la recuperación personal es posible señalar que el énfasis de los instrumentos en los aspectos existenciales de la recuperación pone de manifiesto un claro privilegio de cuestiones que suelen ser poco tenidas en cuenta por los profesionales. La esperanza y la autoestima son datos que rara vez se registran en las historias clínicas, muchas veces se delega (o relega) a un enfoque de la Psicología Positiva, y casi siempre se subestima en el impacto que

provoca o las implicancias que tienen en la auto-percepción de la recuperación. Las escalas revisadas, en cambio, enseñan que, al menos desde la perspectiva de la construcción de los instrumentos que evalúan recuperación personal, este aspecto sería central en los procesos de recuperación.

Las escalas de recuperación centradas en la perspectiva de los usuarios registran el privilegio de aspectos que muchas veces postergamos quienes tenemos una visión clínica de los padecimientos mentales. Si nos guiamos por estas escalas, la recuperación trata mucho más acerca de la esperanza que de los síntomas o de la funcionalidad, y puede alejarse considerablemente de los diseños de rehabilitación que solemos elaborar los profesionales de la salud mental. Sin embargo, está pendiente definir el modo en que ambas perspectivas pueden articularse y el modo en que los instrumentos que evalúan la recuperación puedan contemplar las particularidades culturales no anglosajonas. ■

Referencias bibliográficas

- Frese FJ, Knight EL, Saks E (2009). Recovery from schizophrenia: With views of psychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder. *Schizophr Bull*;35(2):370–80.
- Slade M, Amering M, Oades L (2008). Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psychiatr Soc*;17(2):128–37.
- Locos por nuestros derechos. Manual de derechos en Salud Mental [Internet]. Escuela de Salud Pública, editor. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2015 [Internet, consultado el 14 de Abril de 2017]. Disponible en: <https://primeravocal.org/wp-content/uploads/2015/09/Manual-de-Derechos-en-Salud-mental.pdf>
- Deegan PE (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J*;11(4):11–19.
- Anthony WA (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J* [Internet].;16(4):11–23. Disponible en: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/h0095655>
- Ralph RO, Corrigan PW (2005). Recovery in mental illness : broadening our understanding of wellness [Internet]. American Psychological Association; [Internet, consultado el 13 de Abril de 2017]. 282 p. Disponible en: <http://www.apa.org/pubs/books/4316038.aspx>
- Agrest M (2016). Narrativas en primera persona: ¿qué es lo nuevo para un profesional de la salud mental? *VERTEX Rev Arg Psiquiat*;27(128):274–9.
- Basz E (2014). La dignidad del riesgo como antídoto al estigma [Internet]. Disponible en: <https://www.linkedin.com/pulse/20140703134507-15416747-la-dignidad-del-riesgo-como-antidoto-al-estigma>
- Agrest M, Druetta (2011). El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios. *VERTEX Rev Arg Psiquiat*.;22(95):56–64.
- Williams J, Leamy M, Bird V, Harding C, Larsen J, Le Boutillier C, et al (2012). Measures of the recovery orientation of mental health services: Systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.;47(11):1827–35.
- Shanks V, Williams J, Leamy M, Bird VJ, Le Boutillier C, Slade M (2013). Measures of Personal Recovery: A Systematic Review. *Psychiatr Serv*.;64(10):974–80.
- Burgess P, Pirkis J, Coombs T, Rosen A (2010). Review of recovery measures. *Aust Ment Heal Outcomes Classif Netw*; (February):1–78.
- Khanam D, McDonald K, Neils CW (2013). Measuring Recovery : A Toolkit for Mental Health Providers in New York City. [Internet] Disponible en: <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/mh/measuring-recovery-toolkit.pdf>
- Andresen R, Caputi P, Oades LG (2010). Do clinical outcome measures assess consumer-defined recovery? *Psychiatry Res* [Internet] ;177(3):309–17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.02.013>
- Macpherson R, Pesola F, Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, et al (2016). The relationship between clinical and recovery dimensions of outcome in mental health. *Schizophr Res* [Internet].;175(1–3):142–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2015.10.031>
- Killaspy H, White S, Taylor TL, King M (2012). Psychometric properties of the Mental Health Recovery Star. *Br J Psychiatry* [Internet, consultado el 7 de Julio de 2017].;201(1):65–70. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22753854>
- Resnick SG, Rosenheck R, Lehman AF (2004). An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatr Serv* [Internet].;55(5):540–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15128962>

18. Van Eck RM, Burger TJ, Vellinga A, Schirmbeck F, de Haan L (2017). The Relationship Between Clinical and Personal Recovery in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull*, doi: 10.1093/schbul/sbx088
19. Slade M, Leamy M, Bacon F, Janosik M, Le Boutillier C, Williams J, et al (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet];21(21):353–64. Disponible en: http://journals.cambridge.org/EPS%5Cnhttp://journals.cambridge.org/abstract_S2045796012000133
20. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). SAMHSA's working definition of recovery (2012). [Internet, consultado el 1 de Julio de 2017]. Disponible en: <https://store.samhsa.gov/shin/content/PEP12-RECDEF/PEP12-RECDEF.pdf>
21. Drapalski AL, Medoff D, Unick GJ, Velligan DI, Dixon LB, Bellack AS (2012). Assessing recovery of people with serious mental illness: development of a new scale. *Psychiatr Serv* [Internet]. Jan;63(1):48–53. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22227759>
22. Australian Health Ministers' Advisory Council (2013). A national framework for recovery-oriented mental health services [Internet]. Canberra: Commonwealth of Australia; [Internet, consultado el 7 de Julio de 2017]. Disponible en: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/67D17065514CF8E8CA257C1D00017A90/\\$File/recovgde.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/67D17065514CF8E8CA257C1D00017A90/$File/recovgde.pdf)
23. Livingston JD, Boyd JE (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* [Internet, consultado el 1 de Julio de 2017];71(12):2150–61. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953610006945>