

Factores clave de la recuperación* en trastornos psicóticos

Leticia García-Álvarez^{1,2}
Serafín Lemos-Giráldez^{1,2}
Guillermo Vallejo-Seco¹
Nuria Ordóñez-Cambor¹
Mercedes Paino^{1,2}
Patricia Burón-Fernández^{1,2}
Óscar Vallina-Fernández³
Purificación Fernández-Iglesias³
Jessica Solares-Vázquez⁴

¹ *Universidad de Oviedo*

² *Centro de Investigación Biomédica en Red
de Salud Mental (CIBERSAM, G05)*

³ *Hospital Sierrallana, Torrelavega*

⁴ *Servicio de Salud Mental, Asturias*

Introducción: La recuperación en psicosis puede ser considerada como un proceso que implica el manejo de la propia enfermedad, es decir, el desarrollo de habilidades de afrontamiento, el conocimiento de la enfermedad y la búsqueda de un estilo de vida saludable. El objetivo de esta investigación es someter a estudio qué clase de factores son importantes en la recuperación personal en una muestra de pacientes españoles con diagnóstico de psicosis. Metodología: La muestra estuvo formada por 95 pacientes (varones 70,5%) que habían presentado al menos un episodio psicótico. Resultados: El nivel más bajo de la recuperación correlaciona significativamente con más experiencias psicóticas subjetivas, más estigma, más impacto funcional de la enfermedad y más síntomas. Además, se observan diferencias estadísticamente

* *Agradecimientos:* los autores expresan su agradecimiento al Ministerio de Ciencia e Innovación (PSI2008-06220, PSI2011-23818) por el apoyo en la realización de este estudio.

Correspondencia: Leticia García-Álvarez. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM. Área de Psiquiatría – Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo. C/ Julián Clavería, 6 - 33006 Oviedo. Correo electrónico: lettiti@gmail.com

significativas en función del estadio de recuperación en todas las variables, excepto en los síntomas positivos y en el malestar. Conclusiones: la recuperación personal, supone una mejora en la sintomatología, pero también incluye otros factores como la disminución en el nivel estigma internalizado.

Palabras clave: recuperación, recuperación personal, factores de la recuperación, psicosis, estigma.

Key factors of recovery in psychotic disorders

Introduction: The research about recovery in psychosis could be considered as a process that involves the illness management. It means, the development of coping skills, the disorder knowledge and a healthy lifestyle. The objective of this research is to study what factors are important in personal recovery in a sample of Spanish patients with psychosis. Methods: The sample consisted of 95 patients (males 70,5%) who had at least one psychotic episode. Results: The lowest level of recovery correlated significantly with more subjective psychotic experiences, stigma, functional impact of illness and symptoms. Furthermore, the results show significant differences depending on the stage of recovery in all variables except for the positive symptoms and discomfort. Conclusions: personal recovery, involves an improvement in symptomatology, but also other factors such as stigma decrease.

Keywords: Recovery, personal recovery, recovery factors, psychosis, stigma.

Introducción

La investigación acerca de la recuperación en psicosis es relativamente nueva y ha surgido, en parte, en función de la operacionalización del concepto. Podrían considerarse dos tipos de recuperación, como resultado y como proceso. Como resultado supone la eliminación o reducción de síntomas y ausencia de hospitalizaciones psiquiátricas, así como el alcance de niveles específicos de funcionamiento. Como proceso (Anthony, 1993; Sullivan, 1994) va más allá de la ausencia de síntomas o el alta hospitalaria (Ciudad et al., 2011), y alude más bien a la recuperación psicológica del trauma de la enfermedad, es decir, al establecimiento de una vida plena y con significado, así como a un sentimiento positivo de identidad basado en la esperanza y la auto-determinación (Andresen, Oades y Caputi, 2003). Por tanto, no representa el punto final de la curación (Jacobson y Curtis, 2000), no es un constructo estático, sino que puede llevar más o menos tiempo en función del individuo. La recuperación personal es, además, un factor clave para estimar la verdadera eficacia de cualquier programa de intervención, y se está incorporando como un procedimiento novedoso de medición del cambio clínico (Sklar, Groessl, O'Connell, Davidson y Aarons, 2013). Ciertas características parecen comunes a los individuos recuperados, como la esperanza, espiritualidad, autogestión de la enfermedad, auto-identidad, conexión con otras personas, el planteamiento de

objetivos vitales, manejo de los síntomas, el estigma, el significado, etc. (Andresen *et al.*, 2003; Bellack, 2006; Schrank y Slade, 2007). Puesto que en la actualidad se tiene más evidencia de períodos de recuperación en algunos de los pacientes con trastornos psicóticos, la investigación necesita tener más conocimientos sobre los factores más influyentes, aparte de la rutina de tratamiento y las intervenciones tempranas. Esto incluye más evidencia sobre los factores que pueden facilitar la recuperación y los que contribuyen a las recaídas (Harrow y Jobe, 2005). El estigma social es uno de los factores que influyen en las recaídas (Shean, 2010). Los estigmas de la enfermedad mental, tanto por parte de la población general como de los propios trabajadores de los servicios de salud, han sido considerados como una de las barreras más significativas para la recuperación (Hocking, 2003). El auto-estigma implica que las personas no solo son conscientes de los estereotipos públicos negativos (Angermeyer y Matschinger, 2004), sino que están de acuerdo con ellos. Las consecuencias de este tipo de actitudes son: baja calidad de vida y lenta, y a menudo incompleta, re-socialización (Filipic *et al.*, 2003), discriminación en todos los ámbitos, e incremento de la desesperanza (Hocking, 2003). Contrariamente a las hipótesis que predicen que los síntomas depresivos en la fase postpsicótica tienen implicaciones favorables en el pronóstico y recuperación psicosocial de pacientes con esquizofrenia, hay datos que sugieren que su existencia se asocia con un peor resultado, complicaciones en la adaptación psicosocial y mayor riesgo autolítico (Caldwell y Gottesman, 1990; Koreen *et al.*, 1993). La evaluación de los síntomas positivos es importante pues permite predecir recaídas y rehospitalizaciones; sin embargo, no predice adecuadamente el funcionamiento adaptativo (Green, 1996). Finalmente, los síntomas negativos suelen persistir, afectando a la capacidad del individuo para relacionarse y vivir de forma independiente (Pogue-Geile, 1989), mostrando un fuerte valor predictivo para el curso de la enfermedad (Elis, Caponigro y Kring, 2013). Por otro lado, las alteraciones cognitivas suelen estar presentes antes de la aparición del trastorno y tienen un importante valor predictivo del funcionamiento, ya que son esenciales para el funcionamiento psicosocial y para poder vivir de forma autónoma (Green, Kern y Heaton, 2004). El funcionamiento social y ocupacional tiene valor pronóstico pues los enfermos mentales graves con peores habilidades sociales y ocupacionales tienden a tener más recaídas y peores resultados (Penn, Sanna y Roberts, 2008). Además de estos factores, existen otros muchos que se han relacionado con la recuperación (Albert *et al.*, 2011; Harris *et al.*, 2005; Jepsen *et al.*, 2008), como la DUP (duración de la psicosis sin tratar), el ajuste premórbido, el apoyo social o los antecedentes psiquiátricos. El objetivo es someter a estudio qué factores son importantes en la recuperación personal en una muestra de pacientes españoles con diagnóstico de psicosis. En particular, examinar la relación entre los juicios subjetivos de la recuperación y diferentes medidas. A pesar de que existe extensa literatura sobre la recuperación de trastornos psicóticos y los factores que intervienen en ella, este estudio es novedoso en la medida

en que las investigaciones previas suelen centrarse en la recuperación como resultado, y no en la recuperación como proceso, es decir, desde la perspectiva del propio paciente. La investigación reciente subraya la naturaleza subjetiva e idiosincrásica de la recuperación y la importancia de su estudio.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 95 pacientes, 67 varones (70,5%), que habían presentado al menos un episodio psicótico del espectro esquizofrénico (esquizofrenia paranoide 53,7%, trastorno psicótico breve 9,5%, trastorno de ideas delirantes 6,3%, trastorno esquizoaectivo 3,2%, trastorno esquizofreniforme 3,2% etc.).

Criterios de inclusión:

1. Diagnóstico de esquizofrenia u trastorno psicótico (F20-F29), según criterios DSM-IV, en seguimiento ambulatorio.
2. Edad mayor a 18 años.
3. Consentimiento informado firmado.

Criterios de exclusión:

1. No consentimiento a participar.
2. Daño orgánico-cerebral.
3. Dependencia de drogas.

Los pacientes pertenecían a 5 Centros de Salud Mental del norte de España (Asturias y Cantabria); 87 (91,6%) españoles y 8 (7,4%) inmigrantes con dominio de la lengua española. La edad media fue de 34,74 años (DT=9,25), oscilando el rango de edad entre los 14 y los 52 años.

Instrumentos

– Cuestionario de Estadios de recuperación (*Stages of Recovery Instrument, STORI*) (Andresen, Caputi y Oades, 2006; Andresen *et al.*, 2003). Escala de autoinforme con 50 ítems presentados en 10 grupos. La puntuación de cada grupo representa uno de los cuatro componentes del proceso de recuperación: esperanza, identidad, significado y responsabilidad. El formato de respuesta es tipo *likert* y evalúa 5 estadios del proceso de recuperación (moratoria, conciencia, preparación, reconstrucción y crecimiento). Sin embargo, parece que la versión más adecuada

es la de tres estadios (Lemos-Giráldez *et al.*, 2014; Weeks, Slade y Hayward, 2010). Este instrumento ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas (Andresen *et al.*, 2006; Weeks *et al.*, 2010). Cuestionario de Estilos de Recuperación (*Recovery Styles Questionnaire, RSQ*) (Drayton, Birchwood y Trower, 1998). Escala de autoinforme de 39 ítems desarrollada para medir el estilo de recuperación en personas con psicosis. Basado en la entrevista de McGlashan, Levy y Carpenter (1975), *Integration/Sealing Over Scale* (ISOS). Puntuaciones más altas indican tendencia hacia la “integración”. Muestra adecuadas propiedades psicométricas y es fiable. Además, correlaciona fuertemente con el ISOS ($r = 0,92$, $p = 0,001$) (Drayton *et al.*, 1998).

– Escala de Experiencias Subjetivas Frankfurt-Pamplona (EES) (Cuesta, Peralta y Irigoyen, 1995). Escala de autoinforme de 18 ítems que evalúan el déficit cognitivo, con especial relevancia en el área de las quejas subjetivas de deficiencias cognitivas y atencionales. El formato de respuesta es tipo *likert* (0 “nunca”, 4 “casi siempre”). Muestra adecuadas propiedades psicométricas.

– Escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental (ISMI) (Muñoz, Pérez Santos, Crespo y Guillén, 2009; Ritsher, Otilingam y Grajales, 2003). Escala de autoinforme de 29 ítems que evalúa la experiencia subjetiva de estigma por aquellos que padecen una enfermedad mental. Presenta un formato *likert* de 4 puntos y consta de 5 subescalas: Alienación, Aprobación del estereotipo, Experiencia discriminatoria, Aislamiento social y Resistencia al estigma. A mayor puntuación, mayor valor del factor para la persona, excepto en la subescala “resistencia al estigma”. Los resultados muestran que el ISMI tiene unas adecuadas propiedades psicométricas (Ritsher *et al.*, 2003).

– Escala de Impacto de la Enfermedad (IIS) (Klimidis, Minas y Yamamoto, 2001). Escala de autoinforme unidimensional compuesta por 9 ítems con formato de respuesta tipo *Likert*. Mide el grado de restricción del funcionamiento psicossocial en personas con una enfermedad (mental o física). Los resultados indican que la IIS presenta alta consistencia interna y fiabilidad.

– *Community Assessment Psychic Experiences-42* (CAPE-42) (Hanssen *et al.*, 2003; Konings, Bak, Hanssen, van Os y Krabbendam, 2006; Ros-Morente, Vilagrà-Ruiz, Rodríguez-Hansen, Wigman y Barrantes-Vidal, 2011). Escala autoinformada que evalúa la frecuencia y el malestar asociados con las experiencias psicóticas. Se compone de 42 ítems y evalúa 3 dimensiones (Positiva, Negativa y Depresiva). La validez y fiabilidad ha sido comprobada en muestras amplias y representativas (Konings *et al.*, 2006).

Procedimiento

Todos los pacientes, clínicamente estables, han sido evaluados individualmente por tres psicólogos y una psiquiatra expertos. Las evaluaciones se fragmentaron de acuerdo a las necesidades de los pacientes con el fin de evitar el cansancio,

realizándose en dos o más sesiones. La investigación fue aprobada por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Central de Asturias.

Análisis de datos

Se emplearon los programas SPSS 15.0 y SAS. En cuanto al estigma, se han calculado los estadísticos a nivel global y en cada una de las subescalas. Estos datos no reflejan la puntuación directa obtenida en el cuestionario, sino que es el resultado de la división de la puntuación total entre el número de ítems que componen cada subescala. El estilo de recuperación se consideró como variable dicotómica (2= integración vs. 1= encerramiento). En cuanto a los análisis univariados, para el estudio de diferencias en frecuencias y porcentajes en las variables no continuas, se utilizó la prueba Chi-cuadrado, mientras que para el análisis de las diferencias de medias cuando las variables eran continuas se procedió mediante la prueba de *t* de Student para muestras independientes. Finalmente, para el análisis de las diferencias de medias cuando había más de dos niveles en la variable independiente se pensó en realizar mediante el modelo lineal general un ANOVA. En la comprobación previa de los supuestos, se observó que ciertas variables no los cumplían, en parte debido al hecho de que el número de personas que componen cada uno de los niveles es bastante desigual (*cluster* 1= 17, *cluster* 2 = 33 y *cluster* 3 = 45). Para solucionar este problema se optó por emplear la prueba Brown-Forsythe modificada, mediante el programa SAS. Esta prueba es robusta frente a la violación de los supuestos (Vallejo y Ato, 2006). Además, se calcularon las correlaciones de Pearson entre varias escalas y subescalas. El nivel de confianza fue del 95%.

Resultados

Los valores obtenidos en cada una de las variables utilizadas en el estudio, se presentan en la tabla 1 de la página siguiente.

1. Correlaciones entre los estadios de recuperación (STORI) y los estilos (RSQ) con otras variables

Los resultados muestran cómo el nivel más bajo de la recuperación, estadio 1 en la versión inicial del instrumento (5 estadios) o *cluster* 1 en la versión de 3 *clusters* (Lemos-Giráldez *et al.*, 2014), correlacionan significativamente con más experiencias psicóticas subjetivas, más estigma, más impacto funcional de la enfermedad y más síntomas o malestar provocado por estos. Contrariamente, el estadio de recuperación más alto (estadio 5 o *cluster* 3) correlaciona significativamente

con menos experiencias psicóticas subjetivas, menos estigma, menor impacto funcional de su enfermedad y menos síntomas y malestar causado por los síntomas negativos y depresivos. Sin embargo, no se ha encontrado relación significativa con los síntomas positivos, ni con el malestar causado por estos. Por otro lado, la relación entre el estilo de recuperación y esas variables solo resulta significativa con el estigma. Además, se observa relación positiva significativa entre las quejas subjetivas de deficiencias cognitivas, el estigma y el impacto funcional de la enfermedad.

TABLA I. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES.

| <i>Variable</i> | <i>N</i> | <i>Rango</i> | <i>Media</i> | <i>Desv. Típ.</i> |
|-----------------------------|----------|--------------|--------------|-------------------|
| DUP (en semanas) | 90 | 0,14-417,14 | 40,54 | 72,05 |
| Nº hospitalizaciones | 90 | 0-9 | 1,48 | 1,72 |
| Edad primer brote | 90 | 9-45 | 25,03 | 7,21 |
| Nº brotes | 95 | 1-6 | 2,67 | 1,79 |
| RSQ | 95 | 50-73 | 61,96 | 5,00 |
| EES | 95 | 0-63 | 13,16 | 12,68 |
| ISMI | 95 | 36-109 | 61,14 | 13,82 |
| IIS | 95 | 0-27 | 7,53 | 6,22 |
| CAPE Positivos | 95 | 1-3,10 | 1,49 | 0,46 |
| CAPE Negativos | 95 | 1-3,43 | 1,94 | 0,59 |
| CAPE Depresivos | 95 | 1-4 | 1,93 | 0,63 |
| CAPE Positivos Malestar | 95 | 0-2,95 | 0,76 | 0,62 |
| CAPE Negativos Malestar | 95 | 0-3,71 | 1,32 | 0,85 |
| CAPE Depresivos Malestar | 95 | 0-4 | 1,50 | 0,92 |
| Estadio 1.Moratoria | 95 | 0-47 | 16,87 | 12,57 |
| Estadio 2.Conciencia | 95 | 3-50 | 29,88 | 10,92 |
| Estadio 3.Preparación | 95 | 4-50 | 30,44 | 11,51 |
| Estadio 4.Reconstrucción | 95 | 0-50 | 34,52 | 10,27 |
| Estadio 5.Crecimiento | 95 | 0-50 | 33,14 | 11,87 |
| Cluster 1 | 95 | 0-4,7 | 1,69 | 1,26 |
| Cluster 2 | 95 | 0,42-4,88 | 3,18 | 1,03 |
| Cluster 3 | 95 | 0-5 | 3,32 | 1,23 |
| Estigma (ISMI total) | 95 | 1,24-3,76 | 2,11 | 0,48 |
| Alienación | 95 | 1-4 | 2,35 | 0,67 |
| Aprobación del estereotipo | 95 | 1-3,57 | 1,82 | 0,56 |
| Experiencia discriminatoria | 95 | 1-3,80 | 2,10 | 0,65 |
| Aislamiento social | 95 | 1-3,83 | 2,11 | 0,68 |
| Resistencia al estigma | 95 | 1-4 | 2,24 | 0,58 |

Tabla 2. CORRELACIONES ENTRE LOS ESTADIOS DE RECUPERACIÓN (STORI) Y LOS ESTILOS (RSQ) CON OTRAS VARIABLES.

| | EES | ISM1 | IIS | Síntomas positivos | Malestar dimensión positiva | Síntomas negativos | Malestar dimensión negativa | Síntomas depresivos | Malestar dimensión depresiva |
|----------|---------|---------|---------|--------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|---------------------|------------------------------|
| Estadio1 | 0,54** | 0,79** | 0,49** | 0,24* | 0,25* | 0,45** | 0,47** | 0,44** | 0,44** |
| Estadio2 | 0,12 | -0,12 | 0,02 | -0,00 | -0,12 | -0,15 | -0,13 | -0,14 | -0,12 |
| Estadio3 | -0,01 | -0,29** | -0,11 | -0,05 | -0,15 | -0,33** | -0,24* | -0,26* | -0,18 |
| Estadio4 | -0,13 | -0,45** | -0,34** | 0,00 | -0,08 | -0,37** | -0,32** | -0,32** | -0,25* |
| Estadio5 | -0,34** | -0,59** | -0,49** | -0,10 | -0,17 | -0,43** | -0,39** | -0,42** | -0,34** |
| Cluster1 | 0,54** | 0,79** | 0,49** | 0,24* | 0,25* | 0,45** | 0,47** | 0,44** | 0,44** |
| Cluster2 | -0,002 | -0,33** | -0,17 | -0,01 | -0,12 | -0,31** | -0,25* | -0,25* | -0,18 |
| Cluster3 | -0,44** | -0,56** | -0,51** | -0,16 | -0,19 | -0,41** | -0,39** | -0,47** | -0,39** |
| RSQ | -0,00 | -0,21* | -0,13 | 0,07 | 0,03 | -0,08 | -0,07 | -0,02 | -0,02 |
| EES | | 0,51** | 0,40** | 0,52** | 0,52** | 0,52** | 0,52** | 0,58** | 0,52** |
| ISM1 | | | 0,46** | 0,27** | 0,31** | 0,46** | 0,44** | 0,41** | 0,40** |
| IIS | | | | 0,25* | 0,23* | 0,40** | 0,45** | 0,36** | 0,36** |

ES: escala de experiencias subjetivas; IIS: escala de impacto de la enfermedad; ISM1: escala de estigma internalizado; RSQ: cuestionario de estilos de recuperación
 ** $p<0,01$ * $p<0,05$

2. Diferencias en función del estadio de recuperación (3 clusters)

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en función del estadio de recuperación en todas las variables, excepto en los síntomas positivos y en el malestar causado por estos. Además, se muestran los niveles entre los cuales se observan esas diferencias; las mayores se observan entre los estadios 1 y 3 en todas las variables, excepto en las experiencias subjetivas y en el estilo de recuperación.

TABLA 3. PRUEBA BROWN-FORSYTHE MODIFICADA.

| Grupo | Estadios recuperación | Grados de libertad | Grados de libertad | F | P |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-------|-------|
| RSQ | Total | 1,99 | 64,01 | 9,96 | 0,000 |
| | 1 y 2 | 1 | 29,49 | 18,49 | 0,000 |
| | 2 y 3 | 1 | 74,39 | 10,36 | 0,004 |
| | 1 y 3 | 1 | 30,50 | 3,29 | 0,08 |
| EES | Total | 1,69 | 33,86 | 7,74 | 0,003 |
| | 2 y 3 | 1 | 49,32 | 17,62 | 0,000 |
| | 1 y 3 | 1 | 18,30 | 8,32 | 0,019 |
| | 1 y 2 | 1 | 24,43 | 0,27 | 0,60 |
| ISMI | Total | 1,99 | 64,44 | 21,48 | 0,000 |
| | 1 y 3 | 1 | 29,74 | 41,02 | 0,000 |
| | 1 y 2 | 1 | 30,82 | 25,31 | 0,000 |
| | 2 y 3 | 1 | 72,32 | 2,65 | 0,11 |
| IIS | Total | 1,81 | 39,64 | 9,86 | 0,000 |
| | 1 y 3 | 1 | 21,02 | 15,95 | 0,002 |
| | 1 y 2 | 1 | 24,47 | 6,65 | 0,03 |
| | 2 y 3 | 1 | 64,48 | 4,75 | 0,03 |
| CAPE Positivos | Total | 1,96 | 53,18 | 1,48 | 0,24 |
| CAPE Positivos Malestar | Total | 1,97 | 55,79 | 1,88 | 0,16 |
| CAPE Negativos | Total | 1,99 | 61,73 | 8,16 | 0,001 |
| | 1 y 3 | 1 | 26,27 | 16,21 | 0,001 |
| | 1 y 2 | 1 | 33,86 | 10,56 | 0,005 |
| | 2 y 3 | 1 | 62,31 | 0,32 | 0,57 |
| CAPE Negativos Malestar | Total | 1,97 | 58,52 | 9,45 | 0,000 |
| | 1 y 3 | 1 | 23,78 | 20,49 | 0,000 |
| | 1 y 2 | 1 | 35,49 | 9,02 | 0,01 |
| | 2 y 3 | 1 | 54,41 | 1,63 | 0,21 |
| CAPE Depresivos | Total | 1,97 | 55,33 | 10,53 | 0,000 |
| | 1 y 3 | 1 | 26,06 | 19,20 | 0,000 |
| | 1 y 2 | 1 | 28,48 | 9,01 | 0,011 |
| | 2 y 3 | 1 | 70,19 | 3,15 | 0,08 |
| CAPE Depresivos Malestar | Total | 1,98 | 72,38 | 10,56 | 0,000 |
| | 1 y 3 | 1 | 32,20 | 22,10 | 0,000 |
| | 1 y 2 | 1 | 35,57 | 7,61 | 0,02 |
| | 2 y 3 | 1 | 69,58 | 4,3 | 0,04 |

Discusión

La media de las puntuaciones en cada uno de los estadios de recuperación sugiere, al igual que los estudios previos (Andresen *et al.*, 2006; Weeks *et al.*, 2010), que la mayor parte de los participantes se encuentran en estadios más avanzados de la recuperación (Reconstrucción y Crecimiento). Por otro lado, el nivel más bajo de la recuperación se relaciona significativamente con más estigma. Varios estudios previos han planteado que el estigma es la influencia más negativa que se produce en la vida de las personas con trastornos mentales, interfiriendo en su pronóstico (Heginbothan, 1998; Littlewood, 1998) y llegando incluso a producir una barrera real para la recuperación (Hocking, 2003; Wahl, 1999) y para la búsqueda preventiva de ayuda, ya que las personas tratan de evitar la etiqueta de enfermedad mental (Corrigan, 2004). La internacionalización del estigma provoca reacciones emocionales negativas, como la disminución de la autoestima o autoeficacia (Corrigan y Watson, 2006). Asimismo, con el tiempo puede hacer que los pacientes pierdan su motivación para perseguir objetivos vitales (Corrigan, Larson y Rusch, 2009). Los datos encontrados en este trabajo son compatibles con un estudio en el que se observa la correlación entre la *Recovery Assessment Scale (RAS)* (Corrigan, Giffort, Rashid, Leary y Okeke, 1999) y el ISMI. Estos autores observan una correlación negativa entre ambas pruebas, a más nivel de estigma en el ISMI, menor nivel de recuperación evaluado con la RAS ($r=-0,49$, $P<0,01$) (Ritsher *et al.*, 2003). Los niveles altos de estigma internalizado son un factor de riesgo para un curso prolongado de la enfermedad, por lo que las intervenciones que lo disminuyen pueden acelerar el proceso de recuperación (Ritsher *et al.*, 2003). Sin embargo, habría otras posibles interpretaciones a la relación observada, ya que una menor recuperación también podría producir un mayor nivel de estigma, o incluso, podría haber terceras variables explicativas de la relación observada. En un estudio realizado en 2012, se observó evidencia del auto-estigma o estigma internalizado como variable moderadora en el proceso de recuperación; el *insight*, o conciencia de enfermedad puede producir resultados positivos (mejor adherencia terapéutica), pero también negativos (depresión, desesperanza, baja autoestima o la calidad de vida) si se produce un aumento del estigma internalizado.

Por otra parte, observaron que la desmoralización mediaba las asociaciones negativas entre el estigma internalizado y los síntomas psicóticos o el funcionamiento global (Cavelti, Kvrjic, Beck, Rusch y Vauth, 2012). Además, se ha encontrado relación significativa entre una menor recuperación y mayor número de quejas subjetivas de deficiencias cognitivas. Los déficits cognitivos en pacientes con esquizofrenia están bien documentados, siendo uno de los mayores impedimentos para su recuperación funcional (Faber *et al.*, 2011; Gonzalez-Blanch, *et al.*, 2010; Michalopoulou, Lewis, Wykes, Jaeger y Kapur, 2013). Algunos estudios observan cómo las alteraciones cognitivas limitan la adquisición de nuevas

capacidades en el proceso de recuperación (Mueser, Bellack, Douglas y Wade, 1991). En un estudio en el que se pretendía identificar el funcionamiento neurocognitivo en pacientes con esquizofrenia se observaron déficits cognitivos generalizados, aunque el grupo de pacientes sin recuperación personal mostraba significativamente un mayor déficit (Zaytseva, Gurovich, Goland y Storozhakova, 2012). Sin embargo, en este estudio no se han evaluado los déficits cognitivos reales, sino las quejas subjetivas relacionadas con los mismos, por ello los resultados no son comparables a los estudios previos, ya que hay estudios que consideran que las experiencias subjetivas suponen un constructo separado y distinto de la sintomatología objetiva en esquizofrenia (Yon, Loas y Brien, 2005). No obstante, los datos muestran cómo los pacientes que se sienten menos recuperados son capaces de percibir mayores déficits en diferentes aspectos incluidos los cognitivos. Serían necesarios más estudios sobre estos aspectos para confirmar estos resultados. Por otro lado, se ha observado cómo un mayor nivel de recuperación se relaciona con un menor impacto funcional de la enfermedad. Young y Ensing (1999) consideran que uno de los aspectos particularmente salientes de la recuperación como “proceso” es el retorno al funcionamiento básico, lo cual supone el regreso a una forma adaptativa de vivir y reintegrarse con la sociedad. Asimismo, se ha observado que las personas que se encuentran más recuperadas presentan menos síntomas negativos. Sin embargo, no se ha observado relación significativa entre los síntomas positivos y los estadios más avanzados de la recuperación. No obstante, las personas que se encuentran en el primer estadio muestran más síntomas positivos. Estos datos son consistentes con los estudios que evalúan la recuperación como resultado, ya que consideran que el funcionamiento premórbido es uno de los predictores más importantes del curso y resultado de la enfermedad, y este nivel de funcionamiento premórbido muestra correlación más significativa con los síntomas negativos y con la disfunción social, que con los síntomas positivos (Bailer, Baruer y Rey, 1996). Uno de los factores antecedentes asociados a la recuperación es tener pocos síntomas negativos (Petersen *et al.*, 2008). Por otro lado, también se ha observado relación entre los síntomas depresivos y el grado de recuperación. En el estadio inicial se producen más síntomas depresivos y, a medida que se pasa a estadios más avanzados, los síntomas disminuyen. Estos datos también concuerdan con los estudios que relacionan los síntomas depresivos con la recuperación como resultado, ya que hay datos que sugieren que la existencia de estos se asocia con un peor resultado, aumento en la duración de la enfermedad, más recaídas, preocupación por su seguridad, problemas relacionados con el uso de sustancias, pobre satisfacción vital y peor adherencia a la medicación (Conley, Asher-Svanum, Zhu, Faries y Kinon, 2007; Falloon, Watt y Shepherd, 1978). Los juicios subjetivos sobre la recuperación correlacionan significativamente y son predichos por el estado de ánimo, el optimismo y la autoestima (Beck *et al.*, 2012). En cuanto al malestar causado por los síntomas, las correlaciones observadas son similares a las encontradas con la frecuencia. El hecho de que

haya un solapamiento entre ambos se había observado en otros estudios, concluyendo los autores que el malestar causado por los síntomas parece estar mediado por la frecuencia de estos (Hanssen *et al.*, 2003). Los síntomas y el nivel de malestar son los mayores determinantes del desarrollo de un trastorno clínico y de la necesidad de cuidados (Freeman y Garety, 1999). Asimismo, se ha observado una reducción gradual en las distintas variables a medida que la recuperación psicológica se va produciendo. Lo cual apoya la idea de que el proceso de recuperación se produce a través de una serie de estadios.

Igualmente, se ha observado relación significativa entre el estigma, los déficits cognitivos, el impacto funcional de la enfermedad y los síntomas. Los procesos estigmatizadores hacen que las personas sufran situaciones de exclusión que, no solo dificultan la integración social de las personas con enfermedad mental y sus familiares, sino que pueden asociarse a otros riesgos psicológicos producidos por la exclusión social (comportamientos auto-excluyentes, problemas cognitivos, conductas auto-punitivas o de riesgo etc.) (Twenge, Catanese y Baumeister, 2003). Estos resultados permiten concluir que, aunque, se observe bastante relación entre el nivel de sintomatología y la recuperación “personal”, no siempre es así, ya que hay personas que muestran síntomas positivos y, sin embargo, se encuentran bien, pues han aprendido a vivir con estas experiencias.

Además, se han observado cómo las personas con un estilo más tendente a la integración muestran menos estigma. Contrariamente, las personas con un estilo más tendente al encerramiento muestran más estigma. Hay estudios que demuestran que las experiencias estigmatizantes contribuyen al aislamiento social (Silva, Chávez y Thiemer, 2006), lo cual podría influir en que la persona adopte un estilo de afrontamiento tendente al encerramiento y a la negación. Sin embargo, no se ha encontrado asociación entre el estilo de recuperación y las otras variables. Estos datos contradicen estudios en los que se observa una mayor gravedad de la sintomatología depresiva (Drayton *et al.*, 1998) y menor cumplimiento terapéutico (Tait, Birchwood y Trower, 2003) en las personas que tienen un estilo tendente al encerramiento.

Por otro lado, las diferencias estadísticamente significativas en función del estadio de recuperación en todas las variables evaluadas, excepto en los síntomas positivos y en el malestar causado por estos demuestra la importancia de distinguir entre los dos significados de la palabra recuperación: *clinical vs consumer* (Bellack, 2006), *recovery from vs recovery in* (Davidson y Roe, 2007), “clínica” vs “personal” (Slade, Amering y Oades, 2008). Las personas pueden recuperarse en un sentido clínico, de forma objetiva (nivel de funcionamiento, síntomas etc.), pero también pueden recuperarse de una forma subjetiva, es decir, psicológicamente del impacto de la enfermedad, aunque experimenten al mismo tiempo síntomas recurrentes. Los dos tipos de recuperación no son mutuamente excluyentes, es decir, la recuperación personal no siempre implica ausencia de recuperación clínica (Andresen, Oades y Caputi, 2011), motivo por el cual en este trabajo de investigación se han encontrado diferencias en función del estadio de recuperación en ciertas variables.

REFERENCIAS

- Albert, N., Bertelsen, M., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Le Quack, P.,... Nordentoft, M. (2011). Predictors of recovery from psychosis: Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophrenia Research*, 125, 257-266.
- Andresen, R., Caputi, P. y Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 972-980.
- Andresen, R., Oades, L. y Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically-validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586-594.
- Andresen, R., Oades, L. G. y Caputi, P. (2011). *Psychological recovery: Beyond mental illness*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Angermeyer, M. C. y Matschinger, H. (2004). The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: Results from a representative survey in Germany. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1049-1061.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23.
- Bailer, J., Baruer, W. y Rey, E. R. (1996). Premorbid adjustment as predictor of outcome in schizophrenia: Results of a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 368-377.
- Beck, R., Heffernan, S., Law, H., McCusker, M., Bentall, R.P. y Morrison, A.P. (2012). Subjective judgements of perceived recovery from psychosis. *Journal of Mental Health*, 21(6), 556-566.
- Bellack, A. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 432-442.
- Caldwell, C. B. y Gottesman, I. I. (1990). Schizophrenics kill themselves too: A review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 571-589.
- Cavelti, M., Kvrjic, S., Beck, E. M., Rusch, N. y Vauth, R. (2012). Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 468-479.
- Ciudad, A., Bobes, J., Álvarez, E., San, L., Novick, D. y Gilaberte, I. (2011). Resultados clínicos relevantes en esquizofrenia: remisión y recuperación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4 (1), 53-65.
- Conley, R. R., Asher-Svanum, H., Zhu, B., Faries, D. E. y Kinon, G. J. (2007). The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 90, 186-197.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614-625.
- Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M. y Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, 35(3), 231-239.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E. y Rusch, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8, 75-81.
- 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.
- Cuesta, M. J., Peralta, V. y Irigoyen, I. (1995). Escala de experiencias subjetivas Frankfurt-Pamplona. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines*, 23(4), 193-199.
- Davidson, L. y Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16 (4), 459-470.
- Drayton, M., Birchwood, M. y Trower, P. (1998). Early attachment experience and recovery from psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 37 (3), 269-284.
- Elis, O., Caponigro, J. M. y Kring, A. M. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: Current practices and future directions. *Clinical Psychology Review*, 33, 914-928.

- 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.
- Falloon, I., Watt, D. C. y Shepherd, M. (1978). A comparative controlled trial of pimozide and fluphenazine decanoate in the continuation therapy of schizophrenia. *Psychological Medicine*, 8, 59-70.
- Filipic, I., Pavicic, D., Filipic, A., Hotujac, L., Begic, D., Grubisin, J. y Dordevic, V. (2003). Attitudes of medical staff towards the psychiatric label "schizophrenic patient" tested by an anti-stigma questionnaire. *Collegium antropologicum*, 27, 301-307.
- Freeman, D. y Garety, P. A. (1999). Worry, worry processes and dimensions of delusions: An exploratory investigation of a role for anxiety processes in the maintenance of delusional distress. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 47-62.
- Gonzalez-Blanch, C., Perez-Iglesias, R., Pardo-García, G., Rodriguez-Sanchez, J. M., Martinez-Garcia, O., Vazquez-Barquero, J. L., et al. (2010). Prognostic value of cognitive functioning for global functional recovery in first-episode schizophrenia. *Psychological Medicine*, 40(6), 935-944.
- Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 153, 321-330.
- Green, M. F., Kern, R. S. y Heaton, R. K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: Implications for MATRICS. *Schizophrenia Research*, 72, 41-51.
- Hanssen, M., Peeters, F., Krabbendam, L., Radstake, S., Verdoux, H. y van Os, J. (2003). How psychotic are individuals with non-psychotic disorders? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 149-154.
- Harris, M. G., Henry, L. P., Harrigan, S. M., Purcell, R., Schwartz, O. S., Farrelly, S. E.,... McGorry, P. D. (2005). The relationship between duration of untreated psychosis and outcome: an eight-year prospective study. *Schizophrenia Research*, 79, 85-93.
- Harrow, M. y Jobe, T. H. (2005). Longitudinal Studies of Outcome and Recovery in Schizophrenia and Early Intervention: Can They Make a Difference? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (14), 879-880.
- Heginbotham, C. (1998). UK mental health policy can alter the stigma of mental illness. *The Lancet*, 352(26), 1052-1053.
- Hocking, B. (2003). Reducing mental illness stigma and discrimination-everybody's business. *The Medical Journal of Australia*, 178 (Supplement), 47-48.
- Jacobson, N. y Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation journal*, 23(4), 333-341.
- Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Abel, M. B., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T. O.,... Nordentoft, M. (2008). The association between pre-morbid adjustment, duration of untreated psychosis and outcome in first-episode psychosis. *Psychological Medicine*, 38, 1157-1166.
- Klimidis, S., Minas, I. H. y Yamamoto, K. (2001). Impact of Illness Scale: Reliability, validity, and cross-cultural utility. *Comprehensive Psychiatry*, 42 (5), 416-423.
- Konings, M., Bak, M., Hanssen, M., van Os, J. y Krabbendam, L. (2006). Validity and reliability of the CAPE: A self-report instrument for measurement of psychotic experiences in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 55-61.
- Koreen, A. R., Siris, S. G., Chakos, M., Alvir, J., Mayerhoff, D. y Lieberman, J. (1993). Depression in first episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 150(11), 1643-1648.
- Lemos-Giráldez, S., García-Alvarez, L., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., Vallina-Fernández, O., Vallejo Seco, G., et al. (2014). Psychometric properties of the Stages of Recovery Instrument. *Psychiatry Research*. (En evaluación).
- Littlewood, R. (1998). Cultural variation in the stigmatisation of mental illness. *The Lancet*, 352(26), 1056-1057.
- McGlashan, T. H., Levy, S. T. y Carpenter, W. T. (1975). Integration and sealing over: Clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1269-1272.

- Michalopoulou, P. G., Lewis, S. W., Wykes, T., Jaeger, J. y Kapur, S. (2013). Treating impaired cognition in schizophrenia: the case for combining cognitive-enhancing drugs with cognitive remediation. *European Neuropsychopharmacology*, 23(8), 790-798.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S., Douglas, M. S. y Wade, J. H. (1991). Prediction of social skill acquisition in schizophrenic and major affective disorder patients from memory and symptomatology. *Psychiatry Research*, 37, 281-296.
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M. y Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense, S. A.
- Penn, D. L., Sanna, L. J. y Roberts, D. L. (2008). Social cognition in schizophrenia: An overview. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 408-411.
- Petersen, L., Thorup, A., Øqhlenschlæger, J., Christensen, T. Ø., Jeppesen, P., Krarup, G.,... Nordentoft, M. (2008). Predictors of remission and recovery in a first-episode schizophrenia spectrum disorder sample: 2-year follow-up of the OPUS trial. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 53(10).
- Pogue-Geile, M. E. (1989). The prognostic significance of negative symptoms in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 155 (Supplement 7), 123-127.
- Ritsher, J., Otilingam, P. y Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31-49.
- Ros-Morente, A., Vilagrà-Ruiz, R., Rodríguez-Hansen, G., Wigman, J. H. y Barrantes-Vidal, N. (2011). Proceso de Adaptación al Castellano de la Escala de Evaluación Comunitaria de Experiencia Psíquicas (CAPE). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 95-105.
- Schrank, B. y Slade, M. (2007). Recovery in Psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 31, 321-325.
- Shean, G. D. (2010). *Recovery from schizophrenia: Etiological models and evidence-based treatments*. New York: Hindawi Publishing Corporation.
- Silva, C. D., Chávez, P. y Thieme, L. (2006). Estigma y esquizofrenia en diarios de Buenos Aires. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 3 (2), 28-31.
- Sklar, M., Groessl, E. J., O'Connell, M., Davidson, L. y Aarons, G. A. (2013). Instruments for measuring mental health recovery: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33, 1082-1095.
- Slade, M., Amering, M. y Oades, L. (2008). Recovery: an international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17 (2), 128-137.
- Sullivan, W. P. (1994). A long and winding road: The process of recovery from severe mental illness. *Innovations and Research in Clinical Services, Community Support and Rehabilitation*, 3, 19-27.
- Tait, L., Birchwood, M. y Trower, P. (2003). Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery style. *British Journal of Psychiatry*, 182, 123-128.
- Twenge, J. M., Catanese, K. R. y Baumeister, R. F. (2003). Social exclusion and the deconstructed state: Time perception, meaninglessness, lethargy, lack of emotion, and self-awareness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(3), 409-423.
- Vallejo, G. y Ato, M. (2006). Modified Brown-Forsythe procedure for testing interaction Effects in split-plot designs. *Multivariate Behavioral Research*, 41 (4), 349-578.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-478.
- Weeks, G., Slade, M. y Hayward, M. (2010). A UK validation of the stages of recovery instrument. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(5) 446-454.
- Yon, V., Loas, G. y Brien, D. (2005). Subjective experiences and the psychopathological dimensions in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 137(1-2), 93-102.
- Young, S. L. y Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22 (3), 219-231.
- Zaytseva, Y., Gurovich, I. Y., Goland, E. y Storozhakova, Y. A. (2012). Recovery in schizophrenia: focus on neurocognitive functioning. *Psychiatria Danubina*, 24 Suppl 1, S172-175.

