

Más allá de los síntomas: una mirada integrada de la recuperación de personas diagnosticadas con Esquizofrenia a través métodos mixtos

Beyond symptoms: an integrated look at the recovery of people diagnosed with Schizophrenia through blended approaches

Felipe Ponce-Correa¹

 0000-0002-4768-5057

fponcec@academicos.uta.cl

Alejandra Caqueo-Urizar²

 0000-0002-4614-8380

acaqueo@academicos.uta.cl

¹ Universidad de Tarapacá, Programa Doctorado en Psicología, Escuela de Psicología y Filosofía, Arica, Chile.

² Universidad de Tarapacá, Instituto de Alta Investigación, Arica, Chile.

Resumen:

Antecedentes: La comprensión sobre las mejoras en la Esquizofrenia ha experimentado un cambio de mirada hacia integración de mediciones clínicas y subjetivas, sin embargo, conciliar la riqueza de la experiencia subjetiva con los criterios operativos representa un desafío pendiente. **Objetivo:** Conceptualizar una medida global de recuperación en la Esquizofrenia integrando medidas clínicas y subjetivas proveniente de fuentes de datos cualitativos y cuantitativos. **Método:** Se utilizó un diseño metodológico mixto de tipo convergente para analizar la relación entre las medidas de recuperación sintomática, funcional y psicológica. La muestra total consiste en 178 personas diagnosticadas con Esquizofrenia, el 60.1% son hombres, con educación secundaria (69.1%) y el 44.6% se identifica con algún grupo étnico. De la muestra total, 10 personas fueron seleccionadas para ser entrevistadas y recolectar datos cualitativos. **Resultados:** Las fuentes de datos cualitativos y cuantitativos convergen en una medida global de recuperación de carácter multidimensional. Por otra parte, las opiniones de los entrevistados convergen con los datos cuantitativos respecto a que el estigma internalizado, la resiliencia, el autoestima, el apoyo social y la confianza personal son medidas que influyen significativamente en el proceso de recuperación, sin embargo las fuentes de datos difieren respecto a la adherencia farmacológica, en el que la relevancia que le otorgaron los entrevistados a los fármacos no fue observado en los análisis cuantitativos. **Conclusiones:** La recuperación en la Esquizofrenia es un proceso complejo que engloba la reducción de síntomas, el bienestar psicológico y la autonomía funcional. Se discuten los desafíos del enfoque terapéutico integral y la necesidad de reformar los sistemas de salud mental actuales.

Palabras clave: recuperación, esquizofrenia, métodos mixtos.

Abstract

Background: Understanding improvements in schizophrenia has undergone a shift towards integrating clinical and subjective measurements; however, reconciling the richness of subjective experience with operational criteria remains a pending challenge. **Objective:** To conceptualize a comprehensive measure of recovery in schizophrenia by integrating clinical and subjective measures from qualitative and quantitative data sources. **Method:** A convergent mixed-methods design was used to analyze the relationship between symptomatic, functional, and psychological recovery measures. The total sample consists of 178 individuals diagnosed with schizophrenia, with 60.1% being men, having secondary education (69.1%), and 44.6% identifying with an ethnic group. From the total sample, 10 individuals were selected for interviews to collect qualitative data. **Results:** Qualitative and quantitative data sources converge on a multidimensional measure of recovery. Moreover, interviewees' opinions align with quantitative data regarding the significance of internalized stigma, resilience, self-esteem, social support, and personal confidence in the recovery process. However, data sources differ regarding pharmacological adherence, where the relevance attributed to medications by interviewees was not observed in quantitative analyses. **Conclusions:** Recovery in schizophrenia is a complex process involving symptom reduction, psychological well-being, and functional autonomy. The challenges of comprehensive therapeutic approaches and the need to reform current mental health systems are discussed.

Keywords: recovery, schizophrenia, mixed-methods.

Recibido: 29 de septiembre de 2023 – Aceptado: 30 de abril de 2024
Editado por Jaime Silva Concha, Universidad del Desarrollo, Chile.
Revisado por Constanza González Matamala, Universidad del Desarrollo, Chile;
Fernando Reyes, Universidad del Desarrollo, Chile.



© 2024 Terapia Psicológica



Antecedentes

Perspectiva histórica

La Esquizofrenia tradicionalmente se ha descrito como un trastorno crónico, con un curso desfavorable y con pocas posibilidades de recuperación sintomática o funcional, por ejemplo Emil Kraepelin acuñó el término "dementia praecox" para referirse a lo que hoy consideramos esquizofrenia, caracterizándola con un curso inevitablemente descendente señalando que las personas diagnosticadas con este trastorno nunca volverían a un estado que les permitiera ser miembros productivos de la sociedad (Kendler, 2020).

En la actualidad la esquizofrenia clínicamente se ha definido como un trastorno mental grave caracterizado por síntomas positivos como delirios y alucinaciones, así como síntomas negativos que incluyen afecto embotado y anhedonia. Este trastorno, que generalmente se manifiesta en la adolescencia o la adultez temprana, tiene un impacto significativo en el funcionamiento social, laboral y académico de los individuos afectados (American Psychological Association [APA] et al., 2008).

El tratamiento y la comprensión de la esquizofrenia han experimentado un cambio en el enfoque para valorar sus mejoras y abordar los desafíos del diagnóstico. Más allá de la histórica perspectiva centrada en la cronicidad, los recientes avances amplían la mirada hacia reconocer la posibilidad de recuperación en la esquizofrenia desde dos ángulos predominantes: el enfoque clínico y el subjetivo (Chan et al., 2018; O'Keeffe et al., 2018).

Medidas de recuperación en la Esquizofrenia

La visión clínica de la recuperación de la esquizofrenia está centrada en criterios operativos, como la reducción de síntomas y la capacidad para reintegrarse socialmente, que permiten a los especialistas valorar la dirección de los cambios en el curso y la respuesta al tratamiento en base a medidas empíricas estandarizadas (Ciudad et al., 2011), medibles por agentes externos al paciente como el equipo de salud, familiares y el entorno comunitario (Vásquez-Morejón, 2018), la que sin duda es un factor importante a considerar para el proceso de recuperación, sin embargo, insuficiente (Nowak et al. 2017).

La remisión sintomática en la esquizofrenia ha sido conceptualizada de diversas maneras en la literatura. Liberman (2002) propuso una definición operativa que incorpora la remisión sostenida de síntomas psicóticos de modo tal que no

afecten la participación activa en actividades instrumentales, la autonomía en la vida cotidiana y la implicación en relaciones sociales durante un periodo de dos años consecutivos. Por otro lado, el "Grupo de trabajo para evaluar la remisión en esquizofrenia" (RSWG), formado en 2003, adoptó una perspectiva más centrada en la remisión sintomática, definiéndola como la presencia de síntomas psicóticos leves o ausentes, con una mejora significativa en los signos esenciales de la enfermedad, evaluando estos síntomas utilizando escalas como el PANSS, con un periodo mínimo de seis meses de síntomas atenuados para alcanzar la remisión. Otras propuestas han utilizado fórmulas de porcentaje de reducción de síntomas, y conceptualizaciones más recientes enfatizan la disminución progresiva de hospitalizaciones y medicación, dando especial importancia a la adherencia terapéutica (Rossi et al., 2018).

La recuperación funcional en la esquizofrenia implica no solo la remisión de los síntomas, sino también la consecución de una mayor autonomía en la gestión de la propia vida, enfatizando la necesidad de un tratamiento adecuado, que incluya tanto intervenciones farmacológicas como psicosociales (Silva y Restrepo, 2019). La recuperación funcional se define como la capacidad de una persona con síntomas estabilizados de vivir de manera independiente y sin recaídas durante un periodo de al menos 2 años, con capacidad demostrable para participar activamente en la sociedad mediante una ocupación vocacional (desarrollo de un trabajo, actividades de formación, participación en voluntariados o actividades recreativas), el mantenimiento de una vida independiente (administración de recursos, tareas domésticas e higiene sin supervisión) y el establecimiento de relaciones sociales de forma habitual (Ciudad et al., 2011).

Adicionalmente desde la perspectiva clínica de la recuperación, se comprende que las mejoras involucra una compleja interacción entre características asociadas al entorno como el apoyo social (Yu, et al., 2020) y las características del tratamiento como la adherencia farmacológicas (Caqueo-Urizar et al, 2021; Ciudad et al., 2011; Rosi, et al., 2018).

La perspectiva subjetiva de la recuperación destaca la singularidad de las experiencias de quienes viven con esquizofrenia. Esta perspectiva otorga prioridad a fortalecer los recursos psicológicos individuales, tales como la esperanza, empoderamiento, resiliencia, búsqueda de significado y la concepción personal de una vida plena (İpçi et al., 2020).

A partir de los resultados de una revisión sistemática sobre estudios narrativos, Leamy et al. (2011) propusieron el modelo CHIME como marco explicativo de los

componentes básicos de la recuperación personal. Dicho modelo se ha consolidado como uno de los marcos conceptuales más sólidos y es recurrentemente empleado en múltiples enfoques de recuperación en salud mental (Hare-Duke et al., 2023). Comenzando con la conexión, el concepto incluye el apoyo brindado por compañeros y otras personas, la participación del usuario en la comunidad, así como el desarrollo de relaciones significativas con familiares, amigos y otras personas. La esperanza se compone de una perspectiva positiva para el futuro por delante, una creencia profundamente arraigada en la posibilidad de recuperación, encontrar y mantener la motivación para el cambio, mantener relaciones que inspiran esperanza, un optimismo general para la vida y el desarrollo personal, así como tener sueños y aspiraciones de vida. La identidad se ocupa de la agencia y la responsabilidad personal, la capacidad percibida de escapar de algo indeseable y superar el estigma, y una recreación general del yo. El significado comprende encontrar metas y roles sociales en la vida, construir una comprensión personal de la enfermedad mental, encontrar la espiritualidad y llevar una vida de calidad. Finalmente, el empoderamiento se describe como el desarrollo de la agencia personal y el control sobre las elecciones personales, con especial atención a las fortalezas de cada persona y la capacidad de recuperar el control sobre la atención médica personal. Cada uno de estos cinco conceptos comprende una serie de nociones diferentes pero interrelacionadas con gran aceptación y evidencia (Apostolopoulou et al., 2020; Bird et al., 2014; Stuart et al., 2017; Van Eck et al., 2018).

La recuperación psicológica al estar centrada en el proceso singular de cada persona en lugar de una perspectiva lineal centrada en el resultado requiere un enfoque holístico, más allá de la mera ausencia de síntomas (Mathew et al., 2018). Los diseños cualitativos se han centrado en explorar la recuperación desde las valoraciones subjetivas de las personas con esquizofrenia, enfatizando la naturaleza individual y dinámica de la recuperación, descrita como un viaje en fases (Ridgway, 2001; Smith, 2000; Spaniol et al., 2002), que abarca desde la asunción de responsabilidad hasta la normalización de la vida (Jenkins et al., 2005; Tooth et al., 2003). Otros hallazgos señalan elementos centrales como la interrupción de la medicación y la obtención de empleo (Noiseux et al., 2008), así como la importancia de las relaciones interpersonales y la espiritualidad (Ho et al., 2016; Lysaker et al., 2010; Møllerhøj et al., 2020). No obstante, se identifican desafíos significativos para el logro de la recuperación a nivel psicológico de las personas con esquizofrenia, como la superación del estigma social presente en los centros de salud (Guzmán et al., 2019), junto con la necesidad crucial de la elección adecuada de medicamentos y el respaldo de la familia (Gandhi et al., 2020).

Tensiones entre enfoques de recuperación

La transición hacia una psiquiatría comunitaria y un enfoque de recuperación subjetiva enfatiza la participación del paciente en su propio tratamiento (O'Keeffe et al., 2018). Al reconocer y validar su autonomía, es considerado como un actor clave e informado en su atención (Mathew et al., 2018; Nowak et al., 2017; van Eck et al., 2018). Sin embargo, conciliar esta visión con métricas clínicas estructuradas es desafiante, dado que estas últimas pueden no abarcar la profundidad de su experiencia (Lim et al., 2019). Revisiones meta analíticas indican que la relación entre aspectos clínicos y subjetivos de la recuperación es débil (Ponce-correa et al., 2023; van Eck et al., 2018) y podrían considerarse como dominios relativamente independientes (Jensen et al. 2020; Ponce-correa et al., 2023). Esto sugiere tensiones y divergencias entre la perspectiva del equipo tratante y la de los usuarios (Giusti et al. 2015; Macpherson et al. 2016; Rossi et al. 2018).

Es posible que la relativa independencia entre aspectos clínicos y subjetivos no necesariamente sea un problema conceptual, sino metodológico, especialmente si se considera el predominio de los enfoques transversales y la falta de concordancia entre enfoques cualitativos y cuantitativos. Esto subraya la importancia de un enfoque integrador (Jose et al. 2015; Ponce-correa et al., 2023; van Eck et al., 2018). Un análisis meta-analítico examinó la correlación entre una medida global de recuperación psicológica y medidas específicas de esperanza ($r = 0.56$, IC 95% 0.48-0.63), significado en la vida ($r = 0.48$, IC 95% 0.38-0.58), empoderamiento ($r = 0.53$; IC 95% 0.42-0.63), conexión ($r = 0.34$, IC95% 0.43-0.65) e identidad ($r = 0.43$, IC95% 0.35-0.50). A pesar de que los resultados mostraron tamaños de efecto moderados, los investigadores señalaron como limitación la alta heterogeneidad observada al evaluar las dimensiones del CHIME de manera individual. Sugirieron que investigaciones futuras deberían enfocarse en cómo interactúan estos elementos con factores clínicos y sociales a lo largo del tiempo (Leendertse et al., 2021).

Aunque los estudios cualitativos son poderosos en la captura de experiencias subjetivas y matices culturales, estos a menudo tienen limitaciones en términos de tamaño de muestra y generalización desde una perspectiva clínica, por su parte los enfoques cuantitativos que, aunque robustos en su capacidad para analizar grandes conjuntos de datos, desde una perspectiva subjetiva carecen de la profundidad y el contexto proporcionados por las metodologías cualitativas. Dado este panorama, la investigación con métodos mixtos emerge como una solución especialmente relevante. Al integrar datos cuantitativos y cualitativos, esta metodología capitaliza las fortalezas de ambos enfoques (Creswell, 2018; Fetters,

2019), ofreciendo una imagen más completa y creando un puente entre las perspectivas clínicas y subjetivas, aportando tanto al rigor científico como a la riqueza contextual para proporcionar un panorama más holístico de la recuperación en la esquizofrenia, enriqueciendo así la base de conocimiento existente.

En base a lo anterior, el objetivo general de esta investigación fue conceptualizar una medida global de recuperación en la esquizofrenia integrando medidas clínicas y subjetivas provenientes de fuentes de datos cualitativos y cuantitativos. Para tales fines, en primer lugar se analizó la relación entre componentes subjetivos y clínicos de la recuperación por separado en los conjuntos de datos. Se identificaron predictores/facilitadores de las medidas de recuperación por separado en los conjuntos de datos. En última instancia, se analizó coherencia/divergencia de los hallazgos cualitativos y cuantitativos integrando los resultados.

Método

Diseño

Se utilizó un diseño metodológico mixto de tipo convergente que integra la recopilación y el análisis simultáneo de datos cuantitativos y cualitativos para facilitar la comparación y la confirmación de hallazgos (Fetters et al., 2013). La investigación con métodos mixtos implica la recopilación de datos cuantitativos y cualitativos con el propósito de obtener una comprensión más completa que la proporcionada por cada enfoque por separado (Creswell, 2018). Esta integración busca aprovechar las fortalezas de la investigación cualitativa y cuantitativa para obtener un todo mayor (Fetters, 2018; Fetters y Freshwater, 2015).

En el método mixto convergente propuesto es un enfoque de una sola fase, el investigador recoge datos cuantitativos y cualitativos, los analiza por separado y luego realiza un análisis integrado para corroborar si los resultados de ambas fuentes de datos se confirman entre sí. La clave de este enfoque radica en la utilización de las mismas variables, construcciones o conceptos en ambas formas de datos, asegurando que sean paralelos. La recopilación de datos cuantitativos y cualitativos puede realizarse en paralelo, y el análisis para la integración comienza después de completar la recopilación de datos, generalmente analizando ambas formas por separado antes de combinarlas (Fetters et al., 2013).

Participantes

En la línea base, la muestra total estuvo conformada por 221 participantes diagnosticados de esquizofrenia según los criterios del DSM-V, usuarios de los dispositivos ambulatorios de salud mental en la ciudad de Arica. Para la selección de los pacientes se utilizó un muestreo no probabilístico por disponibilidad. Tras la evaluación de la línea base, sólo un total de 178 participantes completaron exitosamente el seguimiento a los 12 meses. Se definieron como criterios de exclusión la presencia de síntomas psicóticos severos y la presencia de deterioro cognitivo significativo que imposibilitara comprender las preguntas o la administración de los cuestionarios a modo de garantizar la autonomía en la participación.

Sociodemográficos

La muestra total (tabla 3) se compone de 178 personas diagnosticadas con un trastorno del espectro de la esquizofrenia acorde a los criterios del DSM-V, de los cuales el 60.1% son hombres ($n=107$) y el 39.9% mujeres ($n=71$). El 69.1% de los participantes tiene un nivel educativo de enseñanza media ($n=123$) y el 44.6% se autoperceben como pertenecientes a un grupo étnico ($n=79$). En el aspecto ocupacional, el 56.2% está pensionado por discapacidad ($n=100$). El 87.6% de la muestra cuenta con ingresos por inferiores al salario mínimo ($n=156$). Respecto a la vida familiar, el 80.9% de los participantes no tiene pareja ($n=144$) y el 75.3% no tiene hijos ($n=134$).

La submuestra de entrevistados se conforma por 10 individuos equilibrados en género, con una variabilidad de rótulos diagnósticos que van desde la esquizofrenia Paranoide (E2), el trastorno esquizoafectivo (E1) y la esquizofrenia simple (E8), ofreciendo un abanico de sintomatología que enriquece el alcance clínico del estudio. Se destaca la variedad cultural, con individuos de etnias Aymara y Mapuche y diversas de credos religiosos. Los niveles educativos oscilan entre la básica y estudios universitarios (E8) (tabla 3).

Tabla 1. Características sociodemográficas

Muestra total (n=178)		n(%)	Entrevistado	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	
Edad		40.18 (15.71)	Edad	50	46	43	36	35	33	26	26	20	70	
Sexo	Hombre	107 (60.1%)	Sexo	Mujer	Hom bre	Hom bre	Mujer	Mujer	Hom bre	Mujer	Hom bre	Hom bre	Hom bre	
	Mujer	71 (39.9%)												
Etnia	SI	79 (44.38%)	Etnia	Aymara	NO	NO	Mapu che	Aymara	Aymara	NO	NO	NO	NO	
	NO	99 (55.6%)												
Nivel Educativo	Básica	37 (20.8%)	Nivel Educativo	Media	Media	Básica	Media	Técnico	Media	Media	Profesional	Universitaria	Básica	
	Media	123 (69.1%)												
	Superior	18 (10.1%)												
Religión	Sin religión	45 (25.3%)	Religión	Catolica	Testigo de Jehová	Evangelica	Evangelica	Catolica	Catolica	Catolica	Sin religión	Evangelica	Catolica	
	Catolica	78 (43.8%)												
	Evangelica	30 (16.9%)												
	Testigo de Jehová	4 (2.2%)												
	Otra	21 (11.8%)												
Ocupación	Labores de casa	12 (6.7%)	Ocupación	Comerciante	Albañil	Sin ocupación	Sin ocupación	Cantante	Apoyo Negocio Familiar	Sin ocupación	Profesional	Estudiante Universitario	Jubilado	
	Estudiante	22 (12.4%)												
	Pensionado por Discapacidad	100 (56.2%)												
	Jubilado	2 (1.11%)												
	Trabajador	22 (11.2%)												
	Cesante	15 (8.4%)												
	Otra	7 (3.9%)												
		7 (3.9%)												
Ingreso	< mínimo	156 (87.6%)	Ingreso	Bajo el Mínimo	Bajo el Mini mo	Bajo el Mini mo	Bajo el Mínimo	Bajo el Mínimo	Bajo el Mínimo	Bajo el Mínimo	Sobre el Mínimo	Bajo el Mínimo	Bajo el Mini mo	
	> mínimo	8 (4.5%)												
	Perdidos	14 (7.9%)												
Hijos	SI	44 (24.7%)	Hijos	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	
	No	134 (75.3%)												
Pareja	SI	34 (19.1%)	Pareja	No	No	No	No	Si	No	Si	No	Si	Si	
	No	144 (80.9%)												

Características del Tratamiento

En relación con las características del tratamiento, 165 participantes (92.7%) fueron diagnosticados con esquizofrenia, la edad media al momento del diagnóstico fue de 21.3 años ($DT = 8.1$), y la media de edad al inicio del tratamiento fue de 40.1 años ($DT = 15.7$). La duración de la psicosis no tratada tuvo una media de 2.0 años ($DT = 4.3$) y los años de vida en tratamiento tuvo una media de 16.3 años ($DT = 13.6$). En relación con el tipo de tratamiento, 46 individuos (25.8%) recibieron apoyo psicológico y 36 (20.3%) participaron en terapia ocupacional en los últimos 12 meses. Todos los participantes recibieron tratamiento farmacológico. Respecto a la adherencia farmacológica, acorde a los puntos de cohorte del DAI-10 el 57.3% ($n=102$) presentaron actitudes negativas hacia el consumo de sus medicamentos, sin embargo, el 78.1% ($n=139$) auto reportaron mantener un cumplimiento estricto de las indicaciones farmacológicas. En cuanto a la clasificación de la gravedad de los síntomas, la mayoría presenta síntomas leves ($n=139$, 78%).

En la submuestra de entrevistados, se aprecia una amplitud de experiencias relacionadas al tratamiento, las que varían desde recibir atención durante décadas (E10) a encontrarse en las primeras etapas (E9). La duración de la psicosis no tratada varía desde aquellos que recibieron tratamiento de inmediato (E7) hasta otros que esperaron varios años (E3). La adherencia al tratamiento, considerando actitudes y conductas, varía ampliamente, desde una alta adherencia (E1) hasta una falta total (E9). Los medicamentos antipsicóticos, como Olanzapina, Risperidona y Clozapina, se utilizan en diferentes combinaciones. Algunos participantes mantienen un apoyo psicológico (E4, E5, E8) y sólo un participante recibe terapia ocupacional (E8) (tabla 2).

Tabla 2. Características del tratamiento

Muestra total (n=178)			Sub-Muestra (n=10)										
Muestra total (n=178)	n (%)	Media (d.t) ± Rango	Entrevistado	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Edad de diagnóstico		21.38 (8.19) ± 8 - 50	Edad Diagnóstico	18	35	14	23	18	16	17	16	15	18
Edad de inicio del tratamiento		40.18 (15.71) ± 11 - 50	Edad de inicio del tratamiento	18	37	20	28	18	22	17	17	16	20
Psicosis no tratada (años)		2.06 (4.38) ± 0 - 28	Psicosis no tratada (años)	0	2	6	5	0	6	0	1	1	2
Duración del tratamiento (años)		16.39 (13.60) ± 0 - 55	Duración del tratamiento (años)	32	9	23	8	17	11	9	9	4	50
Diagnostico en Ficha	Esquizofrenia	165 (92.7%)	Diagnostico en Ficha	EQZ	EQZ	EQZ	EQZ						
	Esquizoafectivo	8 (4.5%)		Afectiva	Paranoide	Residual	Paranoide	Simple	Paranoide	Paranoide	Simple	Simple	Residual
	T. Delirante	5 (2.8%)											
Actitud hacia fármacos	Adherentes	39 (21.9%)	DAI-10 ^a	Adherente	Moderada	NO	NO	NO	NO	NO	Moderada	Moderada	NO
DAI-10	Moderada	37 (20.8%)			Adherencia	Adherente	Adherente	Adherente	Adherente	Adherente	Adherencia	Adherencia	Adherente
	No adherentes	102 (57.3%)											
	Nunca	4 (2.2%)	Auto reporte cumplimiento indicaciones farmacológicas	Al pie de letra	Frecuente	Nunca	Al pie de letra						
	Rara vez	4 (2.2%)											
	Frecuente	31 (17.5%)											
Auto reporte cumplimiento indicaciones farmacológicas	Al pie de la letra	139 (78.1%)											
Gravedad de los síntomas	Leve	139 (78%)	Gravedad de los síntomas	Moderado	Leve	Leve	Leve	Leve	Leve	Leve	Leve	Leve	Leve
	Moderada	24 (13.5%)											
	Marcada	14 (7.9%)	Farmacoterapia	Olanzapina	Olanzapina	Clozapina	Olanzapina	Risperidona	Aripiprazol	Risperidona	Aripiprazol	Zuclopentixol	Tonaril
	Severa	1 (0.6%)		Flufenazina			Risperidona	Bupropion	Olanzapina	Aripiprazol			Olanzapina
							Citalopram	Olanzapina	Risperidona				Clonazepam
							Clonazepam						Trazodona
Apoyo Psicológico	SI	46 (25.8%)	Apoyo Psicológico	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI
	NO	132 (74.2%)											
Terapia Ocupacional	SI	36 (20.3%)	Terapia Ocupacional	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO
	NO	142 (79.7%)											

Instrumentos

Recuperación Clínica

Escala de Síndrome Positivo y Negativo para la esquizofrenia (PANSS): La PANSS (Kay et al., 1987) es una escala de autoinforme de 30 ítems desarrollada para evaluar los síntomas psicóticos en individuos con esquizofrenia. Para los fines de este estudio, se consideró el enfoque que agrupan los síntomas en 5 factores: Positivos (5 ítems), Negativos (7 ítems), Agitación (5 ítems), Depresión (4 ítems) y Cognitivos (3 ítems) (Lancon et al., 1998). Los ítems se responden utilizando una escala Likert de 7 puntos (1 = "Ausente" a 7 = "Extremo"). Las puntuaciones se obtienen calculando la suma de todas las respuestas. Las puntuaciones se interpretaron de acuerdo con los puntos de corte de Leucht et al. (2005), donde 58-74 sugiere "ligeramente enfermo", 75-94 sugiere "moderadamente enfermo", 95-115 sugiere "marcadamente enfermo" y 116 y más sugiere "gravemente enfermo". La PANSS ha sido traducida y validada en España por Peralta y Cuesta (1994).

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG, Endicott et al., 1976): Es una evaluación del funcionamiento global de pacientes con trastornos mentales graves, que suele utilizarse para pacientes ambulatorios y hospitalizados y evalúa tres áreas: funcionamiento social, funcionamiento personal y funcionamiento psicológico. Consiste en un solo ítem que evalúa el funcionamiento global en múltiples actividades y se puntúa en una escala del 0 al 100, donde puntajes más altos reflejan un funcionamiento más elevado en todas las áreas. Ha demostrado confiabilidad en la evaluación del nivel de funcionamiento en la esquizofrenia (Hosseini y Karkhaneh, 2011). Se utilizó la versión traducida por la APA (2008).

Recuperación Psicológica

Escala de evaluación de la recuperación (RAS-18, Corrigan et al., 2004): El RAS-18 evalúa la valoración subjetiva de la recuperación personal en relación con la salud mental e incluye 18 ítems resultantes del análisis factorial de la escala original de 41 ítems. Los factores que componen la escala son la confianza personal y esperanza, disposición a pedir ayuda, orientación hacia las metas, confianza en los otros y control sobre los síntomas. Las opciones de respuesta están en una escala Likert de 5 puntos (1 = "Muy en desacuerdo" a 5 = "Muy de acuerdo"). La escala está validada en Chile con propiedades psicométricas aceptables ($\alpha = .90$) (Ponce-Correa, et al., 2023).

Cuestionario de Calidad de Vida para la esquizofrenia (S-QoL18): Es un instrumento autoadministrado diseñado específicamente para evaluar la calidad de

vida de individuos diagnosticados con esquizofrenia (Boyer et al., 2010). Este cuestionario proporciona una visión multidimensional de la calidad de vida, centrándose en las percepciones y experiencias directas de los pacientes. Consta de 18 ítems que abarcan ocho dimensiones fundamentales de la calidad de vida, que incluyen bienestar psicológico (PsW), autoestima (SE), relaciones familiares (RFa), relaciones con amigos (RFR), resiliencia (RE), bienestar físico (PhW), autonomía (AU) y vida sentimental (SL), además de proporcionar una puntuación global. El S-QoL18 ha sido adaptado al español mediante un estudio transcultural con pacientes diagnosticados con esquizofrenia en Chile, Perú y Bolivia, demostrando propiedades psicométricas aceptables ($\alpha = .84$) (Caqueo-Urizar et al., 2014).

Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (ISMI-29, Ritsher et al., 2003): Es un instrumento de autoinforme compuesto por 29 ítems diseñado para evaluar diversos componentes del estigma internalizado relacionado con un trastorno mental. El instrumento contiene cinco subescalas: Alienación, Autoestigma, Aislamiento social, Experiencias de discriminación y Resistencia al estigma. La subescala de Alienación aborda sentimientos de separación y desconexión del individuo con el entorno social, mientras que el autoestigma se centra en la asimilación de estereotipos negativos hacia la propia identidad. El Aislamiento social evalúa la percepción del individuo sobre la falta de apoyo social debido al estigma, y las Experiencias de discriminación abordan situaciones específicas de trato injusto o discriminación. Por último, la subescala de Resistencia al estigma evalúa la capacidad del individuo para hacer frente y resistir el impacto negativo del estigma en su vida. Cada ítem se califica en una escala Likert de 4 puntos, que varía desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo", proporcionando una medida cuantitativa de la percepción del individuo sobre el estigma internalizado y sus efectos en su bienestar psicológico y social. La escala ISMI-29 está adaptada y validada al español con propiedades psicométricas aceptables ($\alpha = .77$) (Bengochea-Seco, et al., 2018). La escala también ha sido validada en un estudio transcultural con población de personas diagnosticados con esquizofrenia de Chile, Perú y Bolivia (Caqueo-Urizar et al., 2019).

Variables Contextuales

Inventario de Actitud hacia la Medicación (DAI-10, Hogan et al., 1983): Consiste en una escala de 10 que evalúa las actitudes hacia los antipsicóticos. Es un instrumento que se utiliza predictor de la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia (Caqueo-Urizar et al., 2022; Nielsen et al., 2012). Las puntuaciones varían de -10 a 10, donde puntuaciones positivas indican actitudes

positivas y negativas, actitudes negativas. Los puntajes entre 6 y 10 se consideran adherentes, de 0 a 5, moderados, y rangos negativos, no adherentes. La versión en español del DAI-10 muestra validez convergente y confiabilidad ($\alpha = .67$) (Robles et al., 2004). Este inventario evalúa la actitud actual hacia el tratamiento sin un período de tiempo específico.

Escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS, Zimet et al., 1988). Escala compuesta por 12 ítems. Su objetivo es medir la percepción que una persona tiene acerca de la adecuación del apoyo social que recibe de tres fuentes específicas: la familia, los amigos y su pareja. La escala utiliza una puntuación basada en una escala Likert de 5 puntos, donde 0 representa "fuertemente en desacuerdo" y 5 equivale a "fuertemente de acuerdo". La escala fue adaptada y validada al español para población con trastornos mentales severos con propiedades adecuadas de fiabilidad ($\alpha = .85$) (Jiménez et al., 2017).

Datos sociodemográficos: Información sobre el sexo (hombre, mujer), edad, nivel educativo, ocupación, pareja (con pareja, sin pareja), hijos (con hijos, sin hijos), ingresos dicotomizados (bajo el sueldo mínimo, igual o superior al sueldo mínimo) y etnia.

Datos clínicos y de tratamiento: Se incluyeron como variables clínicas el diagnóstico, la edad de inicio del trastorno (definida como la edad de aparición del primer episodio psicótico agudo), la edad de inicio del tratamiento, tiempo de psicosis no tratada (definida como el lapso en años entre la edad de inicio de los síntomas psicóticos y la edad de inicio del tratamiento con drogas antipsicóticas) y tipo de tratamiento (farmacológico, psicoterapia y terapia ocupacional).

Procedimiento

Con el fin de garantizar que las fuentes de datos sean comparables, para realizar la recopilación de datos de ambas fuentes de manera coherente se utilizaron cuestionarios psicométricos para evaluar cuantitativamente medidas de recuperación psicológica, remisión y funcionalidad. Por otra parte, para recolectar datos cualitativos se elaboró una pauta de contenidos utilizada durante la entrevista semi-estructurada. En la figura 1 se detallan los instrumentos utilizados para recolectar datos cuantitativos y la pauta de contenidos utilizada para recolectar datos cualitativos.

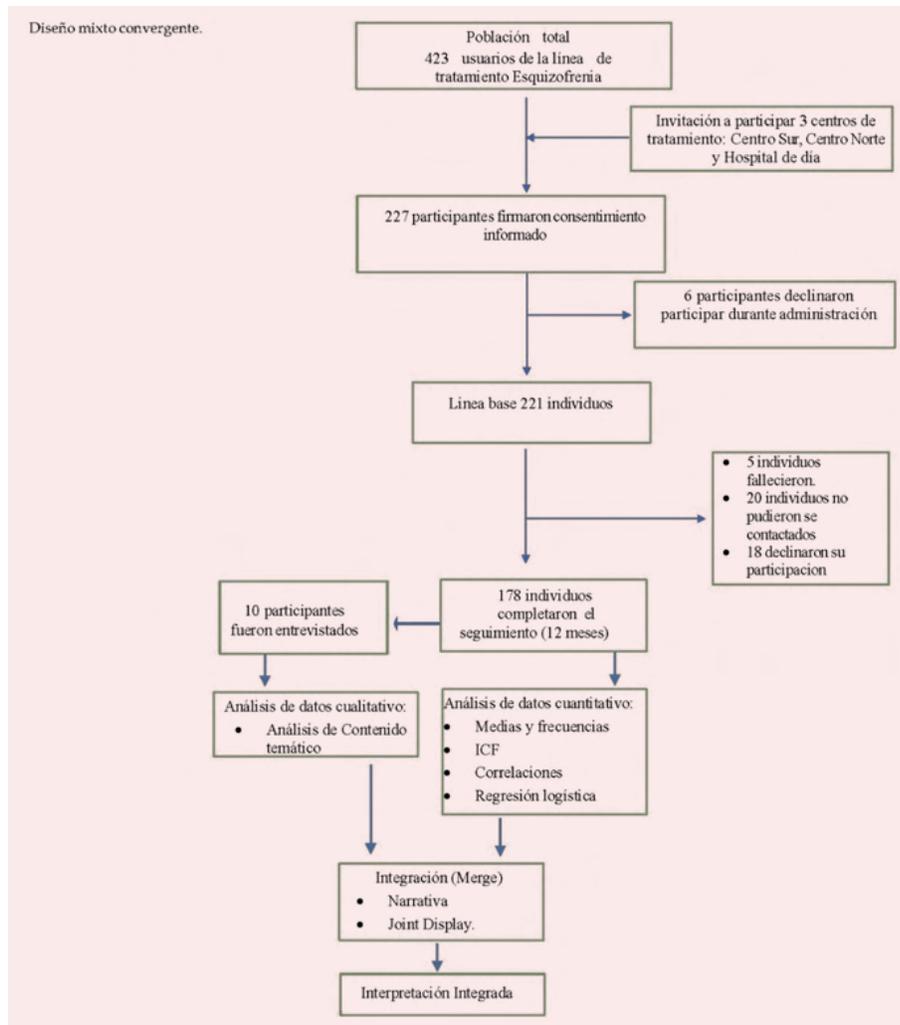


Figura 1. Diagrama de flujo. Muestreo y procedimiento.

En la figura 1 ilustra el procedimiento utilizado para el diseño mixto convergente. Dado el carácter longitudinal de las medidas cuantitativas, la recopilación de datos cualitativos y cuantitativos se produjo en paralelo durante el seguimiento de 12 meses, utilizando la línea base para realizar un muestreo equilibrado e identificar los individuos potenciales para ser entrevistados. Se elaboraron dos bases de datos cualitativas y cuantitativas respectivamente, se analizaron por separado y luego fueron combinadas en un análisis integrativo para crear un nuevo conjunto con una comprensión más holística (Fetters y Molina-Azorin, 2017).

En la tabla 3 se detallan los instrumentos utilizados para recolectar datos cuantitativos y la pauta de contenidos utilizada para recolectar datos cualitativos. La recuperación clínica tiene dos subcomponentes, remisión de los síntomas y

funcionalidad. La recuperación psicológica tiene 5 subcomponentes relacionados con el modelo CHIME.

La remisión clínica se define como la ausencia o atenuación de los síntomas evaluados por el PANSS a nivel cuantitativo, del mismo modo, a nivel cualitativo se les solicitó a los entrevistados proporcionar valoraciones subjetivas relacionadas a los síntomas a lo largo del trastorno. Además proporcionar el máximo detalle de su apreciación de las mejoras en los síntomas, experiencias del tratamiento y hospitalizaciones durante los últimos 12 meses.

La funcionalidad fue definida como la capacidad de vivir de manera independiente con síntomas estabilizados evaluados por el EEAG a nivel cuantitativo y recogiendo testimonios sobre experiencias laborales, capacidad de funcionamiento sin supervisión dentro y fuera del hogar además de proporcionar detalle de los vínculos que mantiene dentro y fuera del hogar.

La recuperación psicológica de manera global fue evaluada por la puntuación total del RAS-18 y para evaluar las dimensiones del modelo CHIME se utilizaron las subescalas del RAS-18, las subescalas del cuestionario de estigma internalizado ISMI-29 y las subescalas del cuestionario de calidad de vida en la esquizofrenia SQOL18. Del mismo modo, se solicitó a los entrevistados compartir sus opiniones y valoraciones subjetivas de las mejoras psicológicas relacionadas con los factores definidos en el modelo CHIME como las conexiones, los niveles de esperanza, la percepción de sí mismo, la búsqueda de significado y el empoderamiento. En la tabla 3 se detallan las medidas cuantitativas y cualitativas utilizadas en el estudio.

Tabla 3. Pauta de contenidos para la recolección de datos

CRITERIO	Indicador	Datos cuantitativos	Datos cualitativos
RECUPERACIÓN CLÍNICA	Subdimensión	Descripción	Administración de escalas
	Remisión de síntomas	Remisión continua y significativa de los síntomas centrales de la Esquizofrenia en un grado para no perjudicar el funcionamiento durante al menos un período de 6 meses.	PANSS Puntuación ≤ 4

RECUPERACIÓN SUBJETIVA	Funcionalidad	Capacidad de vivir de manera independiente y sin recaídas durante un periodo de al menos 2 años: a. Ocupación vocacional (desarrollo de un trabajo, actividades de formación, participación en voluntariados o actividades recreativas). b. El mantenimiento de una vida independiente (administración de recursos, tareas domésticas e higiene sin supervisión). c. El establecimiento de relaciones sociales de forma habitual.	EEAG Puntuación ≤ 70	Experiencias de participación en la sociedad desarrolladas durante los últimos 2 años como un trabajo, estudios, actividades recreativas, deportivas o voluntariados. Valoración subjetiva de la capacidad para mantener una vida de manera independiente durante los últimos 2 años como la administración de recursos, tareas domésticas e higiene sin supervisión. Valoración subjetiva de sus relaciones sociales dentro y fuera del núcleo familiar en los últimos 2 años.
	Recuperación Psicológica	Perspectiva subjetiva sobre el proceso de recuperación en la esquizofrenia enfatizando el significado y el bienestar personal.	Escala de evaluación de la recuperación (RAS-18)	Valoración subjetiva sobre la posibilidad de recuperación o mejora en la Esquizofrenia. Valoración subjetiva sobre los factores que ayudan el proceso de recuperación o mejora en la Esquizofrenia. Valoración subjetiva sobre los factores que entorpecen u obstaculizan el proceso de recuperación o mejora en la Esquizofrenia.
	Conexión:	Percepción de apoyo social, mantención de vínculos significativos y participación comunitaria.	RAS18 - Confianza en otros RAS18 - Disposición a pedir ayuda ISMI29 - Discriminación ISMI29 - Aislamiento SQoL18- Relación con amistades SQoL18- Relación con amigos	Valoración de personas importantes presentes en su vida cotidiana. Valoración subjetiva sobre sus conexiones sociales: calidad, grado de satisfacción, necesidad de vínculos y capacidad para vincularse. Percepción de apoyo social.

Esperanza:	Perspectiva optimista, creencia en la recuperación y motivación para el cambio. Tener de sueños y aspiraciones.	RAS18- Confianza personal y Esperanza	Experiencias de discriminación o aislamiento. Dificultades y fortalezas en el manejo de vínculos. Descripción de su perspectiva del futuro. Grado de confianza en su proceso de recuperación. Presencia de sueños y anhelos, además de la capacidad de alcanzarlos.
Identidad:	Promueve la agencia personal, la superación del estigma y una identidad más allá de la enfermedad.	SQoL18- Autoestima ISMI29- Resistencia al estigma ISMI29- Auto estigma	Autovaloración. Valoración subjetiva del rotulo diagnóstico. Valoración de aspectos personales más allá del trastorno o el tratamiento.
Empoderamiento:	Enfocado en la autonomía, el control de las elecciones individuales y el fortalecimiento de la capacidad para tomar el control del tratamiento	ISMI29- Alienación RAS18-Control sobre los síntomas RAS18-Resiliencia SQoL18-Autonomía	Participación en las decisiones del tratamiento y autonomía en el seguimiento de indicaciones, asistencia a controles y autocuidado. Agencia personal, capacidad de tomar decisiones importantes y resolución de conflictos. Autogestión de síntomas y búsqueda de experiencias de alivio.
Vida con significado:	Capacidad de establecer metas y roles sociales, desarrollar una comprensión personal de la salud mental, explorar la espiritualidad y mejorar la calidad de vida.	RAS18-Orientación a las Metas SQoL18 - Calidad de vida	Valoración subjetiva de la calidad de vida. Presencia de metas significativas y su capacidad de logro. Experiencias sobre el desempeño de roles significativos

Recolección de datos cuantitativos

La recolección de datos en la línea de base se llevó a cabo en los centros ambulatorios de la ciudad de Arica, que incluyen el Hospital de Día, Centro Sur y Centro Norte. Los pacientes fueron invitados a participar durante sus controles médicos regulares a través del equipo clínico de su centro de tratamiento. Si aceptaban participar, eran derivados a un psicólogo clínico del estudio, quien les

proporcionaba información detallada sobre los objetivos del estudio y la naturaleza voluntaria de su participación. Antes de comenzar la administración de la batería de instrumentos, se les solicitaba a los participantes que firmaran el consentimiento informado.

La administración completa de la batería de instrumentos tenía una duración aproximada de 45 a 90 minutos y los participantes tenían la libertad de rechazar o abandonar su participación en cualquier momento. Posteriormente, se consultaba al equipo de tratamiento y se revisaba el historial clínico para registrar información como la frecuencia de las citas, el tipo de tratamiento administrado, síntomas, entre otros. La medición de la línea de base se llevó a cabo desde noviembre de 2020 hasta septiembre de 2021. Para la recopilación de datos del seguimiento a los 12 meses, se siguió el mismo procedimiento utilizado en la línea de base durante los meses de Noviembre de 2021 a Septiembre de 2022. Del total de 221 individuos evaluados en la línea de base, sólo 178 individuos completaron satisfactoriamente el seguimiento a los 12 meses. Por lo tanto, hubo una muerte experimental de 43 participantes para el seguimiento (19.4%), de los cuales 5 participantes fallecieron, 20 individuos no pudieron ser contactados y 18 declinaron participar.

Recolección de datos cualitativos

A partir de los datos de la línea base, se llevó a cabo un muestreo por conglomerados para asegurar una representación diversa de características clínicas (como adherencia al tratamiento, tipo de tratamiento, años en tratamiento y gravedad de la sintomatología) y sociodemográficas (como sexo, edad, etnia y nivel educativo), lo que condujo a la identificación de 15 participantes potenciales.

La recolección de datos cualitativos se llevó a cabo entre noviembre de 2021 y septiembre de 2022, 12 meses después de la medición de la línea base. Los participantes fueron informados sobre los objetivos de la evaluación cualitativa, se les solicitó autorización para grabar sus voces y firmar un consentimiento informado específico para la entrevista. Para reducir el riesgo de fatiga asociado con las mediciones, la recolección de datos cualitativos se realizó en un momento distinto a la administración de cuestionarios durante el seguimiento. Todos los participantes solicitaron que se llevara a cabo la entrevista en sus hogares. Para la recopilación de información, se utilizó una entrevista semiestructurada (Flick, 2007).

Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 60 minutos y fueron grabadas y transcritas íntegramente, garantizando la anonimidad y confidencialidad de los participantes.

Plan de análisis cuantitativo

Se describieron las características demográficas, las características del tratamiento y las características clínicas de los participantes utilizando tablas de frecuencias y estadísticos descriptivos. Se calculó la matriz correlaciones de Pearson de las variables del estudio.

Para identificar predictores significativos, se calculó el Índice de Cambio Fiable (ICF) (Evans, 1998; Jacobson et al., 1984) para cada medida de recuperación sintomática, funcional y psicológica. Se utilizó la fórmula corregida basada en el cambio que ocurriría menos del 5% de las veces debido únicamente a la falta de fiabilidad de la medida, i.e., $1.96 * DT1 * \sqrt{2 * \sqrt{(1-rel)}}$, donde "DT1" corresponde a la desviación típica de la línea base y "rel" corresponde al índice de fiabilidad del instrumento (Pardo et al., 2013). Los participantes que obtuvieron un cambio significativo se codificaron como 1 (éxito) y los otros como 0 (fracaso). Se utilizó un análisis de regresión logística binomial para evaluar los predictores del cambio clínicamente significativo, se configuraron 3 modelos correspondientes a cada medida de recuperación psicológica, funcional y sintomática en el que se examinaron los efectos de los predictores.

La prueba de hipótesis estadística de los análisis de datos se realizó a un nivel de significación del 5%. Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software JAMOVI versión 2.0.0 (The jamovi Project, 2023).

Plan de análisis cualitativo

Para que la codificación fuese prolija se trabajó con párrafos, para ejemplificar en los resultados la narrativa de las distintas fuentes y su visión sobre la recuperación. Los corpus fueron analizados a través del análisis de contenido temático que consiste en trabajar con las siguientes etapas: ideas repetidas, temas, constructos teóricos, y narrativa teórica (Saldana, 2021). El análisis de contenido fue agrupado por unidades textuales para posteriormente ser introducidos como archivos individuales al programa QSR-Nvivo 14 (Lumivero, 2020).

Plan de análisis integrado

La integración de enfoques cuantitativos y cualitativos en un estudio es un desafío que requiere un proceso intencional de fusionar las dos bases de datos, ya que unir información numérica con datos textuales no es intuitivo (Creswell, 2015). Este proceso de integración implica vincular los enfoques y dimensiones cualitativos y cuantitativos para crear un nuevo conjunto de datos o una

comprensión más holística (Fetters y Molina-Azorin, 2017). En este estudio, se ha seleccionado como método de integración el procedimiento de fusión de datos (ver figura 2), que consiste en juntar las dos bases de datos para su análisis y comparación (Creswell, 2015). La evaluación del ajuste de la integración considerará tres posibles resultados: confirmación, expansión y discordancia (Fetters, 2019). La confirmación ocurre cuando los hallazgos de ambos tipos de datos confirman los resultados del otro, lo que aumenta la credibilidad de los resultados. La expansión se da cuando los hallazgos de las dos fuentes de datos divergen y amplían la percepción del fenómeno de interés, abordando diferentes aspectos o describiendo aspectos complementarios. La discordancia se presenta si los hallazgos cualitativos y cuantitativos son inconsistentes o incongruentes. Para visualizar conjuntamente ambas formas de datos, se puede utilizar una tabla o un gráfico que muestre las respuestas cualitativas y cuantitativas clave, lo que permite una interpretación efectiva de la presentación (Guetterman et al., 2015).

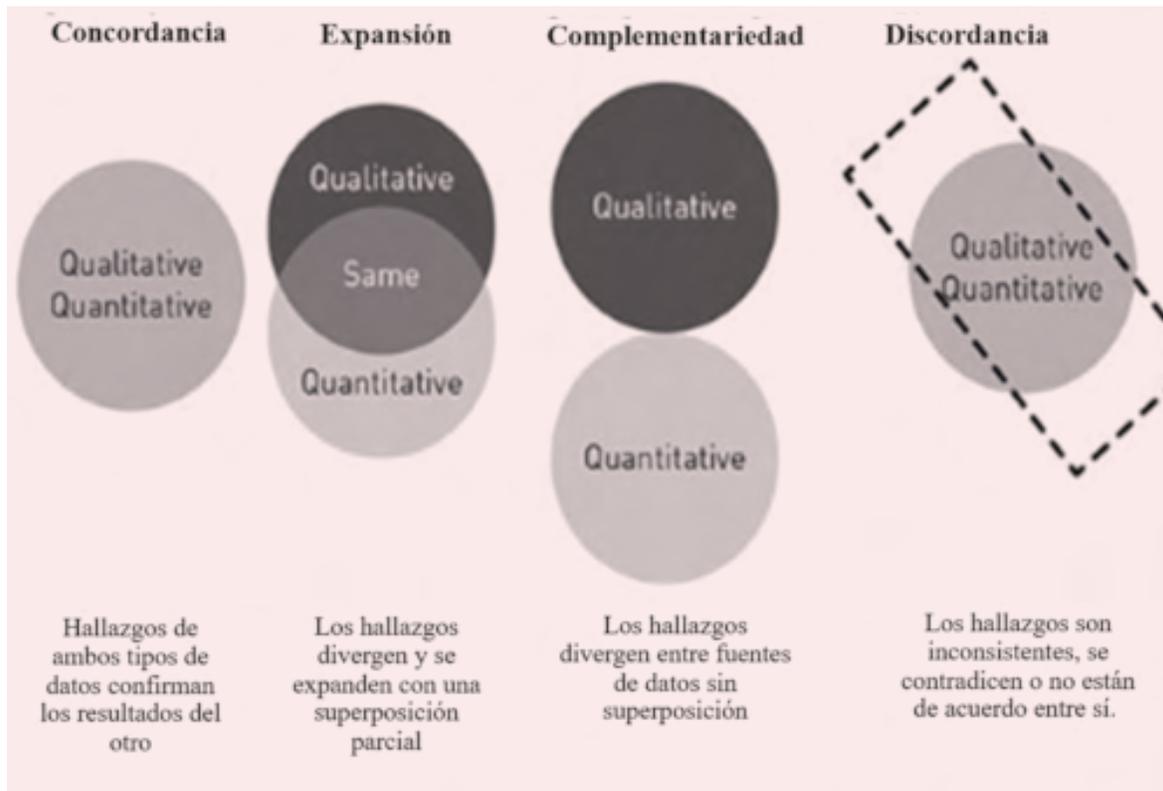


Figura 2. Integración de información cualitativa y cuantitativa en los diseños mixtos convergentes (Fetters, 2019).

Resultados

Resultados cuantitativos

En la Tabla 4 se proporcionan las medias, desviación típica (*DT*) y el rango de puntuaciones de todas las variables del estudio, durante la línea base y el seguimiento. Las puntuaciones se desglosan en medidas de recuperación sintomática o remisión (PANSS), funcionalidad (EEAG) y recuperación psicológica desde el marco conceptual CHIME (RAS-18, ISMI-29, SQoL-18). También se detallan las medias, (*DT*) y el rango de puntuaciones relacionado a las variables contextuales como la adherencia (DA1-10) y el apoyo social percibido (MSPSS-12).

Tabla 4. Estadísticos descriptivos

Tipo de recuperación	Medida	Media (DT) ± Rango	
		Línea Base	Seguimiento (12 meses)
Remisión de síntomas centrales	PANSS Total	2.05 (.65) ± 1-4	2.03 (.65) ± 1-4
	PANSS - Positivos	1.55 (.64) ± 1-4	1.55 (.63) ± 1-4
	PANSS - Negativos	2.20 (.99) ± 1-6	2.15 (.95) ± 1-6
	PANSS - Cognitivos	2.24 (.91) ± 1-5	2.27 (.91) ± 1-5
	PANSS - Depresivos	2.02 (.79) ± 1-4	2.03 (.80) ± 1-4
	PANSS - Agitación	1.78 (.73) ± 1-4	1.78 (.74) ± 1-4
Funcionalidad	EEAG	67.35 (15.59) ± 20-100	67.47 (14.37) ± 20-100
Psicológica	RAS18 total	66.37 (14.29) ± 18-90	66.70 (13.78) ± 18-90
	RAS18 - Orientación a las metas	14.66 (5.83) ± 4-20	14.84 (5.73) ± 4-20
	RAS18 - Confianza personal y esperanza	14.96 (3.54) ± 4-20	15 (3.42) ± 4-20
	RAS18 - Control sobre los síntomas	10.40 (3.24) ± 4-15	10.54 (3.42) ± 4-15
	RAS18 - Disposición a pedir ayuda	11.32 (3.39) ± 4-15	11.36 (3.32) ± 4-15
	RAS18 - Confianza en otros	15.11 (3.48) ± 4-20	14.97 (3.47) ± 4-20
	SQOL18 - Calidad de vida total	57.05 (13.44) ± 31-90	56.05 (12.54) ± 31-90
	SQOL18 - Relaciones con familiares	7.56 (1.86) ± 2-10	7.56 (1.78) ± 2-10
	SQOL18 - Relaciones con amistades	5.4 (2.37) ± 2-10	5.39 (2.37) ± 2-10
	SQOL18 - Resiliencia	10.57 (2.57) ± 3-15	10.89 (2.72) ± 3-15
	SQOL18 - Autonomía	6.81 (4.46) ± 2-57	6.81 (4.46) ± 2-57
	SQOL18 - Autoestima	6.23 (1.91) ± 2-10	6.71 (2.3) ± 2-10
	ISMI-29 - Alienación	13.08 (4.29) ± 5-24	13.18 (4.42) ± 5-30
	ISMI-29 - Autoestigma	14.10 (4.59) ± 4-25	14.24 (4.55) ± 4-25
	ISMI-29 - Discriminación	10.94 (3.75) ± 5-20	11.18 (4.00) ± 5-20
ISMI-29 - Aislamiento	12.94 (5.27) ± 4-24	13.29 (5.08) ± 4-24	
ISMI 29 - Resistencia al estigma	12.84 (3.04) ± 5-19	13 (2.87) ± 5-19	
Adherencia	DAI-10 Actitudes hacia los fármacos	.07 (4.93) ± 10-10	.32 (4.90) ± 10-10
	MSPSS - Apoyo social Familiares	11.74 (3.52) ± 4-16	8.7 (2.49) ± 4-16
Apoyo social percibido	MSPSS - Apoyo social Amigos	7.16 (3.92) ± 4-16	7.88 (3.18) ± 4-16
	MSPSS - Apoyo social de alguien	11.97 (3.58) ± 4-16	8.75 (2.85) ± 4-16

En la Tabla 5 se detalla la matriz de correlaciones de las puntuaciones globales de las medidas clínicas y subjetivas de recuperación. Los resultados arrojaron un nivel de asociatividad significativa entre la sintomatológica (PANSS), funcionalidad (EEAG) y recuperación psicológica (RAS-18). La relación de mayor magnitud se produjo entre la gravedad de los síntomas y la funcionalidad ($r = -0.76, p < .001$), seguido por la correlación entre la recuperación psicológica y la funcionalidad ($r = 0.47, p < .001$), la correlación de menor magnitud fue la correlación entre la recuperación psicológica y la gravedad de los síntomas ($r = -0.43, p < .001$).

Tabla 5. Relación entre componentes subjetivos y clínicos de la recuperación

Dimensión Global		Psicológica	Síntomas	Funcionalidad
RAS Puntuación Total		-	$r = -.43^{***}$	$r = .47^{***}$
PANSS Puntuación Total		-	-	$r = -.76^{***}$
CHIME		Psicológica	Síntomas	Funcionalidad
Conexión	Confianza en otros	.67***	-.24***	.29***
	Disposición a pedir ayuda	.75***	-.32***	.36***
	Discriminación	-.32**		
	Aislamiento	-.20**		
	Relación con amistades	.31**	-.23**	.16*
Esperanza	Relación con Familiares	.22**	-.23**	.18*
	Confianza personal y Esperanza	.77***	-.40***	.38***
Identidad	Auto estigma	-.28***		-.20***
	Autoestima	.36***	-.22***	.24***
Significado	Resistencia al estigma	.64***	-.28***	.40***
	Orientación a las Metas	.75***	-.28***	.29***
Empoderamiento	Calidad de vida	.56***	-.19*	.22*
	Alienación	-.31***		
	Control sobre los síntomas	.70***	-.31***	.35***
	Resiliencia	.36***	-.22***	.29***
	Autonomía	.48***		

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

La Tabla 6 proporciona el detalle de la matriz de correlaciones entre los subcomponentes de la recuperación psicológica (Conexión, Esperanza, Identidad, Significado y Empoderamiento) y las medidas de recuperación clínica (gravedad de los síntomas y funcionalidad). Respecto a la gravedad de los síntomas, “confianza personal y esperanza” tuvo la correlación de mayor magnitud ($r = -.32, p < .001$) y la más débil se produjo con la “calidad de vida” ($r = -.19, p < .05$). Para la funcionalidad, “resistencia al estigma” tuvo la correlación de mayor magnitud ($r = .40, p < .001$) y la correlación más débil se produjo en “relación con amistades” ($r = .16, p < .05$). Todas las medidas utilizadas para las diferentes dimensiones del modelo CHIME se

correlacionaron significativamente con la puntuación global del RAS-18 con tamaños del efecto que oscilan entre una relación fuerte a moderada. Los resultados arrojaron una asociatividad significativa entre los subcomponentes de la recuperación psicológica, la funcionalidad y la sintomatología.

Tabla 6. Predictores del cambio clínicamente significativamente

	CCS n(%)	Resultados Regresión Logística Binomial		
		X ² (gl)	R ² _{McF}	Predictores (OR)
Psicológica	41(23%)	63.3(21) <i>p</i> < .001	.37	Síntomas Negativos (OR =0.47, IC 95%, 0.22-0.91, <i>p</i> < .05) Discriminación (OR =0.74, IC 95%, 0.56-0.97, <i>p</i> < .05) Aislamiento (OR =1.23, IC 95%, 1.04-1.46, <i>p</i> < .05) Resistencia al estigma (OR =1.50, IC 95%, 1.19-1.89, <i>p</i> < .001) Apoyo social percibido de alguien (OR =1.41, IC 95%, 1.10-1.81, <i>p</i> < .01)
Remisión	57(32%)	46(17) <i>p</i> < .001	.23	Resiliencia (OR =1.22, IC 95%, 1.01-1.49, <i>p</i> < .05)
Funcionalidad	16(9%)	58.9(25) <i>p</i> < .001	.59	Síntomas de agitación (OR =0.42 IC 95%, 0.18-0.98, <i>p</i> < .05) Confianza personal y esperanza (OR = 1.87, IC 95%, 1.12-3.15, <i>p</i> < .05). Autoestima (OR = 1.56, IC 95%, 1.11-6.45, <i>p</i> < .05).

CCS = Cambio clínicamente significativo (0=No logrado; 1=Logrado);
OR = Estimación de Odd Ratio referenciado para CCS Logrado

En la Tabla 7 se detallan los resultados de la regresión logística de los predictores del cambio clínicamente significativo y las puntuaciones las puntuaciones globales del PANSS, EEAG y el RAS-18. Luego de 12 meses, la sintomatología tuvo un cambio clínicamente significativo en el 32% de los participantes (*n*=57), seguido por la recuperación psicológica con un cambio clínicamente significativo del 23% (*n*=41) y en última instancia la funcionalidad con un cambio clínicamente significativo del 9% (*n*=16), por lo que el principal foco de mejora se observó en la remisión sintomatológica, seguida por la recuperación psicológica y en menor medida la recuperación funcional.

Dentro del conjunto de variables clínicas, subjetivas y contextuales, se encontró que los predictores del cambio clínicamente significativo en la remisión sintomatológica fue la resiliencia (OR =1.22, IC 95%, 1.01-1.49, *p* < .05). Esto indica que por cada unidad de aumento en la resiliencia, la probabilidad de experimentar

un cambio clínicamente significativo en la remisión de síntomas aumenta en un 22%.

Por otro lado, los predictores del cambio clínicamente significativo en la recuperación psicológica fueron los Síntomas negativos ($OR = 0.47$, $IC\ 95\%$, 0.22-0.91, $p < .05$), la discriminación ($OR = 0.74$, $IC\ 95\%$, 0.56-0.97, $p < .05$), el Aislamiento social ($OR = 1.23$, $IC\ 95\%$, 1.04-1.46, $p < .05$), la Resistencia al estigma ($OR = 1.50$, $IC\ 95\%$, 1.19-1.89, $p < .001$) y el Apoyo social percibido de alguien ($OR = 1.41$, $IC\ 95\%$, 1.10-1.81, $p < .01$). Por lo tanto, para la recuperación psicológica, los síntomas negativos y la discriminación disminuyen la probabilidad de recuperación en un 53% y un 26%, respectivamente, mientras que el aislamiento aumenta la recuperación en un 23%, la resistencia al estigma en un 50% y el apoyo social percibido de alguien aumentan la probabilidad de recuperación en un 41%.

Los predictores del cambio clínicamente significativo en la recuperación funcional fueron el Autoestima ($OR = 1.56$ $IC\ 95\%$, 1.12-11.32, $p < .05$), los síntomas de agitación ($OR = 0.42$ $IC\ 95\%$, 0.18-0.98, $p < .05$), la confianza personal y esperanza ($OR = 1.87$ $IC\ 95\%$, 1.12-3.15, $p < .05$). Los resultados muestran que la autoestima aumenta las probabilidades de mejora en un 56%, mientras que los síntomas de agitación las disminuyen en un 58%. Por otro lado, la confianza personal y esperanza aumentan las probabilidades de mejora en un 87%.

Tabla 7. Fusión de bases de datos CUANT - CUAL: Relación entre componentes

	Cuantitativa	Cualitativa	Integración
Dimensión global	La recuperación Psicológica, Funcionalidad y Remisión se correlación entre sí	Las valoraciones subjetivas de los entrevistados integran narrativas que integran aspectos sintomáticos, funcionales y psicológicos.	Confirmación
Modelo CHIME	Cuantitativa	Cualitativa	Integración
Conexión	Correlación entre los síntomas, la funcionalidad, Confianza en otros, Disposición a pedir ayuda, CV amistades y CV Familiares	La valoración de la conexión está ligada a la funcionalidad en los roles sociales, los desafíos de la autonomía y la mantención de relaciones de apoyo.	Expansión: La discriminación y el aislamiento son aspectos valorados por los entrevistados. Por otra parte, la conexión involucra además la necesidad de mantenerse vinculado a las tradiciones étnicas y a la espiritualidad.
Esperanza	Correlación entre Esperanza, Síntomas y funcionalidad	La esperanza promueve la adaptabilidad a los síntomas y la funcionalidad, además de proveer propósito y significado para crear aspiraciones y anhelos más allá del trastorno	Confirmación
Identidad	Correlación entre síntomas, funcionalidad, autoestima y resistencia al estigma	Reconstrucción de la identidad, satisfacción interna, lo que se ve apoyado por la reducción de síntomas y la funcionalidad, Involucra la capacidad de elaborar estereotipos y el auto estigma.	Expansión: Autoestigma y síntomas no correlacionaron. En cambio los entrevistados relacionan la asunción de estereotipos negativos con sintomatología afectiva.
Significado	Correlación entre síntomas, funcionalidad, calidad de vida y orientación a las metas.	El establecimiento de metas y la búsqueda de significado se asocian a la necesidad de reducir los síntomas, participar activamente del tratamiento y la búsqueda de ocupaciones.	Confirmación
Empoderamiento	Correlación entre síntomas, funcionalidad, control de los síntomas y resiliencia	Agencia personal, fortalecimiento de la autodirección, control de la sintomatología, resiliencia y autonomía.	Expansión: Los entrevistados recalcan el valor de la autonomía y la disminución de la alienación al estigma con mejoras clínicas en síntomas y funcionalidad.

Integración de información cualitativa y cuantitativa en los diseños mixtos convergentes (Fetters, 2019).

Resultados cualitativos

Se obtuvieron 49 unidades de análisis de texto con 720 referencias codificadas en tres ejes temáticos: 320 referencias a la Recuperación Clínica, 284 referencias Recuperación Psicológica y 116 referencias al Estigma.

Los resultados del análisis temático delimitan la recuperación como una trama compleja de percepciones y vivencias, donde se percibe una intersección entre la necesidad de aliviar los síntomas y lograr una vida independiente y con sentido.

Valoración subjetiva sobre la sintomatología

En los testimonios recogidos, se evidencia una percepción dual en relación con la sintomatología en la esquizofrenia. Por un lado, existe una fuerte convicción en la cronicidad de la enfermedad, manifestada en la percepción de que la esquizofrenia es una condición para toda la vida, destacando su naturaleza duradera y persistente.

(E1): "Lo dudo (recuperación en la esquizofrenia), eso no tiene mejoría... dicen. Yo creo que no, que no te mejoras... como dicen por ahí, es crónico, es para siempre".

Esta percepción establece un marco de referencia desde el cual emergen otras narrativas que incluso sugieren cierto escepticismo respecto a la posibilidad de recuperación, reflejando así un sentimiento de incertidumbre acerca del futuro:

(E5): "Uno no se puede recuperar... Algunos pueden tener una niveladita con los medicamentos, pero nada más. Mejorar va a ser difícil. Yo a veces, bueno, es mi ilusión, es mi fantasía o que algún día me van a dar el alta, pero eso nunca será, nunca. Al contrario, me han subido las dosis".

Sin embargo, esta conciencia de la cronicidad coexiste con un sentido de esperanza y deseo de mejora. Para algunos, la recuperación no se entiende como una cura completa, sino más bien como un proceso de evolución hacia un estado de bienestar y funcionamiento óptimo. Por ejemplo para algunos la disminución de síntomas es un indicador de progreso, donde la eliminación de síntomas perturbadores es un momento de esta evolución:

(E2): "Recuperarse en el sentido de curarse uno no puede, pero en el sentido de mejorarse, sí, sí, yo creo que sí se pueden recuperar [las personas con esquizofrenia]. En el caso mío, recuperarse es no escuchar voces, cosas así es lo más importante no tener síntomas, no escuchar voces, no sentirse perseguido".

Esta perspectiva amplía la noción de recuperación más allá de la mera ausencia de síntomas, enfatizando en cambio la búsqueda de un equilibrio emocional y funcional que permita una vida plena y satisfactoria:

(E6): "Creo que las personas con esquizofrenia sí pueden recuperarse, podrían mejorar en su rutina diaria, buscar un empleo y tener un trabajo... creo que me he recuperado, aunque me faltan algunas cosas, pero ha sido un proceso de mejora para mí".

A nivel cognitivo y emocional, la recuperación también implica una reconexión con la realidad y una renovada conciencia de sí mismo. Esta reconexión con la realidad pone de relieve que la recuperación involucra la necesidad de autoconciencia:

(E7): "Yo no creo que me he podido recuperar, por lo menos no totalmente. Por ejemplo, me gustaría hacer más cosas, ayudar a mi mamá y cosas así, en la energía yo creo. Creo que me he mejorado en que ahora estoy en mis 5 sentidos por así decirlo... porque antes no estaba en mis 5 sentidos, estaba mal, ahora percibo mejor la realidad".

Tras afrontar las primeras experiencias psicóticas, la preocupación por la gravedad de los síntomas es sustituida por la preocupación por la estabilidad de los síntomas, la duración del tratamiento y los efectos adversos de los fármacos. La valoración de la estabilidad de los síntomas actualiza la imagen de sí mismo, la que dialoga con aspectos como el estigma internalizado y la funcionalidad:

(E5): "La esquizofrenia ha sido una experiencia difícil para mí porque no hay cura ni sanación. También, no es tanto que existan cosas que no puedo hacer, sino más por cómo la gente me etiqueta. Mi miedo creo que viene mucho de lo que he visto en otras personas, lo que me han contado, también lo que me han dicho los doctores, me asusta que otras personas se enteren y me traten de forma diferente."

(E8): "Me gustaría no tener que consumir fármacos muchas veces me lo he replanteado ¿debo tomarlo o no debo tomarlo?, es más que todo el hecho de tener que estar con medicamento, más que lo que te pueden provocar es tener que hacerlo, tener que estar con medicamentos. Es más el hecho de tener que tener un recordatorio en mi vida de lo eterno que es este trastorno."

La valoración sobre la funcionalidad

La visión de la funcionalidad está más relacionada con el logro de una vida con autonomía como la mantención de higiene sin supervisión, administración de dinero y la búsqueda de ocupaciones dentro del hogar. Los participantes muestran habilidades para gestionar tareas domésticas y cuidar de sus familiares, lo que refleja conexión, capacidad de cuidado y cooperación intrafamiliar:

(E5): "Yo funciono sola, me siento autónoma... en general, cocino y me hago cargo de la casa y la de mis papas, los cuido, y también hago mi venta de quesitos. Mi mamá depende de mí... yo la cuido porque es mi madre".

La funcionalidad enfrenta desafíos emocionales especialmente en aspectos tales como la capacidad de independizarse fuera del núcleo familiar:

(E7): “No me siento autónoma, no totalmente, con los remedios puedo, pero por ejemplo en la casa, me falta energía, me falta más motivación y hacer ejercicio y cosas así. No me siento capaz de vivir sola, por lo menos no por ahora, aunque me gustaría en el futuro tener un departamento y vivir sola. Me falta más independencia económica o independencia de otras cosas como por ejemplo saber cocinar”.

La búsqueda de empleo:

(E5): “Yo me digo puedo trabajar... a veces me digo yo voy a trabajar, pero me da miedo, que va a pasar cuando tenga que inyectarme un día anterior y al día siguiente tenga que trabajar a las 7 de la mañana, no voy a poder”.

El logro de vínculos sociales duraderos fuera del entorno familiar, los que se derivan de la percepción de estigma, la autopercepción de deterioro cognitivo y las consecuencias del tratamiento farmacológico:

(E9): “En cuanto a vivir solo, es un tema personal porque siempre he sentido que otros tienen facilidad para hacer amigos y buscar apoyo, pero yo no he tenido eso. Aunque me considero capaz de vivir solo, siento que me falta algo en mi vida social”.

Por otro lado, la mejora en la funcionalidad diaria y la reintegración en la sociedad son indicadores claros de recuperación para varios participantes. El anhelo de progresar en la rutina cotidiana, buscar empleo o asistir a la familia destaca la importancia de reconectar tanto consigo mismos como con su entorno:

(E6): “En estos últimos dos años, no he trabajado, pero en casa tengo ciertas responsabilidades que manejo solo. Me encargo del orden y del aseo, y también ayudo a mi papá en el almacén que tiene. Sí, tengo una pensión y manejo una parte de ese dinero. He ahorrado para comprar la televisión y un computador. Además, otra parte de mi pensión la entrego a mi papá para cooperar en los gastos de la casa. Sé cocinar lo básico, como preparar té y huevos. También me siento capaz de vivir solo en el futuro. Creo que puedo arreglármelas, pero lo que me preocuparía sería mantenerme económicamente, trabajar y sobrevivir con los gastos”.

Además, la experiencia de recuperación se presenta como algo íntimo y singular enfatizando la autonomía y la autodeterminación:

(E8): “Lo importante es que cada uno encuentre lo que funcione mejor para sí mismo.... para mí las personas pueden cambiar dependiendo obviamente de su voluntad, de sus capacidades, y también de ciertas situaciones que lo puedan favorecer... pero partir del concepto de recuperación.... es como admitir que las personas tienen algo malo”.

La valoración sobre la recuperación psicológica

Conexión

La conexión humana impulsa la superación de los obstáculos del entorno. Las relaciones de apoyo desempeñan un papel fundamental como anclas emocionales, proporcionando un sentido de pertenencia y contribuyendo al bienestar emocional:

(E8): "He aprendido que es importante no dejarse afectar por las opiniones negativas de los demás. Prefiero rodearme de personas que me apoyen y me impulsen hacia adelante. Esto ha sido clave para tener una mayor adaptabilidad y generar los cambios que quiero en mi vida. Es importante tener esa mentalidad positiva y la creencia de que puedes mejorar, incluso si te enfrentas a dificultades".

(E2): "Mi hermana y mis sobrinos que me vienen a ver los fines de semana, después están mis amigos testigos de Jehová... me relaciono bien con ellos... ellos no me discriminan por tener mi enfermedad, al contrario, me ayudan más".

La conexión también implica confrontar la percepción interna sobre sí mismos con las opiniones del entorno y los estereotipos asociados con el trastorno:

(E1): "mis familiares me dicen, allá viene la loca... porque para la sociedad somos locos... para la sociedad, tenemos alto raro...te miran de arriba para abajo y te dicen ella es loca".

Esto puede llevar a experiencias de discriminación y estigmatización en la interacción con el mundo exterior, lo que puede generar desconfianza hacia la formación de relaciones sociales y disminuir la participación en la vida comunitaria, afectando aspectos importantes de la recuperación funcional y psicológica que están vinculados a la capacidad para establecer vínculos:

(E4): "Hay gente mala, yo no les digo mi enfermedad, algunos piensan que tengo retardo... y me tratan como si fuera tonta... por eso me quedo callada, prefiero estar sola, quedarme en casa, si salgo sólo lo hago con mi mamá".

Por lo tanto, si bien la participación en la comunidad es un objetivo valioso en el proceso de recuperación, puede convertirse tanto en un refugio de aceptación y comprensión como en un entorno adverso lleno de estereotipos y prejuicios. Esto requiere un equilibrio constante entre la percepción individual de uno mismo y la forma en que el mundo externo percibe a las personas con esquizofrenia en su búsqueda de conexión. Este dilema refleja la complejidad de los tratamientos para

integrar y abordar las comunidades en las que las personas con esquizofrenia están inmersas:

(E5): "Me afecta saber que tengo este diagnóstico... no es que me afecte porque me impida hacer cosas, sino que es por un tema de estigma, de cómo te podrían tratar de loca... bueno... en realidad, soy loca [risas]...no es normal, por ejemplo, las personas no escuchan voces, no ven visiones entonces eso les pasa a los locos, pero es confuso... porque yo soy loca... pero a la vez soy cuerda".

Además, la conexión no se limita a las relaciones interpersonales, las interacciones con otros también ayudan a la búsqueda de significado y conexión consigo mismo, reflexionar sobre los desafíos, proponerse metas, encontrar pasiones y proponerse metas, lo que subraya la importancia de una conexión interna en la comprensión de uno mismo:

(E6): "Yo me comparo con otros y me siento, así como extraño... diferente a las demás personas... a veces pienso ¿por qué me dio a mí, por qué razón?, aun es algo que me cuesta asimilar... me ayuda hacer cosas en el computador o estar con mi familia para distraerme, tener distracciones... me gusta escuchar música, eso me ayuda".

(E7): "Siempre le pregunto a mi mamá las cosas que puedo hacer, siento que dependo un poco de ella, por lo menos ahora es así... me gustaría ser más independiente".

(E4): "Me gustaría sanarme, no tener pensamientos malos, no ser tan nerviosa... poder trabajar, ser capaz de trabajar y ayudar a mi mamá con los gastos".

La conexión con profesionales de la salud cuando se percibe carente de empatía genera sentimientos de desconfianza y aislamiento. En última instancia, más allá del tratamiento médico, los participantes buscan ser vistos y reconocidos como individuos con emociones, deseos y necesidades propias:

(E9): "Yo sé que les enseñan mucho a ser fríos con sus pacientes, a tratar de no involucrarse, a mantener la distancia... eso es algo que me molesta mucho porque sientes que hablas con un desconocido y que no le importa nada de lo que le estás diciendo".

Por otro lado, la presencia de narrativas relacionadas con el uso de medicina Aymara desvela la necesidad de conexión con las tradiciones en personas con una identidad étnica; la dimensión simbólica de las tradiciones culturales ofrece otras perspectivas de salud y marcos de referencia a las personas con esquizofrenia que fortalece el sentido de pertenencia. También las tradiciones étnicas abordan la salud y el bienestar, estos enfoques pueden complementar los tratamientos convencionales, ofreciendo un camino más integral hacia la recuperación:

(E1): *“Tengo mi línea de vida muy larga... eso me dijo un Yatiri... si vivo muchos años voy a poder pasar más tiempo con mi hija”.*

Empoderamiento

El empoderamiento, visto a través del prisma de estos testimonios, no es un destino fijo, sino un proceso continuo de autodescubrimiento, resistencia y redefinición, una combinación de recursos psicológicos de autogestión, resistencia y una profunda introspección donde el individuo se reconoce como un actor central en su vida, afirmando la propia trayectoria de vida, aceptando tanto las alegrías como las penas, las victorias como las derrotas:

(E9) *“Las decisiones que he tomado han sido cruciales en mi vida, si pudiera retroceder en el tiempo, elegiría el mismo camino”.*

(E2): *“Uno se vuelve a levantar y sigue adelante a pesar de los problemas que uno ha tenido... me veo a mí mismo como una persona de que se ha superado”.*

El empoderamiento no es simplemente seguir instrucciones médicas, sino comprender y valorar su rol en el bienestar personal. Involucra la autodisciplina con la administración del tratamiento:

(E8): *“En cuanto al tratamiento, en general no tengo problema en seguir las indicaciones que me dan en el centro donde voy. Asisto a terapia ocupacional y otros controles, y me mantengo organizado en cuanto a las recetas y las fechas. Es algo que tomo muy en serio y me esfuerzo por hacerlo correctamente”.*

Es la toma de decisiones que reflejan una autenticidad personal, pero también el reconocimiento de requerir orientaciones y aprender de otros:

(E5): *“Yo misma tomo mis decisiones, sí... también le pido orientación a mi tío, que es sabio, le pido recomendaciones, cosas así. Le pido ayuda cuando la necesito. Yo llevo mis medicamentos y también mis controles. Me siento como alguien que lleva el control de su vida, sí... definitivamente”.*

Involucra la capacidad de sostener el equilibrio entre aceptar la realidad de sus experiencias con el diagnóstico —las voces— y desafiar la narrativa que estas podrían imponer. El empoderamiento, en este contexto, es aprender a coexistir con estas voces, mientras se mantiene la autoridad sobre el propio ser y narrativa:

(E7): *“Escucho un poco una voz, pero no me dice nada malo. Es como que todavía no me sano completamente porque todavía como que no hay cura no, es como que las pastillas sólo me mantienen estable... ya he aprendido a lidiar con esta voz”.*

(E10): *“Escucho voces, a veces, no pesco”.*

El empoderamiento, también se traduce en una resiliencia arraigada, un reconocimiento del propio valor y fortaleza, incluso cuando se enfrentan desafíos profundos:

(E2): "Me mantengo ocupado haciendo mis cosas en el departamento igual me mantengo estudiando, así no me da la mente para psicosearme".

Vida con significado

El significado se configura como tratar de reconstruir la identidad, redefinir metas y aspiraciones y navegar las interacciones entre los deseos personales y las limitaciones impuestas por el diagnóstico. La recuperación se vincula con la capacidad de influir en el mundo que les rodea de una manera positiva:

(E4): "Me gustaría sanarme, no tener pensamientos malos, no ser tan nerviosa... poder trabajar, ser capaz de trabajar y ayudar a mi mamá con los gastos".

Sin embargo, una vida significativa no siempre es extraordinaria; también en apreciar la paz y la plenitud en acciones simples como "estar tranquilo, viendo tele" refleja la necesidad de sentirse arraigado en lo cotidiano y lo familiar, donde la esencia de esta experiencia se sitúa en la intersección entre el deseo de pertenecer y la necesidad de contribuir.

(E3): "No tengo metas, pienso en estar tranquilo, viendo tele, eso".

Implica proyectarse hacia un futuro donde el trastorno no sea la narradora principal de su historia. Estas visiones de futuro, aunque diversas, convergen en una búsqueda de propósito y autonomía:

(E6): "Tengo el sueño que en el futuro pueda formar una familia, poder comprarme una casa... llegar a ser independiente... la enfermedad me dificulta lograrlo por ahora".

Aunque los temores relacionados al trastorno puedan frenar los pasos hacia la autorrealización, la conciencia de este desafío y la expresión de la necesidad de superación reflejan que la recuperación está entrelazada con la aspiración de vivir una vida significativa, lo que ofrece una visión íntima de la lucha interna entre las aspiraciones y la realidad percibida, un pulso constante entre la autenticidad y las limitaciones autoimpuestas:

(E7): "Me gustaría ser profesora o intérprete en inglés... pero no quiero estudiar, por lo misma razón que no quiero buscar un trabajo, me da miedo no rendir, me falta ser más valiente, yo creo que va en mí no más... de chiquitita siempre soñé con irme a Estados Unidos... creo que lo podría lograrlo, pero necesito salir de mi zona de confort, llevo muchos años sin hacer nada".

(E8): "Quiero publicar mi libro. Es algo que deseo hacer antes de buscar un trabajo. Quiero dar vida a mi obra y compartir mis ideas con los demás... es una de las cosas más importantes para mí en este momento".

La recuperación se relaciona con búsqueda de mejores condiciones de vida, un mejor entrelazamiento entre el individuo y su entorno como búsqueda de un clima fresco y un entorno tranquilo no es sólo una preferencia, es una manifestación de cómo el mundo exterior puede resonar o disonar con el mundo interior:

(E9): "Mi principal objetivo ahora es terminar la carrera, pero después de eso, tengo planes de vivir en un lugar tranquilo con bosques y un clima más fresco, ya que el sol me afecta mucho... meta es encontrar un lugar donde pueda vivir en paz y ser feliz".

Esperanza

La Esperanza se describe como una fuerza de resistencia, adaptabilidad y el deseo de crecimiento que actúan como un vínculo entre la realidad interna y externa, brindando un sentido de posibilidad y propósito en situaciones de incertidumbre. La esperanza no es estática, sino que evoluciona y actualiza su relación con el diagnóstico, impulsando el crecimiento y la resistencia frente al estigma:

(E7): "Cuando a uno le dan un diagnóstico como la esquizofrenia uno tiende como a estigmatizarse y sin querer te convences de que hay cosas que ya no puedes hacer... yo creo que hay que tener esperanza y fe igual... para animarse a seguir realizando cosas, retomar tu vida... con el tratamiento las voces se van y puedes retomar tu vida de a poco, pero es importante mantenerse positivo".

Sin embargo, esta esperanza a menudo coexiste con la incertidumbre, y algunas personas se sienten preocupadas por su futuro a pesar de tener esperanza:

(E1): "Creo que podría estar mejor... más animosa, más contenta, con más ganas de hacer las cosas, estar más motivada... eso, me gustaría hacer eso... creo que puedo hacerlo... pero mi futuro es incierto... creo que mi pareja me va a dejar, mi hija en algún momento se va a ir de la casa, mis papás se van a morir y me voy a quedar solita, para mí es algo preocupante".

También está relacionada con la búsqueda de significado, no sólo aspirando al bienestar, sino buscando un propósito que dé sentido a los esfuerzos y logros, independientemente de la esquizofrenia:

(E8): "Espero que el futuro me traiga buenas cosas, pero también tengo miedos... mi mayor temor es que, a pesar de lograr mis metas, siga sintiéndome vacío o que mis esfuerzos al final no me llenen... quiero estar satisfecho con lo que logre y sentir que lo que hago significa algo".

Se presenta como un acto de transformación, recordando que mantener una actitud positiva y sonreír en medio de los desafíos es una manifestación tangible y poderosa de esperanza:

(E9): "Hay que ser positiva, frente a la enfermedad, frente a la vida, frente a los problemas. Siempre estar con una sonrisa, así como ser payasa".

Identidad

La recuperación no es simplemente una cuestión de tratamiento médico, también implica una reconstrucción personal y social del significado, la identidad y el propósito. El deseo de recuperación no es necesariamente sobre la remisión de síntomas o adaptarse a una versión convencional de normalidad, sino sobre el hallazgo de una paz y satisfacción interna:

(E9): "Para mí, recuperarse sería estar satisfecho con como uno es".

El desafío de transformar la identidad se nutre de herramientas como el sentido del humor y la autoaceptación. Las risas al llamarse "loca" muestran un desahogo hacia el diagnóstico, es una forma de tomar el control de su propia narrativa y cambiar la resonancia afectiva al enfrentar el estigma:

(E5): "Estoy mejor, estable, mejor psicológicamente, he aceptado más mi enfermedad, antes me acostaba, pero ya la acepté... yo pienso que es importante aceptar la enfermedad... me digo que soy loca [risas] trato de tomármelo con humor".

Los relatos destacan el valor de la autodeterminación, y la búsqueda de los aspectos de su identidad que son independientes de la esquizofrenia, resaltando que el trastorno es sólo una parte de la totalidad de su ser.

(E2): "No pienso en eso [En la esquizofrenia]... no trato de pensar que tengo mi enfermedad, no me defino a partir de la enfermedad, sino que, a partir de otras cosas, como alguien que se supera, que le gusta la música, alguien que le gusta estudiar la Biblia".

La identidad organiza la experiencia personal y se reconfigura constantemente en un diálogo con los estereotipos y el estigma público asociados al diagnóstico, lo que subraya que la esquizofrenia no tiene un rostro único, y que cada individuo vive y representa el trastorno de manera distinta, lo que recalca el rol activo en la gestión de la imagen y la complejidad del equilibrio entre la autodirección y la correspondencia con el mundo social.

(E1): "yo he visto a esquizofrénicos, pero se les nota mucho... de lejos que tienen esquizofrenia y yo paso piola, es lo que me he dado cuenta... que esta enfermedad es muy variable... que cambia mucho de persona a persona".

El lenguaje clínico, aunque necesario, puede obstaculizar la autoafirmación y la identidad más allá del trastorno. La gestión del impacto del trastorno implica un diálogo entre el estigma y la valoración de las mejoras, mostrando la intersección entre lo personal, lo social y lo clínico en el proceso de recuperación. La resistencia al estigma involucra una posición interna que promueve el bienestar psicológico en la gestión de la imagen personal:

(E8): "Para mí, recuperación se asocia con la idea de que algo está mal y necesita ser arreglado. Pero personalmente, prefiero enfocarme en el cambio, el progreso y la mejora"

Facilitadores de la recuperación

Resiliencia

A pesar de la presencia de apoyos externos, la capacidad individual de elegir el enfoque positivo, de auto preservarse y creer en la posibilidad de mejora es esencial. Implica una fortaleza que empuja la capacidad para sobreponerse:

(E2): "Hay que tratar de estar feliz buscando cosas positivas y alejarse de las cosas negativas".

No obstante, conlleva el desafío de reconocer y aceptar las propias limitaciones. Se teje en un complejo entramado de interacciones con el entorno terapéutico, social y personal:

(E8): "Creo en la capacidad de las personas para cambiar y mejorar. Con la adecuada técnica y voluntad, pueden alcanzar sus metas y encontrar la versión mejorada de sí mismos".

Encontrar pasatiempos

Las actividades cotidianas y los pasatiempos actúan como anclajes a la realidad y fuentes de alegría. Estos momentos, a menudo considerados triviales, pueden ser vitales para cultivar un sentido de pertenencia y logro, ofrecer una sensación de normalidad y propósito. Sin embargo, en ocasiones, también pueden actuar como un refugio, un espacio donde aislarse del mundo exterior y sus demandas, generando tensiones entre el deseo de conexión y la necesidad de retiro. Si se utilizan en exceso, corren el riesgo de alejar a la persona de la realidad, creando una burbuja protectora pero aislante:

(E5): "Los remedios, creo que es lo que más me ha ayudado... junto con la ayuda mi familia, también la doctora y la psicóloga, también mis pasatiempos como la música, el baile, los animales también... tengo dos perritas que me dan alegría de vivir".

Apoyo familiar

Los testimonios recurrentemente destacan la importancia del núcleo familiar. La familia no sólo ofrece apoyo emocional, sino que se convierte en el impulso diario para enfrentar retos y hallar propósito. Este soporte incondicional funciona como un bálsamo en momentos de vulnerabilidad, consolidando la idea de que la recuperación es un acto comunitario tanto como individual. Sin embargo, también puede ser una fuente de expectativas y, a veces, de incomprensión. La dualidad reside en el deseo de conectar versus la frustración de no ser completamente entendido, la familia puede brindar motivación, pero también puede, inadvertidamente, intensificar la presión de "ser normal":

(E1): "A parte de los medicamentos, creo que mi familia me ayuda mucho... estando con ellos estoy bien porque en la mañana me dan motivación para levantarme, para subir a la micro, para ir para allá a cocinar con mi hermana, estar pendiente de todo lo que le pasa... también para mí vender quesos, más que un trabajo lo veo como una terapia también".

Tratamiento Médico Adecuado

La importancia de la medicación va más allá del alivio sintomático; se trata de un pacto de responsabilidad y compromiso con la propia salud. Adherirse al tratamiento simboliza una toma de control, una decisión activa de buscar el equilibrio y la estabilidad:

(E8): "En general no tengo problema en seguir las indicaciones que me dan en el centro donde voy. Asisto a terapia ocupacional y otros controles, y me mantengo organizado en cuanto a las recetas y las fechas. Es algo que tomo muy en serio y me esfuerzo por hacerlo correctamente".

Por otra parte, la medicación, aunque vital, presenta su propio conjunto de tensiones. Proporciona estabilidad, pero también puede ser un recordatorio constante de la condición. Algunos pueden sentir que su bienestar está ligado a una píldora, creando una relación ambivalente de gratitud y resentimiento:

(E6): "Al principio, no me gustaba mucho porque no me acostumbraba a la idea de depender de pastillas. Me cuestionaba ¿Para qué tomo pastillas?, con el tiempo, me fui acostumbrando y ahora ya estoy sometido a tomarlos".

Desconexión con equipo de salud

Médicos, psicólogos y otros profesionales de salud mental no son sólo proveedores de tratamiento; son testigos y acompañantes en el viaje de recuperación. Su experiencia y empatía brindan un marco estructurado para la autoexploración y el crecimiento. Sin embargo, la relación terapéutica no está

exenta de desafíos ligados al lenguaje clínico, así como la etiqueta de un diagnóstico, en ocasiones, los vínculos terapéuticos y la experiencia de "ser tratados" puede sentirse como una marca de estigma, un recordatorio de su diferencia, un camino que refleja el dilema de buscar entendimiento y el recordatorio constante de una "anomalía":

(E5): "Sientes que cuando tú planteas que en ti hay cosas en conflicto o que tienes pena o cosas que necesitas trabajar, no es importante, como no estás psicótica... como no estás escuchando voces, para los médicos tú estás bien... sientes que no te toman tan en cuenta".

Finalización o discontinuidad de Terapias

Algunos testimonios configuran como obstaculizador la terminación prematura o Discontinuidad Terapéutica de los tratamientos descrita como un fenómeno que implica la reducción o cese no deseado de intervenciones y servicios de salud mental esenciales, como sesiones de terapia y consultas en salud mental, en respuesta a percepciones de mejoría o estabilización del paciente. Este fenómeno puede representar una barrera significativa para la consecución de la recuperación sostenida y el manejo eficaz de condiciones de salud mental:

(E2): "Me gustaría que no se cortarían las terapias de grupo, que uno no deje de ver al terapeuta, todo eso, que no se deje de ver a los psicólogos, el psiquiatra, todo eso se corta a medida que uno comienza a recuperarse y eso se fue como cortando y al último uno ya se queda con un solo médico".

Este abordaje, que puede ser un reflejo de las complicaciones bajo las que se encuentran sometidos los sistemas públicos de salud, derivadas de gestionar recursos escasos, también subraya una posible inclinación institucional hacia el manejo clínico y la estabilización de los síntomas, desatendiendo aspectos vitales como el empoderamiento y el combate al estigma pone el foco en la contención sintomática y la farmacoterapia, dejando de lado el tratamiento de necesidades psicosociales y subjetivas, lo que denota una necesidad imperante de redefinir y actualizar las estrategias terapéuticas actuales:

(E9): "Disminuir el intervalo de tiempo en el que tú ves al psiquiatra, por ejemplo, como tratar de verlo más de una vez al mes. Pero sé que eso prácticamente no se puede porque casi todos los psiquiatras están ocupados, o sea, están corriendo para todos lados. Yo lo he visto... no tienen tiempo".

Integración de resultados

En la tabla 7 se resumen los principales resultados del análisis integrado al fusionar las bases de datos cualitativas y cuantitativas. Para las dimensiones globales de la recuperación, en los hallazgos cuantitativos se observa una correlación entre la recuperación psicológica, la funcionalidad y la remisión. Del mismo modo, las valoraciones subjetivas de los entrevistados integran narrativas que confirman esta relación, al incluir aspectos sintomáticos, funcionales y psicológicos en la configuración de la recuperación.

Para el modelo CHIME, el análisis de la fusión de datos cuantitativos y cualitativos reveló una confirmación de los hallazgos en las dimensiones de esperanza y significado, donde ambos tipos de datos muestran una intersección entre la recuperación psicológica, la funcionalidad y la remisión de síntomas.

Sin embargo, en las dimensiones de conexión, identidad y empoderamiento, la fusión de datos reveló una expansión en los hallazgos entre las bases de datos cualitativas y cuantitativas. Se destaca la importancia atribuida por los entrevistados a la discriminación y el aislamiento, resaltando la necesidad de mantener vínculos con tradiciones étnicas y espirituales como parte integral de la conexión. Además, aunque no se observó correlación entre el autoestigma y los síntomas en la dimensión de identidad, los entrevistados relacionaron la adopción de estereotipos negativos con la sintomatología afectiva. Por último, las valoraciones subjetivas de los entrevistados recalcan la importancia de la autonomía y la reducción de la alienación al estigma como parte del empoderamiento, señalando cómo estos aspectos están estrechamente asociados con mejoras clínicas en síntomas y funcionalidad

Discusión

El presente estudio examinó la interacción entre medidas clínicas y valoraciones subjetivas sobre el proceso de recuperación en individuos con diagnóstico de esquizofrenia. El marco teórico abordó la recuperación desde una óptica holística, diferenciando principalmente tres dimensiones: mejoras sintomáticas, funcionales y psicológicas. Los resultados sobre las medidas de recuperación se relaciona con los conceptos de recuperación clínica y subjetiva, tal como se discute en la literatura (Leamy et al., 2011; Van Eck et al., 2018).

a) Relación entre medidas globales de recuperación psicológica, funcional y remisión de síntomas.

La recuperación clínica, funcional y personal en la esquizofrenia reflejan diferentes perspectivas no necesariamente concordantes entre sí (Giusti et al., 2015; Macpherson et al., 2016; Rossi et al. 2018). Revisiones meta-analíticas previas han encontrado que la relación entre la recuperación clínica y personal es de pequeña a mediana magnitud, donde la gravedad de los síntomas es el componente clínico más débil en relacionarse con la recuperación personal (Leendertse et al., 2021; van Eck et al., 2018), incluso siendo posible que no exista relación alguna entre los indicadores clínicos y subjetivos de la recuperación (Jensen et al., 2020), lo que implica que las personas con esquizofrenia pueden participar en el proceso de recuperación personal y disfrutar de un bienestar positivo independientemente de su estabilidad clínica y competencia funcional (Chan et al., 2018). Los resultados de esta investigación utilizando un diseño mixto convergente proporcionan una mirada más amplia sobre esta discusión conceptual en el que la recuperación se entiende como un proceso multidimensional que abarca diversos aspectos, como los síntomas y el funcionamiento psicosocial, así como el desarrollo de estrategias de afrontamiento individualizadas. Aunque estas dimensiones representan diferentes facetas del mismo fenómeno, es posible que la falta de relación reportado en las revisiones meta-analíticas entre los componentes sintomáticos y psicológicos se produzca dado que la evaluación de este proceso ha sido principalmente abordada desde dos perspectivas conceptuales y metodológicamente opuestas: una perspectiva clínica cuantitativa centrada en los resultados y otra perspectiva subjetiva cualitativa centrada en el proceso, basada en informes narrativos (Nowak et al., 2017; Mathew et al., 2018). Esta diferencia de resultados ha sido abordado por diversas revisiones meta analíticas en el que se han identificado niveles significativos de heterogeneidad y tamaños del efecto pequeño entre las medidas clínicas y subjetivas, lo que da fuerza además a la idea de la singularidad vinculada al proceso (Leendertse et al., 2021; Ponce-correa et al., 2023; van Eck et al., 2018)

Por lo tanto, a la luz de los resultados, no sería apropiado considerar estas dimensiones como completamente independientes, sino más bien como interdependientes. Un estudio previo sugiere que conceptualmente estas perspectivas podrían complementarse, ya que la recuperación sintomática se asocia con la mejora bioquímica, la recuperación funcional con la mejora social y la recuperación personal con el fortalecimiento psicológico (Lim et al., 2019). Estas relaciones fueron confirmadas por el grupo de entrevistados, sus valoraciones

subjetivas sobre la recuperación entrelazan la necesidad de controlar los síntomas, la búsqueda de funcionamiento autónomo y el bienestar personal. Un estudio cualitativo previo arrojó hallazgos similares, donde la recuperación clínica se percibe como un paso inicial fundamental hacia la recuperación a nivel social y personal. Los participantes reconocen que, para integrarse plenamente en la sociedad, es esencial reducir y controlar los síntomas relacionados con su condición (Guzman et al., 2019).

b) Relación entre el marco Conceptual CHIME (Conexión, Esperanza, Identidad, Significado y Empoderamiento), la funcionalidad y la remisión.

Siguiendo a Leendertse et al. (2021), comprender el efecto de los componentes de la recuperación psicológica, los cambios en la sintomatología y el funcionamiento social puede beneficiarse al analizar por separado cada componente del modelo CHIME y su relación con la funcionalidad y la gravedad de los síntomas. En líneas generales, los resultados obtenidos arrojaron que existe una intersección entre las mejoras en los síntomas, la funcionalidad y el bienestar psicológico entre las bases de datos cuantitativas y cualitativas

Los resultados arrojaron que la conexión en las bases de datos cuantitativas y cualitativas se solapa parcialmente en relación con la mantención de vínculos y el apoyo social percibido, mientras que en aspectos como el estigma, la espiritualidad y la religión los resultados difieren y se expanden. A nivel cuantitativo la conexión se correlaciona con la mejora de los síntomas y la funcionalidad, siendo la correlación más fuerte la observada entre la disposición a pedir ayuda y en menor magnitud con el apoyo social percibido de las amistades. Estos resultados convergen con estudios previos en el que se recalca la relevancia para la recuperación psicológica donde el establecimiento de vínculos significativos proporciona apoyo emocional y fomenta un sentido de pertenencia en la comunidad (Green et al., 2018). Los pacientes con esquizofrenia con niveles más altos de apoyo social experimentan tasas más altas de remisión siendo el apoyo familiar un factor indispensable para la remisión sintomática (Fan et al., 2021). Sin embargo, la sintomatología propia de la esquizofrenia, como la paranoia o la falta de motivación, puede dificultar la formación de estas conexiones, por lo que por sobre la densidad de las relaciones resulta más relevante la calidad de los vínculos (El-Monshed y Amr, 2020). A pesar de que el aislamiento y las experiencias de discriminación sólo se correlacionaron con la recuperación psicológica, el aislamiento y las experiencias de discriminación se asocian a la soledad, una experiencia muy frecuente en la esquizofrenia que incrementa la inseguridad y la

percepción de amenaza ambiental, lo que conduce a un funcionamiento emocional y cognitivo deficiente (Eglit et al., 2018) afectando la salud y las posibilidades de mejora (Fulford y Holt, 2023). Además, las narrativas de los participantes destacan la importancia de la conexión espiritual y con las tradiciones ancestrales étnicas, como fuentes de apoyo social, coincidiendo con investigaciones previas que resaltan el papel positivo de la religión en la integración social y el manejo de la enfermedad en pacientes con esquizofrenia (Grover et al., 2014).

Los resultados confirman que la esperanza y las medidas de recuperación se correlacionan tanto en las bases de datos cuantitativas como cualitativas. Cuantitativamente, la esperanza se relaciona estrechamente con la mejora de los síntomas y la funcionalidad, lo cual concuerda con la evidencia previa que la describe como una fuerza de resistencia, adaptabilidad y enfoque de crecimiento. Esto proporciona un sentido de posibilidad y propósito en situaciones de incertidumbre, reduciendo el impacto de síntomas como la depresión y la ansiedad (Sari et al., 2021). El aumento de la esperanza brinda una perspectiva positiva del futuro, aliviando la tensión de los desafíos cotidianos asociados al diagnóstico, fortaleciendo así el crecimiento y la resistencia al estigma, lo que facilita la participación y la funcionalidad (Özdemir y Kavak, 2021). Además, la esperanza está vinculada con la búsqueda de significado, no solo orientada al bienestar, sino también en la búsqueda de un propósito que otorgue sentido a los esfuerzos y logros. Esta amplitud de creencias sobre las trayectorias del trastorno va más allá de la concepción de cronicidad, permitiendo considerar la posibilidad de mejora o recuperación. Este enfoque promueve el crecimiento personal y la disposición a esforzarse en el presente para alcanzar metas futuras, lo que potencialmente puede traducirse en mejoras tanto en la funcionalidad como en la sintomatología (Wong et al., 2023).

Para la identidad se observó un solapamiento parcial entre las bases de datos cuantitativas y cualitativas, observando diferencias relacionadas con el rol del autoestigma con la gravedad de los síntomas. Los resultados cuantitativos arrojaron que la identidad se correlaciona con la mejora de los síntomas y la funcionalidad, siendo la correlación más fuerte la observada entre la resistencia al estigma y en menor magnitud el autoestima. El impacto del estigma internalizado sobre la recuperación, al menos en parte, se produce a través de disminuciones en la autoestima (Jahn et al., 2020). La identidad abarca la tarea de definirse más allá del diagnóstico, aunque sin límites claros (Lysaker et al., 2019). Reconstruir la identidad implica aceptar el diagnóstico, donde la autoestima y la resistencia al estigma reflejan cómo las personas manejan sus experiencias asociadas al diagnóstico en un complejo entramado en el que identificarse en exceso puede fomentar el

autoestigma o descuidar el crecimiento personal en otras áreas (Sibitz et al., 2011; Yanos et al., 2020). La falta de aceptación del diagnóstico puede llevar a problemas con el tratamiento, afectando la sintomatología (Yanos et al., 2010). Esta interacción está ligada a la autoeficacia y los desafíos para mejorar la funcionalidad (Çapar y Budak, 2018). Aunque el autoestigma se correlaciona con mejoras psicológicas y funcionales, en este estudio no se relacionó con la gravedad de los síntomas, posiblemente debido a variables contextuales (Koschorke et al., 2014). Un estudio previo encontró que aspectos como los bajos ingresos, la soltería, el desempleo y dosis altas de antipsicóticos se asociaron con diferentes dimensiones del autoestigma y la funcionalidad, pero no con la gravedad de los síntomas (Fond et al., 2023). Otro estudio señaló que la relación entre el autoestigma y la gravedad de los síntomas puede estar afectada por el deterioro en la cognición social (Schwarzbold et al., 2021).

Los resultados arrojaron que el significado a nivel cuantitativo se correlaciona con la mejora de los síntomas y la funcionalidad, siendo la correlación más fuerte la observada entre la orientación a las metas y en menor medida la calidad de vida. El significado se enfoca en cómo los individuos interpretan y valoran sus vidas, construyendo un sentido de propósito y metas que sirven de guía y orientación para valorar y ajustarse las vivencias (Hasson-Ohayon et al., 2016). La relación entre el logro de metas, la confianza y la recuperación es compleja. Aquellas personas con un trastorno mental grave y una mayor confianza tienen más probabilidades de alcanzar una meta. Sin embargo, lograr una meta no garantiza una mayor confianza en futuros logros (Rose y Smith, 2018), lo que destaca la importancia del apoyo social y motivacional (Fulford, et al., 2020). Perseguir y alcanzar metas puede mejorar la valoración de la propia vida, lo que se refleja en la calidad de vida percibida. La orientación a las metas puede motivar la participación activa en el tratamiento y el autocuidado, lo que podría influir en la sintomatología y la funcionalidad. Un estudio con diseños mixtos encontró una relación entre las mejoras en la recuperación y el aumento de la calidad de vida, atribuido al mayor control sobre las metas del tratamiento (Coffey et al., 2019).

Los resultados arrojaron que el empoderamiento a nivel cuantitativo se correlaciona con la mejora de los síntomas y la funcionalidad, siendo la correlación más fuerte la observada entre el control de los síntomas y la más débil la resiliencia. El empoderamiento no es un destino fijo, sino un proceso continuo de autodescubrimiento y una combinación de recursos psicológicos de autogestión, resistencia y una profunda introspección donde el individuo se reconoce como un actor central en su vida (Jaiswal et al., 2020). El empoderamiento no es simplemente seguir instrucciones médicas, sino comprender y valorar su rol en el bienestar

personal dando cuenta por una parte del fortalecimiento de la autodirección personal, pero también el reconocimiento de limitaciones y necesidades de crecimiento (Hasson-Ohayon et al., 2016). Desde las valoraciones subjetivas de los entrevistados, empoderarse contribuye al desarrollo activo de estrategias para afrontar y desarrollar control sobre la propia sintomatología, además del involucramiento activo en el tratamiento, también se relaciona con el desarrollo de ocupaciones y la búsqueda de conexiones significativas como soporte emocional. En este sentido, el empoderamiento, también involucra la resiliencia y la capacidad de superar la adversidad y gestionar los desafíos (Izydorczyk et al., 2019). Tanto el desarrollo de estrategias para el control de los síntomas como la resiliencia favorecen cambios en la remisión (Hasan y Musleh, 2017) y la funcionalidad (Lee et al., 2021).

c) Facilitadores de la recuperación.

Las medidas de recuperación presentan variaciones diferenciales que refuerzan la idea de que las personas con esquizofrenia experimentan mejoras significativas sus medidas de recuperación, estos resultados convergen con investigaciones previas (O’Keeffe et al., 2018; Rossi et al., 2018). La remisión de síntomas es la medida de recuperación con mayor índice de cambio clínicamente significativo tras 12 meses (32%), seguido por la recuperación psicológica (23%) y la recuperación funcional (9%).

Remisión sintomática

La integración de datos arrojó que la resiliencia mostró un efecto significativo en la remisión sintomática, esto va de la mano de estudios previos (Meesters, 2014; O’Keeffe et al., 2018; Yeo et al., 2022). Una revisión meta-analítica encontró que la relación entre resiliencia y mejores resultados clínicos en personas con esquizofrenia puede explicarse mediante tres modelos entrelazados de resiliencia. El primero, un modelo compensatorio, sugiere que la resiliencia, asociada con la ausencia de déficits cognitivos y la presencia de esperanza, contrarresta la adversidad relacionada con la gravedad de los trastornos, mostrando una correlación inversa con la severidad de la psicopatología. Por otro lado, el modelo de desafío plantea que la exposición continua a estresores, como el tiempo de psicosis no tratado, puede aumentar la sensibilidad a futuros estresores, aunque tratamientos prolongados podrían ayudar a la adaptación y reducir la vulnerabilidad. Finalmente, el modelo de factor protector destaca cómo la resiliencia influye en variables internas y resultados clínicos, como la depresión y la calidad de vida, permitiendo una mejor adaptación en personas con esquizofrenia

y reduciendo la probabilidad de desenlaces negativos (Yeo et al., 2022). No obstante, si bien este resultado pone de relieve la importancia de volcar la mirada hacia la subjetividad de las personas, refleja un enorme desafío para los servicios y proveedores de salud mental al no existir una dirección clara respecto a cómo promoverla (O'Keeffe et al., 2018).

Recuperación funcional

Se subraya la importancia de la autoestima, la confianza personal y la esperanza en el proceso de recuperación. Mejorar la autoestima y cultivar una visión optimista del futuro pueden fomentar la participación en actividades significativas y fortalecer la creencia en la propia capacidad para llevar una vida independiente. Mientras algunos estudios sugieren que la autoestima juega un papel mediador en la funcionalidad (Rossi et al., 2018), otros vinculan mejoras en la esperanza con avances en la recuperación funcional (Coşkun y Altun, 2018; İpçi et al., 2020; Vracotas et al., 2010).

Recuperación psicológica

Se destaca la importancia del apoyo social, los síntomas negativos, la autoestima, el estigma internalizado, la confianza personal y la esperanza como facilitadores de la recuperación psicológica. Los individuos afectados por síntomas negativos tienden a participar menos en actividades constructivas o placenteras, experimentan menos emociones positivas y mayores niveles de afecto negativo, y a menudo muestran una expresión emocional limitada. Estas dificultades se asocian con significativas deficiencias en el funcionamiento psicosocial, una menor calidad de vida y una recuperación más limitada (Castelein et al., 2021; García-Fernández et al., 2022; Moernaut et al., 2023; Van Eck et al., 2018).

Las mejoras psicológicas implican fortalecer la autoimagen y cultivar una visión optimista del futuro, lo cual es esencial considerando los desafíos que enfrentan las personas con esquizofrenia debido al estigma asociado con su diagnóstico y tratamiento. Estudios previos han demostrado que la recuperación psicológica es tan importante a lo largo del tiempo como la mejoría clínica (O'Keeffe et al., 2018). Desde una perspectiva sociocognitiva, el estigma internalizado juega un papel crítico como mediador entre las experiencias de estigma y la disminución de la autoestima, lo que puede influir en los resultados de la recuperación (Jahn et al., 2020). En cuanto al modelo CHIME, la esperanza se reveló como el mejor predictor de los cambios generales en la recuperación psicológica (Leendertse et al., 2021).

Por otro lado, el apoyo social percibido es un predictor relevante de la recuperación psicológica. El apoyo social, es un concepto multidimensional clave para personas con esquizofrenia que se manifiesta a través de relaciones que impactan tanto en el ámbito psicológico como social de los individuos. Las personas con esquizofrenia con redes de apoyo robustas e interacciones sociales satisfactorias presentan puntuaciones más altas de recuperación psicológica, mientras aquellos con redes más reducidas no (Corrigan y Phelan, 2004). Estudios previos han corroborado la relevancia del apoyo social como un predictor significativo (Li et al., 2023), siendo un componente clave para promover una visión optimista y una mejor autoestima, contribuyendo a mejorar los niveles de recuperación psicológica (El-Monshed y Amr, 2020).

El apoyo social percibido desempeña un papel relevante como predictor de la recuperación psicológica en individuos con esquizofrenia (Li et al., 2023). Este concepto, de naturaleza multidimensional, se manifiesta a través de relaciones que impactan tanto en el ámbito psicológico como en el social de las personas afectadas. Aquellos que disponen de sólidas redes de apoyo y mantienen interacciones sociales satisfactorias tienden a experimentar una mayor recuperación psicológica, en contraste con aquellos cuyas redes son más limitadas (Corrigan y Phelan, 2004). El apoyo social es componente esencial para fomentar una visión optimista y mejorar la autoestima, aspectos que contribuyen a elevar los niveles de recuperación psicológica (El-Monshed y Amr, 2020).

d) Desafíos para el tratamiento

Las perspectivas subjetivas de los entrevistados señalaron la desconexión con el equipo de salud mental y la escasez de tratamientos comunitarios como obstáculos significativos para la recuperación. La relación terapéutica a menudo genera sensaciones de estigmatización, tanto por parte de usuarios como de profesionales de la salud, debido a estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias. Además, aspectos estructurales del sistema de salud y la cultura organizacional también contribuyen a la estigmatización (Vaccari et al., 2020).

Aunque se observa discontinuidad en tratamientos no farmacológicos y una reducción en la atención post-estabilización de síntomas, la investigación en profundidad sobre este fenómeno es limitada. Estudios anteriores han identificado situaciones similares, como la desconexión gradual de personas con trastornos mentales graves de los tratamientos continuos de salud mental (Kreyenbuhl et al., 2009). Además, se han señalado discrepancias entre las percepciones de usuarios y proveedores sobre las barreras y la necesidad de incentivos para implementar

eficazmente intervenciones comunitarias en casos de esquizofrenia (Khattak et al., 2022). En naciones de bajos ingresos, se destaca la urgente necesidad de intervenciones más holísticas, que vayan más allá de las soluciones farmacológicas (Vaccari et al., 2020; Zapata et al., 2016).

Adicionalmente, surge el reto de redirigir los servicios de salud y a los proveedores hacia enfoques de recuperación centrados en el paciente, donde se priorice el apoyo necesario para que las personas con esquizofrenia puedan elaborar sus propios planes de recuperación, albergar esperanzas, superar el estigma, empoderarse y definir metas más allá del trastorno (Frost et al., 2017; Jacob, 2015). El desarrollo de la reforma de psiquiatría comunitaria en países de bajos ingresos es parcial, reformular los supuestos desesperanzadores del modelo biomédico que promueven la mirada hacia cronicidad que se desprenden de las prácticas informativas del diagnóstico (Kruger, 2000) o la relación con los equipos de salud (Guzman et al., 2019) es crucial para desarrollar enfoques reales promotores de esperanza y bienestar.

La investigación actual cuenta con tratamientos con evidencia para promover la recuperación en la práctica clínica. Un estudio reciente encontró que los niveles de esperanza pueden aumentarse mediante técnicas de Mindfulness, como el entrenamiento de reducción del estrés basado en la atención plena (Özdemir y Kavak, 2021). Estos hallazgos subrayan la importancia de que los profesionales de la salud mental se centren en infundir esperanza y reducir la depresión para mejorar la recuperación de las personas con esquizofrenia. Además, es crucial que desarrollen e implementen programas para infundir esperanza y evalúen continuamente la efectividad de las intervenciones, especialmente en entornos de salud mental comunitarios y hospitalarios (Sari et al., 2021).

En relación con los síntomas negativos, la remediación cognitiva ha demostrado una moderada eficacia en la reducción de la gravedad de la sintomatología (Morin y Franck, 2017). Por otra parte, los resultados refuerzan la importancia del fortalecimiento de políticas dirigidas a la implementación de intervenciones comunitarias para reducir el estigma, la necesidad de intervenir los espacios donde las personas con esquizofrenia crecen y desarrollan fue un aspecto informado por los entrevistados como predictores de los cambios, la falta de conexión con los equipos de salud y la necesidad de tratamientos no farmacológico dirigidos a la mejora psicológica interna. El estigma estructural o institucional incluye tanto las políticas de instituciones privadas y gubernamentales que restringen indirectamente las opciones de las personas con trastornos mentales (Corrigan et al., 2004).

Si bien es posible que reducir el estigma social a nivel global y la exposición de los individuos a nivel local, tendría el mayor beneficio, el cambio cultural es un proceso extenso y desigual. Intervenciones más próximas podrían apuntar a reducir o eliminar el estigma internalizado y alterar su impacto dañino sobre el autoestima y otros elementos de recuperación. Estudios previos indican que los enfoques de mejora cognitiva-conductual y narrativa pueden ser eficaces para este fin (Yanos et al., 2008).

Limitaciones

Las limitaciones del presente estudio están relacionadas con las características del diseño mixto convergente respecto a la generalización de los resultados. Además de su complejidad metodológica, el gran volumen de datos obtenidos puede dificultar su análisis, por lo que existe un riesgo de sesgos relacionados con la subjetividad del investigador, ya que la interpretación de los hallazgos puede estar influenciada por las preferencias y perspectivas del investigador al momento de triangular las bases de datos (Creswell, 2018).

Por otra parte, a pesar de haber considerado para el presente estudio factores sociodemográficos como etnia, sexo y nivel educativo para equilibrar la submuestra de entrevistados, su influencia en las medidas de recuperación no se exploró completamente debido al gran volumen de datos por lo que las conclusiones deben valorarse con precaución tomando en cuenta las particularidades de la muestra y el territorio. No obstante el problema de la subjetividad en los enfoques cualitativos representa una unidad de análisis relevante a partir del cual el conocimiento puede ser situado en un contexto histórico e ideológico, lo que ofrece complejidad y profundidad (Cruz et al., 2012). Sería valioso para futuras investigaciones abordar esta interacción desde una perspectiva mixta, profundizando en cómo estos factores sociodemográficos pueden afectar las experiencias subjetivas de la recuperación en la esquizofrenia y la relación entre constructos, permitiendo profundizar en las particularidades del contexto como las características del sistema de salud en la región o la etnia entre otras características.

Las limitaciones del presente estudio están vinculadas a las particularidades del diseño mixto convergente, especialmente en lo que respecta a la generalización de los hallazgos (Creswell, 2018). La complejidad metodológica y el volumen extenso de datos recopilados pueden dificultar su análisis, lo que conlleva el riesgo de sesgos relacionados con la subjetividad del investigador al interpretar los resultados y realizar el análisis de múltiples fuentes de datos. Además, aunque se tomaron en cuenta factores sociodemográficos como la etnia, el sexo y el nivel

educativo para equilibrar la submuestra de entrevistados, su impacto en las medidas de recuperación no fue explorado exhaustivamente debido al amplio volumen de datos, por lo tanto, se debe ser cauteloso al generalizar las conclusiones, considerando las particularidades de la muestra como el alto porcentaje étnico y del contexto como las particularidades del sistema de salud (Guzman et al., 2019). No obstante, es importante destacar que la subjetividad inherente a los enfoques cualitativos proporciona una valiosa oportunidad para comprender los resultados dentro de su contexto histórico e ideológico, enriqueciendo así la interpretación de los mismos (Cruz et al., 2012). Para futuras investigaciones, sería relevante profundizar en esta interacción desde una perspectiva mixta, explorando cómo los factores sociodemográficos pueden influir en las experiencias subjetivas de recuperación en la esquizofrenia y su relación con diversos constructos. Esto permitiría una comprensión más completa de las características del contexto, como las diferencias en los sistemas de salud regionales y las variaciones étnicas.

Conclusión

La recuperación en esquizofrenia es multifacética e involucra la interacción entre la reducción de síntomas, el bienestar psicológico y el funcionamiento social. El modelo CHIME proporcionó una base sólida para decodificar la convergencia de fuentes de datos diversas. Integrando perspectivas clínicas y subjetivas, se destaca que la recuperación trasciende el ámbito interno y enfrenta obstáculos externos, como la necesidad de apoyo social y el combate contra el estigma. Los hallazgos indican que la resiliencia, la autoestima, la esperanza y el apoyo social desempeñan roles cruciales en distintos aspectos de la recuperación, como la remisión de síntomas, la mejora de la funcionalidad y el bienestar psicológico. No obstante, estos resultados también plantean desafíos para los sistemas de atención de salud mental y los profesionales que trabajan con personas con esquizofrenia. La necesidad de reformular los enfoques tradicionales, reducir el estigma y promover intervenciones comunitarias son cuestiones clave que deben abordarse para mejorar la calidad de vida y la recuperación de los pacientes.

Reconocimientos

Este estudio fue financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo ANID a través del Proyecto Fondecyt 1200785.

Referencias

- American Psychological Association, Frances, A., Pincus, H. Ay First, M. B. (2008). *DSM-IV: Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Elsevier Masson.
- Apostolopoulou, A., Stylianidis, S., Issari, P., Chondros, P., Alexiadou, A., Belekou, P., Giannou, C., Karali, E. K., Foi, V. y Tzaferou, F. (2020). Experiences of Recovery in EPAPSY's Community Residential Facilities and the Five CHIME Concepts: A Qualitative Inquiry. *Frontiers in psychiatry*, 11, 24. <https://doi.org/m8f2>
- Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., Fernández-Modamio, M., Santacoloma-Cabero, I., Gómez de Tojeiro-Roce, J., García-Polavieja, B., Santos-Zorrozuá, B. y Gil-Sanz, D. (2018). Adaptation into Spanish of the Internalised Stigma of Mental Illness scale to assess personal stigma. Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 11(4), 244-254. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.007>
- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J. y Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 644-653. <https://doi.org/10.1177/0004867413520046>
- Boyer, L., Simeoni, M. C., Loundou, A., D'Amato, T., Reine, G., Lancon, C. y Auquier, P. (2010). The development of the S-QoL 18: A shortened quality of life questionnaire for patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 121(1-3), 241-250. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.05.019>
- Çapar, M. y Budak, F. K. (2018). Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspectives In Psychiatric Care*, 55(1), 103-111. <https://doi.org/10.1111/ppc.12309>
- Caqueo-Úrizar A, Urzúa A, Mena-Chamorro P, Bravo de la Fuente J. (2021). Effects of Adherence to Pharmacological Treatment on the Recovery of Patients with Schizophrenia. *Healthcare (Basel)*, 9(9),1230. <https://doi.org/gq4jrc6>
- Caqueo-Úrizar, A., Boyer, L., Boucekine, M. y Auquier, P. (2014). Spanish cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Schizophrenia. Quality of Life short-version questionnaire (SQoL18) in 3 middle-income countries: Bolivia, Chile and Peru. *Schizophrenia Research*, 159(1), 136-143. <https://doi.org/f2wx4w>
- Caqueo-Úrizar, A., Urzúa, A., Loundon, A., Boucekine, M., Fond, G. y Boyer, L. (2019). The Latin American version of the internalized stigma of mental illness scale (LA-ISMI): a multicentric validation study from three Latin American countries. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1238-2>
- Castelein, S., Timmerman, M. E., Van Der Gaag, M., Visser, E., Arends, J., Bartels-Velthuis, A. A., Bruggeman, R., Jörg, F., Pijnenborg, G. H. M., Kneegting, H., Veling, W. y Wunderink, L. (2021). Clinical, societal and personal recovery in schizophrenia Spectrum Disorders across Time: States and annual transitions. *British Journal of Psychiatry*, 219(1), 401-408. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.48>

- Chan, R., Mak, W., Chio, F. y Tong, A. (2018). Flourishing With Psychosis: A Prospective Examination on the Interactions Between Clinical, Functional, and Personal Recovery Processes on Well-being Among Individuals with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophrenia bulletin*, 44(4), 778-786. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx120>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.12.002>
- Coffey, M., Hannigan, B., Meudell, A., Jones, M., Hunt, J. y Fitzsimmons, D. (2019). Quality of life, recovery and decision-making: a mixed methods study of mental health recovery in social care. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(6), 715-723. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1635-6>
- Corrigan, P. W. y Phelan, S. (2004). Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal*, 40(6), 513-523. <https://doi.org/10.1007/s10597-004-6125-5>
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E. y Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 481-491. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096>
- Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, Y. y Keck, L. (2004). Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophrenia bulletin*, 30(4), 1035-1041. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007118>
- Coşkun, E. y Altun, Ö. Ş. (2018). The relationship between the hope levels of patients with schizophrenia and functional recovery. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 98-102. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.10.006>
- Creswell, J. W. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5a ed). SAGE.
- Creswell, J. W. (2021). *A concise introduction to mixed methods research*. SAGE.
- Cruz, M. A., Reyes, M. J. y Cornejo, M. (2012). Conocimiento Situado y el Problema de la Subjetividad del Investigador/a. *Cinta de Moebio*, 45, 253-274. <https://doi.org/10.4067/s0717-554x2012000300005>
- Eglit, G. M., Palmer, B. W., Martin, A. S., Tu, X. y Jeste, D. V. (2018). Loneliness in schizophrenia: Construct clarification, measurement, and clinical relevance. *PLoS One*, 13(3), e0194021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194021>
- El-Monshed, A. H. y Amr, M. (2020). Association between perceived social support and recovery among patients with schizophrenia. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 13, 100236. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100236>
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L. y Cohen, J. (1976). The global Assessment scale. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766. <https://doi.org/10.1093/ajph/33.6.766>

- Evans, C., Margison, F. y Barkham, M. (1998). The contribution of reliable and clinically significant change methods to evidence-based mental health. *Evidence-based Mental Health*, 1(3), 70-72. <https://doi.org/10.1136/ebmh.1.3.70>
- Fan, C. H., Hsu, S. C., Hsiao, F. H., Chang, C. M., Liu, C. Y., Lai, Y. M. y Chen, Y. T. (2021). The Association of Social Support and Symptomatic Remission among Community-Dwelling Schizophrenia Patients: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 18(8), 3977. <https://doi.org/10.3390/ijerph18083977>
- Fetters, M. D. (2019). *The Mixed Methods Research Workbook. Activities for Designing, Implementing, and Publishing Projects*. SAGE.
- Fetters, M. D. y Freshwater, D. (2015). Publishing a Methodological Mixed Methods Research Article. *Journal Of Mixed Methods Research*, 9(3), 203-213. <https://doi.org/10.1177/1558689815594687>
- Fetters, M. D. y Molina-Azorín, J. F. (2017). The Journal of Mixed Methods Research starts a new decade: The Mixed Methods Research Integration Trilogy and its dimensions. *Journal of Mixed Methods Research*, 11(3), 291-307. <https://doi.org/10.1177/1558689817714066>
- Fetters, M. D., Curry, L. A. y Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. *Health services research*, 48(6 Pt 2), 2134-2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>
- Flick, U. (2018). *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata
- Fond, G., Vidal, M., Joseph, M., Etchecopar-Etchart, D., Solmi, M., Yon, D. K., Correll, C. U. y Boyer, L. (2023). Self-stigma in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of 37 studies from 25 high- and low-to-middle income countries. *Molecular Psychiatry*, 28(5), 1920-1931. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02003-4>
- Frost, B. G., Srinivasan, T. N., Johnston, S., Turrell, M., Lewin, T. J., Sly, K. A. y Conrad, A. M. (2017). An Integrated Recovery-Oriented Model (IRM) for Mental Health Services: evolution and challenges. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1164-3>
- Fulford, D. y Holt, D. J. (2023). Social Withdrawal, Loneliness, and Health in Schizophrenia: Psychological and Neural Mechanisms. *Schizophrenia Bulletin*, 49(5), 1138-1149. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad099>
- Fulford, D., Meyer-Kalos, P. S. y Mueser, K. T. (2020). Focusing on recovery goals improves motivation in first-episode psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 55(12), 1629-1637. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01877-x>
- Gandhi, S., Jose, D. y Desai, G. (2020). Perspectives of consumers in India on factors affecting recovery from schizophrenia. *The International journal of social psychiatry*, 66(1), 93-101. <https://doi.org/10.1177/0020764019877425>

- García-Fernández, L., Romero-Ferreiro, V., Sánchez-Pastor, L., Dompablo, M., Martínez-Gras, I., Espejo-Saavedra, J. M., Rentero, D., Aparicio, A. I., Alvarez-Mon, M. A., Lahera, G., Lee, J., Santos, J. L. y Rodríguez-Jimenez, R. (2022). Impact of Negative Symptoms on Functioning and Quality of Life in First Psychotic Episodes of Schizophrenia. *Journal of clinical medicine*, 11(4), 983. <https://doi.org/10.3390/jcm11040983>
- Giusti, L., Ussorio, D., Tosone, A., Di Venanzio, C., Bianchini, V., Necozone, S., Casacchia, M. y Roncone, R. (2015). Is personal recovery in schizophrenia predicted by low cognitive insight?. *Community mental health journal*, 51(1), 30-37. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9767-y>
- Green, M. F., Horan, W. P., Lee, J., McCleery, A., Reddy, L. F. y Wynn, J. K. (2018). Social Disconnection in Schizophrenia and the General Community. *Schizophrenia bulletin*, 44(2), 242-249. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx082>
- Grover, S., Davuluri, T. y Chakrabarti, S. (2014). Religion, spirituality, and schizophrenia: a review. *Indian journal of psychological medicine*, 36(2), 119-124. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.130962>
- Guetterman, T. C., Fetters, M. D. y Creswell, J. W. (2015). Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays. *The Annals of Family Medicine*, 13(6), 554-561. <https://doi.org/10.1370/afm.1865>
- Guzmán, K. C., Lira, I. C., Flores-Oyarzo, G., Arriagada, D. L., Vidal, N. O. y Grandón, P. (2019). Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación. *Psicoperspectivas*, 18(2). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue2-fulltext-1582>
- Hare-Duke L, Charles A, Slade M, Rennick-Egglestone S, Dys A, Bijdevaate D. (2023), Systematic review and citation content analysis of the CHIME framework for mental health recovery processes: recommendations for developing influential conceptual frameworks. *Journal of Recovery in Mental Health*, 6(1):38-44. <https://doi.org/10.33137/jrmh.v6i1.38556>
- Hasan, A. y Musleh, M. (2017). The impact of an empowerment intervention on people with schizophrenia: Results of a randomized controlled trial. *The International journal of social psychiatry*, 63(3), 212-223. <https://doi.org/10.1177/0020764017693652>
- Hasson-Ohayon, I., Mashiach-Eizenberg, M., Lysaker, P. H. y Roe, D. (2016). Self-clarity and different clusters of insight and self-stigma in mental illness. *Psychiatry Research*, 240, 308-313. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.060>
- Ho, R. T., Chan, C. K., Lo, P. H., Wong, P. H., Chan, C. L., Leung, P. P. y Chen, E. Y. (2016). Understandings of spirituality and its role in illness recovery in persons with schizophrenia and mental-health professionals: a qualitative study. *BMC psychiatry*, 16, 86. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0796-7>
- Hosseini, S. H. y Karkhaneh Yousefi, M. (2011). Quality of Life and GAF in Schizophrenia Correlation Between Quality of Life and Global Functioning in Schizophrenia. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 5(2), 120-125.

- İpçi, K., Yildiz, M., İncedere, A., Kiras, F., Esen, D. y Gürcan, M. B. (2020). Subjective Recovery in Patients with Schizophrenia and Related Factors. *Community mental health journal*, 56(6), 1180–1187. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00616-5>
- Izydorczyk, B., Sitnik-Warchulska, K., Kühn-Dymecka, A. y Lizińczyk, S. (2019). Resilience, Sense of Coherence, and Coping with Stress as Predictors of Psychological Well-Being in the Course of Schizophrenia. The Study Design. *International journal of environmental research and public health*, 16(7), 1266. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071266>
- Jacob K. S. (2015). Recovery model of mental illness: a complementary approach to psychiatric care. *Indian journal of psychological medicine*, 37(2), 117–119. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.155605>
- Jacobson, N. S., Follette, W. C. y Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jahn, D. R., Leith, J., Muralidharan, A., Brown, C. H., Drapalski, A. L., Hack, S. y Lucksted, A. (2020). The influence of experiences of stigma on recovery: Mediating roles of internalized stigma, self-esteem, and self-efficacy. *Psychiatric rehabilitation journal*, 43(2), 97–105. <https://doi.org/10.1037/prj0000377>
- Jahn, D. R., Leith, J., Muralidharan, A., Brown, C. H., Drapalski, A. L., Hack, S. y Lucksted, A. (2020). The influence of experiences of stigma on recovery: Mediating roles of internalized stigma, self-esteem, and self-efficacy. *Psychiatric rehabilitation journal*, 43(2), 97–105. <https://doi.org/10.1037/prj0000377>
- Jaiswal, A., Carmichael, K., Gupta, S., Siemens, T., Crowley, P., Carlsson, A., Unsworth, G., Landry, T. y Brown, N. (2020). Essential Elements That Contribute to the Recovery of Persons With Severe Mental Illness: A Systematic Scoping Study. *Frontiers in psychiatry*, 11, 586230. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.586230>
- Jenkins, J. H. y Carpenter-Song, E. (2005). The new paradigm of recovery from schizophrenia: cultural conundrums of improvement without cure. *Culture, medicine and psychiatry*, 29(4), 379–413. <https://doi.org/10.1007/s11013-006-9000-8>
- Jensen, S. B., Dalum, H. S., Korsbek, L., Hjorthøj, C., Mikkelsen, J. H., Thomsen, K., Kistrup, K., Olander, M., Lindschou, J., Mueser, K. T., Nordentoft, M. y Eplöv, L. F. (2019). Illness management and recovery: one-year follow-up of a randomized controlled trial in Danish community mental health centers: long-term effects on clinical and personal recovery. *BMC psychiatry*, 19(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2048-0>
- Jiménez, M. T. R., Galdós, J. S., Arredondo, M. T. M. y Bayón, D. N. (2017). Adaptación de la escala multidimensional de apoyo social percibido en población con trastorno mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 415–437. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352017000200006>
- Jose, D., Ramachandra, Lalitha, K., Gandhi, S., Desai, G. y Nagarajaiah (2015). Consumer perspectives on the concept of recovery in schizophrenia: A systematic review. *Asian journal of psychiatry*, 14, 13–18. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.01.006>

- Kay, S. R., Fiszbein, A. y Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Kendler, K. S. (2019). The Development of Kraepelin's Mature Diagnostic Concept of Catatonic Dementia Praecox: A Close Reading of Relevant Texts. *Schizophrenia Bulletin*, 46(3), 471-483. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz101>
- Khattak, M. I., Dikomitis, L., Khan, M. F., Haq, M. U., Saeed, U., Awan, N. R., Haq, Z. U., Shepherd, T., Mallen, C. D. y Farooq, S. (2022). Patients' and healthcare professionals' perspectives on a community-based intervention for schizophrenia in Pakistan: A focus group study. *PloS one*, 17(8), e0273286. <https://doi.org/m8f4>
- Koschorke, M., Padmavati, R., Kumar, S., Cohen, A., Weiss, H. A., Chatterjee, S., Pereira, J., Naik, S., John, S., Dabholkar, H., Balaji, M., Chavan, A., Varghese, M., Thara, R., Thornicroft, G. y Patel, V. (2014). Experiences of stigma and discrimination of people with schizophrenia in India. *Social science & medicine*, 123, 149-159. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.035>
- Kreyenbuhl, J., Nossel, I. R. y Dixon, L. B. (2009). Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature. *Schizophrenia bulletin*, 35(4), 696-703. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp046>
- Kruger, A. (2000). Schizophrenia: Recovery and hope. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 29-37. <https://doi.org/10.1037/h0095126>
- Lançon, C., Aghababian, V., Llorca, P. M. y Auquier, P. (1998). Factorial Structure of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): a forced five-dimensional factor analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(5), 369-376. <https://doi.org/dnxf6p>
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J. y Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lee, K. T., Lee, S. K., Lu, M. J., Hsieh, W. L. y Liu, W. (2021). Mediating effect of empowerment on the relationship between global function and personal recovery among community-dwelling patients with schizophrenia: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03239-6>
- Leendertse, J. C. P., Wierdsma, A. I., van den Berg, D., Ruissen, A. M., Slade, M., Castelein, S. y Mulder, C. L. (2021). Personal Recovery in People With a Psychotic Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Associated Factors. *Frontiers in psychiatry*, 12, 622628. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.622628>
- Leucht, S., Kane, J. M., Kissling, W., Hamann, J., Etschel, E. y Engel, R. R. (2005). What does the PANSS mean? *Schizophrenia Research*, 79(2-3), 231-238. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.04.008>

- Li, K., Wu, Y. y Chen, H. (2022). Predictors of personal recovery for individuals with schizophrenia spectrum disorders living in the community. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(1), 179-187. <https://doi.org/10.1002/cpp.2791>
- Liberman, R. P. (2002). Future directions for research studies and clinical work on recovery from schizophrenia: Questions with some answers. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 337-342. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016987>
- Lim, M., Li, Z., Xie, H., Tan, B. L. y Lee, J. (2019). An Asian study on clinical and psychological factors associated with personal recovery in people with psychosis. *BMC psychiatry*, 19(1), 256. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2238-9>
- Lumivero (2020). NVivo (Version 14).<https://www.lumivero.com>
- Lysaker, P. H., Keane, J. E., Culleton, S. P. y Lundin, N. B. (2019). Schizophrenia, recovery and the self: An introduction to the special issue on metacognition. Schizophrenia research. *Cognition*, 19, 100167. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2019.100167>
- Lysaker, P. H., Ringer, J., Maxwell, C., McGuire, A. y Lecomte, T. (2010). Personal narratives and recovery from schizophrenia. *Schizophrenia research*, 121(1-3), 271-276. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.03.003>
- Macpherson, R., Pesola, F., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. y Slade, M. (2016). The relationship between clinical and recovery dimensions of outcome in mental health. *Schizophrenia research*, 175(1-3), 142-147. <https://doi.org/f85jdk>
- Mathew, S., Nirmala, B. y Kommu, J. V. S. (2018). Meaning of Recovery Among Persons with Schizophrenia: A Literature Review. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 5, 73-81. <https://doi.org/10.1007/s40737-018-0111-7>
- Meesters, P. D. (2014). Late-life schizophrenia: Remission, recovery, resilience. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(5), 423-426. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.01.009>
- Moernaut, N., Tomlinson, P., Corbillon, T., De Ruyscher, C. y Vanheule, S. (2023). Narratives and recovery from Negative Symptoms in Psychosis - a co-constructive study. *Disability & Society*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/09687599.2023.2225209>
- Møllerhøj, J., Os Stølan, L., Erdner, A., Hedberg, B., Stahl, K., Riise, J., Jedenius, E. y Rise, M. B. (2020). "I live, I don't work, but I live a very normal life"-A qualitative interview study of Scandinavian user experiences of schizophrenia, antipsychotic medication, and personal recovery processes. *Perspectives in psychiatric care*, 56(2), 371-378. <https://doi.org/10.1111/ppc.12444>
- Morin, L. y Franck, N. (2017). Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, 8, 100. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00100>
- Nielsen, R. E., Lindström, E., Nielsen, J. y Levander, S. (2012). DAI-10 is as good as DAI-30 in schizophrenia. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 22(10), 747-750. <https://doi.org/f2zp6t>

- Noiseux, S. y Ricard, N. (2008). Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: A grounded theory. *International Journal of Nursing Studies*, 45(8), 1148-1162. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.07.008>
- Nowak, I., Waszkiewicz, J., Świtaj, P., Sokół-Szawłowska, M. y Anczewska, M. (2017). A Qualitative Study of the Subjective Appraisal of Recovery Among People with Lived Experience of Schizophrenia in Poland. *The Psychiatric quarterly*, 88(3), 435-446. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9459-6>
- O'Keeffe, D., Hannigan, A., Doyle, R., Kinsella, A., Sheridan, A., Kelly, A. M., Madigan, K., Lawlor, E. y Clarke, M. (2019). The IHOPE-20 Study: Relationships between and prospective predictors of remission, clinical recovery, personal recovery and Resilience 20 years on from a first episode psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(11), 1080-1092. <https://doi.org/hwpm>
- O'Keeffe, D., Sheridan, A., Kelly, A., Doyle, R., Madigan, K., Lawlor, E. y Clarke, M. (2018). 'Recovery' in the Real World: Service User Experiences of Mental Health Service Use and Recommendations for Change 20 Years on from a First Episode Psychosis. *Administration and policy in mental health*, 45(4), 635-648. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0851-4>
- Özdemir, A. y Kavak, F. (2021). The effects of Mindfulness-Based Stress Reduction training on Hope, Psychological Well-Being, and Functional Recovery in patients with Schizophrenia. *Clinical Nursing Research*, 31(2), 183-193. <https://doi.org/m8f7>
- Pardo, A. y Ferrer-Urbina, R. (2013). Significación clínica: falsos positivos en la estimación del cambio individual. *Anales de Psicología*, 29(2). <https://doi.org/10.6018/analesps.29.2.139031>
- Peralta Martín, V. y Cuesta Zorita, M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrenicos españoles, *Actas luso-espanolas de neurologia, psiquiatria y ciencias afines*, 22(4), 171-177. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.03.001>
- Ponce-Correa, F., Caqueo-Úrizar, A., Bahamondes, J., Urzúa, A., Portilla-Saavedra, D. y Cruz-Riveros, C. (2023). Validación chilena de la versión española de la Escala de Evaluación de la Recuperación (Recovery Assessment Scale, RAS) en pacientes diagnosticados con esquizofrenia. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 67(1), 87. <https://doi.org/10.21865/ridep67.1.07>
- Ponce-Correa, F., Caqueo-Úrizar, A., Berríos, R. y Escobar-Soler, C (2023). Defining recovery in schizophrenia: A review of outcome studies. *Psychiatry Research*, 322, 115134. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115134>
- Ridgway P. (2001). Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives. *Psychiatric rehabilitation journal*, 24(4), 335-343. <https://doi.org/10.1037/h0095071>
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G. y Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31-49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>

- Robles García, R., Salazar Alvarado, V., Páez Agraz, F. y Ramírez Barreto, F. (2004). Evaluación de actitudes al medicamento en pacientes con esquizofrenia: propiedades psicométricas de la versión en español del DAI. *Actas españolas de psiquiatría*, 32(3), 138-142.
- Rose, G. y Smith, L. (2018). Mental health recovery, goal setting and working alliance in an Australian community-managed organisation. *Health psychology open*, 5(1), 2055102918774674. <https://doi.org/10.1177/2055102918774674>
- Rossi, A., Amore, M., Galderisi, S., Rocca, P., Bertolino, A., Aguglia, E., Amodeo, G., Bellomo, A., Bucci, P., Buzzanca, A., Carpiniello, B., Comparelli, A., Dell'Osso, L., di Giannantonio, M., Mancini, M., Marchesi, C., Monteleone, P., Montemagni, C., Oldani, L., Roncone, R., ... Italian Network for Research on Psychoses (2018). The complex relationship between self-reported 'personal recovery' and clinical recovery in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 192, 108-112. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.04.040>
- Saldana, J. (2021). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. SAGE.
- Sari, S. P., Agustin, M., Wijayanti, D. Y., Sarjana, W., Afrikhah, U. y Choe, K. (2021). Mediating Effect of Hope on the Relationship Between Depression and Recovery in Persons With Schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 12, 627588. <https://doi.org/gkz5sx>
- Schwarzbold, M. L., Kern, R. S., Novacek, D. M., McGovern, J. E., Catalano, L. T. y Green, M. F. (2021). Self-stigma in psychotic disorders: Clinical, cognitive, and functional correlates in a diverse sample. *Schizophrenia research*, 228, 145-150. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.12.003>
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T. y Amering, M. (2011). Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 37(2), 316-323. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp048>
- Silva, M. A. y Restrepo, D. (2019). Functional recovery in schizophrenia. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 48(4), 252-260. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2017.08.004>
- Smith, M. K. (2000). Recovery from a severe psychiatric disability: Findings of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 149-158. <https://doi.org/gntvdj>
- Spaniol, L., Wewiorski, N. J., Gagne, C. y Anthony, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 327-336. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016978>
- Stuart, S. R., Tansey, L. y Quayle, E. (2017). What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 26(3), 291-304. <https://doi.org/ggbg8x>
- The jamovi project (2023). *jamovi (Version 2.3)* [Computer Software]. <https://www.jamovi.org>
- Tooth, B., Kalyanasundaram, V., Glover, H. y Momenzadah, S. (2003). Factors consumers identify as important to recovery from schizophrenia. *Australasian Psychiatry*, 11(Suppl1), S70-S77. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1665.11.s1.1.x>

- Vaccari, P., Ramírez-Vielma, R., Saldivia, S., Cova, F., Vielma-Aguilera, A., Victoriano, V., Ulloa-Vidal, N. y Grandón, P. (2020). Stigma towards people with a diagnosis of severe mental disorder in primary healthcare centers: perspectives of service users and health teams in Chile. *International journal of mental health systems*, 14, 6. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-0340-5>
- Van Eck, R. M., Burger, T. J., Schenkelaars, M., Vellinga, A., de Koning, M. B., Schirmbeck, F., Kikkert, M., Dekker, J. y de Haan, L. (2018). The impact of affective symptoms on personal recovery of patients with severe mental illness. *The International journal of social psychiatry*, 64(6), 521-527. <https://doi.org/10.1177/0020764018784610>
- Van Eck, R. M., Burger, T. J., Vellinga, A., Schirmbeck, F. y de Haan, L. (2018). The Relationship Between Clinical and Personal Recovery in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 44(3), 631-642. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx088>
- Vázquez-Morejón, A. J., León Rubio, J. M. y Vázquez-Morejón, R. (2018). Social support and clinical and functional outcome in people with schizophrenia. *The International journal of social psychiatry*, 64(5), 488-496. <https://doi.org/gp84nj>
- Vracotas, N., Iyer, S. N., Joobar, R. y Malla, A. (2010). The role of self-esteem for outcome in first-episode psychosis. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(1), 41-46. <https://doi.org/10.1177/0020764010382698>
- Wong, D. F. K., Cheung, Y. C. H., Zhuang, X., Ng, P. y N., Oades, L. G. y Ye, S. (2023). Towards an integrative hope-dysfunctional beliefs perspective to personal recovery in schizophrenia: a path analysis. *BMC Psychiatry*, 23(1), 651. <https://doi.org/m8gb>
- Yanos, P. T., DeLuca, J. S., Roe, D. y Lysaker, P. H. (2020). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness: A review of the evidence. *Psychiatry Research*, 288, 112950. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112950>
- Yanos, P. T., Roe, D. y Lysaker, P. H. (2010). The Impact of Illness Identity on Recovery from Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(2), 73-93. <https://doi.org/10.1080/15487761003756860>
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K. A. y Lysaker, P. H. (2008). Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Services*, 59(12), 1437-1442. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1437>
- Yeo, J. J., Chew, Q. H. y Sim, K. (2022). Resilience and its inter-relationship with symptomatology, illness course, psychosocial functioning, and mediational roles in schizophrenia: A systematic review. *Asia-Pacific Psychiatry*, 14(2), e12486. <https://doi.org/10.1111/appy.12486>
- Yu YH, Peng MM, Bai X, Luo W, Yang X, Li J, Liu B, Thornicroft G, Chan CLW, Ran MS. (2020). Schizophrenia, social support, caregiving burden and household poverty in rural China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(12), 1571-1580. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01864-2>

Zapata, E. T., González, L. E. M., Sierra, N., Morales, L. M. A. y Rico, O. A. C. (2016). Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(2), 118-123. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.07.002>

Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S. y Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of personality assessment*, 55(3-4), 610-617. <https://doi.org/bjdp5q>

Para citar en APA

Ponce-Correa F. y Caqueo-Urizar, A. (2024). Más allá de los síntomas: una mirada integrada de la recuperación de personas diagnosticadas con Esquizofrenia a través métodos mixtos. *Terapia Psicológica (En línea)*, 42(2), 187-216. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082024000200187>