

# Validación Chilena de la Versión Española de la Escala de Evaluación de la Recuperación (Recovery Assessment Scale, RAS) en Pacientes Diagnosticados con Esquizofrenia

## Chilean Validation of the Spanish Version of the Recovery Assessment Scale (RAS) in Patients Diagnosed with Schizophrenia

Felipe Ponce-Correa<sup>1</sup>, Alejandra Caqueo-Urizar<sup>2</sup>, Joaquín Bahamondes<sup>3</sup>, Alfonso Urzúa<sup>4</sup>,  
Diego Portilla-Saavedra<sup>5</sup> y Consuelo Cruz-Riveros<sup>6</sup>

### Resumen

**Antecedentes:** La recuperación es un constructo fundamental en la atención sanitaria de los pacientes diagnosticados con Esquizofrenia. La Escala de Evaluación de la Recuperación (The Recovery Assessment Scale, RAS) es el instrumento más utilizado con diferentes versiones en número de ítems y factores. **Método:** Participaron 227 pacientes pertenecientes a tres centros de salud mental ambulatorios. Se les administró la versión adaptada al español del RAS-41, la escala de estigma internalizado (ISMI-29) y la escala de calidad de vida en la esquizofrenia (SQoL-18). **Resultados:** los resultados mostraron buenos índices de ajuste para la estructura original de cinco factores (CFI=.95; TLI=.94; SRMR=.054; RMSEA=.059), consistencia interna aceptable ( $\alpha=.90$ ;  $\omega=.91$ ), y correlaciones significativas con las variables criterios. **Conclusiones:** Los resultados apoyan el uso del RAS en Chile en una versión de 18 ítems como una medida válida y confiable de recuperación para población clínica diagnosticada con Esquizofrenia.

**Palabras clave:** recuperación, RAS, esquizofrenia, estigma internalizado, calidad de vida

### Abstract

**Background:** Recovery is a fundamental construct in the health care of patients diagnosed with Schizophrenia. The Recovery Assessment Scale (RAS) is the most widely used with different versions in number of items and factors. **Methods:** 227 patients from three outpatient mental health centers participated in the study. They were administered the Spanish adapted version of the RAS-41, the Internalized Stigma Scale (ISMI-29) and the Schizophrenia Quality of Life Scale (SQoL-18). **Results:** the results showed good fit indices for the original five-factor structure (CFI=.95; TLI=.94; SRMR=.054; RMSEA=.059), acceptable internal consistency ( $\alpha=.90$ ;  $\omega=.91$ ), and significant correlations with the criterion variables. **Conclusions:** The results support the use of the 18-item version of the RAS in Chile as a valid and reliable measure of recovery for the clinical population diagnosed with schizophrenia.

**Keywords:** recovery, assessment, RAS, schizophrenia, internalized stigma, quality of life

<sup>1</sup>BS. Programa Doctorado en Psicología, Escuela de Psicología y Filosofía, Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas, Universidad de Tarapacá, Avenida 18 de Septiembre N°2222, Casilla 7-D, Arica, Chile. Tel.: +56976875059. Correo: fponcec@academicos.uta.cl

<sup>2</sup>PhD. Instituto de Alta Investigación, Universidad de Tarapacá, Chile. Tel.: +56582205079. Correo: acaqueo@academicos.uta.cl (Autor de correspondencia)

<sup>3</sup>PhD. Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte, Chile. Correo: jbahamondes@ucn.cl

<sup>4</sup>PhD. Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte, Chile. Correo: alurzua@ucn.cl

<sup>5</sup>Mg. Ps. Universidad Santo Tomas, Sede Antofagasta, Chile. Correo: diego.portilla@gmail.com

<sup>6</sup>Mg. Eu. Universidad Santo Tomas, Sede Antofagasta, Chile. Correo: consssu@gmail.com

*Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP · N°67 · Vol.1 · 87-99 · 2023*

ISSN: 1135-3848 print /2183-6051online

This work is licensed under CC BY-NC 4.0. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

## Introducción

La recuperación es un proceso que incorpora diferentes perspectivas no necesariamente concordantes entre sí, que abarcan tanto el punto de vista del paciente como del equipo de salud (Macpherson et al., 2016; Rossi et al., 2018). Es posible encontrar componentes clínicos como la remisión de síntomas y la funcionalidad (Chan et al., 2018; Chan et al., 2019; Rossi et al., 2018), y componentes subjetivos asociados al desarrollo de mecanismos de afrontamiento individualizados y mejoras en los niveles de bienestar Psicológico (Nowak et al., 2017; Mathew et al., 2018; Simões, 2012). La recuperación, más allá de la remisión de los síntomas, se ha convertido en el objetivo de la mayoría de los sistemas sanitarios, especialmente en lo que respecta a los pacientes diagnosticados de trastornos mentales graves como la esquizofrenia (Slade et al., 2012).

En la actualidad se considera que las personas diagnosticadas con esquizofrenia conservan su capacidad de narrar coherentemente sus necesidades, deseos y expectativas (Guedes De Pinho et al., 2016; Saavedra et al., 2009). Esto ha llevado a que las voces de los usuarios sean consideradas como una fuente de conocimiento relevante para organizar los servicios sanitarios y establecer nuevos objetivos en la práctica clínica profesional, sin embargo, representa un verdadero reto porque el constructo abarca múltiples factores subjetivos como la sintomatología clínica, el bienestar psicológico, el funcionamiento social o la superación del estigma (Slade et al., 2012).

En este contexto, la escala de evaluación de la recuperación (Recovery Assessment Scale, RAS) ha sido considerado como una de las medidas de recuperación subjetiva más utilizadas en la investigación (Salzer & Brusilovskiy, 2014; Van Eck et al., 2018) por sobre otras escalas como el cuestionario acerca del proceso de recuperación (QPR, Neil et al., 2009, sin embargo su extensión y el tiempo de administración se han considerado aspectos a mejorar, impulsando diversos trabajos psicométricos en los que es posible encontrar diversas versiones que van desde la versión original de 41 ítems (Corrigan et al., 1999) a la versión más utilizada de 24 ítems, no obstante existe gran consenso sobre la estructura factorial de cinco factores (Corrigan et al., 2004). El primer

factor denominado “confianza personal y esperanza” (CPE) combina ítems relacionados con la esperanza en el futuro y la capacidad de gestionar el estrés. El segundo factor “disposición a pedir ayuda” (DPA) combina ítems relacionados con las afecciones y la disposición a buscar ayuda. El tercer factor “orientación hacia las metas y el éxito” (OME) evalúa el deseo de éxito y la capacidad de cumplir objetivos. El cuarto factor “confianza en los otros” (CO) evalúa las relaciones con otras personas en el camino de la recuperación. Por último, el quinto factor “no dominación por los síntomas” (NS) incluye ítems que evalúan si los síntomas del trastorno ya no son el centro de la vida del paciente.

La fiabilidad y validez de la estructura factorial del RAS ha sido medida por diversos estudios (Leamy et al., 2011; Salzer & Brusilovskiy, 2014). Sus características psicométricas se han validado en países como España (Saavedra et al., 2021), Portugal (Jorge-Monteiro et al., 2015), Noruega (Biringer & Tjofl at, 2018), Japón (Chiba et al., 2010), Australia (McNaught et al., 2007) y Alemania (Cavelti et al., 2017). En Latinoamérica, un estudio desarrollado en Argentina analizó las propiedades psicométricas de la escala (RAS) en una muestra de 337 personas con trastornos mentales graves que obtuvo una versión final de 21 reactivos ( $\chi^2=440.029$ ;  $df=179$ ;  $p<.001$ ;  $GFI=.88$ ;  $AGFI=.85$ ;  $CFI=.90$ ;  $RMSEA=.06$ ; Zalazar et al., 2017).

A pesar de que la escala RAS ha sido considerada como uno de los instrumentos más utilizados para evaluar recuperación subjetiva aún no existe consenso sobre su estructura definitiva, en la literatura científica es posible identificar para la población hispanohablante tres versiones diferentes de 24 ítems (Saavedra et al., 2021), 21 ítems (Zalazar et al., 2017) y 18 ítems (Díaz-Maldonado et al., 2015). Además la escala RAS tampoco cuenta con estudios de validación en Chile, por lo que el presente estudio tiene como propósito evaluar las propiedades psicométricas de tres versiones adaptadas al español de la escala RAS para identificar la estructura con mejor desempeño psicométrico y validar su uso en población con esquizofrenia en Chile.

A pesar de que se han demostrado buenas propiedades psicométricas en la escala RAS, aún se necesita más trabajo para establecer una versión

Tabla 1. Características clínicas de la muestra

	Pacientes	M (DT) ± Rango, n (%)
Sexo	Hombre	129 (56.8%)
	Mujer	98 (43.2%)
Etnia	No se identifica con alguna Etnia	123 (54.2%)
	Se reconoce Aymara	86 (37.9%)
	Se reconoce con otra Etnia	17 (7.5%)
Estado Civil	Soltero	184 (81.1%)
	Casado	20 (8.8%)
	Conviviente	4 (1.8%)
	Separado	14 (6.2%)
	Viudo	5 (2.2%)
Hijos	Si	72 (31.7%)
	No	155 (68.3%)
Nivel de Estudios	Sin Estudios	1 (4%)
	Educación Básica	51 (22.7%)
	Educación Media	149 (66.2%)
	Educación Superior Técnica	13 (5.8%)
	Educación Superior Universitaria	11 (4.9%)
Ocupación	Labores de casa	20 (8.9%)
	Estudiante	27 (12%)
	Pensionado por Discapacidad	125 (55.6%)
	Jubilado	3 (1.3%)
	Trabajador Independiente	18 (8%)
	Trabajador dependiente	10 (4.4%)
	Cesante	16 (7.1%)
Ocupación no reportada	6 (2.7%)	
Edad de inicio del trastorno		21.4 (8.4) ± 8 – 50
Edad de inicio del tratamiento		25 (8.9) ± 11 – 50
Años de Psicosis no tratada		3.6 (7.6) ± 1 – 57
PANSS puntaje total		61.8 (18.9) ± 30.0 – 122.0
Categorización de la sintomatología	Leve	176 (77.5%)
	Moderada	33 (14.5%)
	Marcada	15 (6.6%)
	Grave	1 (0.4%)
Tratamiento Farmacológico	Si	227 (100%)
	No	0 (0%)
Psicoterapia	Si	65 (30.5%)
	No	148 (69.5%)
Terapia Ocupacional	Si	44 (20.6%)
	No	170 (79.4%)
Sub-Tipo de Esquizofrenia (CIE-10)	Paranoide	121 (53.3%)
	Simple	10 (4.40%)
	Residual	9 (3.96%)
	Catatónico	10 (4.40%)
	Indiferenciada	4 (1.76%)
	Sin especificar	73 (32.15%)

Nota. M=Media; DT=Desviación Típica; n=Numero de sujetos; %=frecuencia en porcentaje); PANSS=Escala del síndrome positivo y negativo de la Esquizofrenia.

estándar de la medida y la interpretación de sus puntuaciones (Salzer & Brusilovskiy, 2014) además de que no cuenta con una validación para el territorio de Chile, por ello el objetivo de la presente investigación consiste en analizar las propiedades psicométricas para validar el uso del cuestionario RAS en una muestra chilena de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

## Material y Método

### Participantes

La muestra de participantes corresponde a 227 pacientes diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10ª versión (WHO, 1992), con sintomatología estabilizada, usuarios de tres

dispositivos ambulatorios del Servicio Público de Salud Mental de Arica. Se utilizó un muestreo no probabilístico por disponibilidad. La edad media fue de 41.1 años ( $DT=16.34$ ) de los cuales 129 pacientes (56.8%) fueron hombres, 181 (79.7%) no tenía pareja y 86 (37.9%) se auto declaran perteneciente a la etnia Aymara. En general, la edad en que aparece el primer episodio psicótico agudo fue a los 21.4 años ( $DT=8.4$ ) y del tratamiento fue a los 25 ( $DT=8.9$ ). Todos los pacientes reciben antipsicóticos, 65 (30.5%) psicoterapia y 44 (20.6%) terapia ocupacional. Solo 1 participante (0.4%) presentó síntomas psicóticos graves, 15 (6.6%) presentaron síntomas psicóticos marcados, 33 (14.5%) presentaron síntomas psicóticos moderados y 176 (77.5%) presentaron síntomas leves. El diagnóstico de esquizofrenia paranoide fue el subtipo de esquizofrenia con mayor frecuencia (53%). En la Tabla 1 se entrega mayor información acerca de las características de la muestra.

## Instrumentos

**La Escala RAS-41 (Corrigan et al., 1999)** evalúa la valoración subjetiva de la recuperación personal en relación con la salud mental e incluye 41 ítems. Los factores que componen la escala son la "confianza personal y esperanza" (CPE), "disposición a pedir ayuda" (DPA), "orientación hacia las metas y el éxito" (OME), "confianza en los otros" (CO) y "no dominación por los síntomas" (DS). Las opciones de respuesta están en una escala Likert de 5 puntos (1="Muy en desacuerdo" a 5="Muy de acuerdo"). La escala ha sido traducida en al español por Muñoz et al. (2011), Saavedra et al. (2021) y también Zalazar et al. (2017), no obstante, este instrumento no ha sido validado para su aplicación en Chile.

**Escala del 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, consideramos las cinco subescalas de la PANSS que miden los síntomas positivos (5 ítems), negativos (7 ítems), de excitación (5 ítems), de 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 interpretaron de acuerdo con los puntos de corte de (Leucht et al., 2005), donde 58-74 sugiere "sintomatología leve", 75-94 sugiere "sintomatología moderada", 95-115 sugiere "sintomatología marcada" y 116 y más sugiere "Sintomatología Grave". La PANSS ha sido traducida y validada al español (Fresán et al., 2005).

**Cuestionario de calidad de vida para la esquizofrenia (S-QoL18, Boyer et al., 2010):** El S-QoL18 es un cuestionario de calidad de vida autoadministrado diseñado para personas con esquizofrenia. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de cinco puntos que van desde el 1 (Mucho menos de lo que desearía) al 5 (Mucho más de lo que desearía), puntuaciones más altas indican mejores niveles de calidad de vida. El cuestionario ha sido adaptado al español en estudio transcultural con población pacientes diagnosticados con Esquizofrenia de Chile, Perú y Bolivia, con índices adecuados de consistencia interna ( $\alpha=.7$ ) tanto para la escala Total y como para las sub-escalas (Caqueo-Urizar et al., 2014).

**Escala de Autoestigma en Enfermedades Mentales (ISMI-29, Ritsher et al., 2003):** La ISMI es un cuestionario autoevaluado de 29 ítems que conforman cinco sub-escalas (alienación, respaldo de estereotipos, discriminación percibida, aislamiento social y resistencia al estigma). Cada ítem se puntúa en una escala de Likert de cuatro puntos que van desde el 1 (muy en desacuerdo) al 4 (muy de acuerdo), donde las puntuaciones más altas indican mayores niveles de estigma internalizado. La versión original de la escala ISMI fue traducida al español por Bengochea-Seco, et al. (2018) y ha sido validado con buenas propiedades psicométricas en un estudio transcultural con población de pacientes diagnosticados con Esquizofrenia de Chile, Perú y Bolivia (Caqueo-Urizar et al., 2019).

**Datos clínicos y de tratamiento:** Se proporcionó información adicional sobre la muestra como la edad de inicio del trastorno, la edad de inicio del tratamiento, tiempo de psicosis no tratada y el tipo de tratamiento recibido en los últimos 12 meses (tratamiento farmacológico, psicoterapia y terapia ocupacional).

## Procedimiento

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Tarapacá y el comité de ética

del Servicio de Salud de Arica (SSA) respetando el contenido de la declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013).

Dado que gran parte de los estudios disponibles, incluyendo los estudios que validaron y adaptaron el RAS al español utilizaron la versión original de 41 ítems y sus nomenclaturas, por lo que para facilitar la comparación directa de las características psicométricas de los ítems también se administró la versión original de 41 ítems. Adicionalmente se realizó una revisión de la traducción al español de la escala, la que fue revisada y aprobada por un traductor profesional independiente.

La administración del cuestionario estuvo a cargo de dos psicólogos clínicos supervisados por el investigador principal responsable. Los pacientes fueron evaluados en sus respectivos centros de salud mental ambulatorios posterior a sus controles, cuyo tiempo de administración tardó aproximadamente 25 a 30 minutos.

Una vez que se explicaron los objetivos del estudio y el carácter voluntario de la participación, se solicitó y recibió el consentimiento informado por escrito del paciente. No se ofreció ninguna compensación por participar en el estudio. La evaluación se llevó a cabo durante los meses de Octubre de 2020 y Junio de 2021.

### **Análisis de datos**

La estructura factorial de la escala se analizó mediante análisis factorial confirmatorio (AFC). Para la estimación de parámetros de ajuste se utilizó el procedimiento de máxima verosimilitud (ML) asumiéndose que la distribución normal de las variables es multivariada (Abad et al., 2011). Posteriormente se calcularon los índices absolutos de ajuste del modelo basados en Chi-cuadrado relativo ( $\chi^2/df$ ), índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de Tucker-Lewis (TLI), el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), y la raíz media estandarizada cuadrada (SRMR). Se consideraron los valores de CFI y  $TLI \geq .95$  (para variables continuas) para especificar que el modelo presenta un adecuado ajuste (Abad et al., 2011). Se utilizó un  $RMSEA \leq .06$  (Browne & Cudeck, 1992) y un  $SRMR \leq .08$  para establecer el nivel de ajuste del modelo.

Por otra parte, se utilizaron indicadores AIC y BIC correspondientes a medidas de bondad relativa

de un modelo estadístico, los que no pueden decir nada acerca de la calidad del modelo en un sentido absoluto, sin embargo al comparar diferentes modelos, los valores más pequeños de AIC y BIC dan cuenta de un mejor ajuste del modelo. Por lo tanto, se han establecido como criterios de comparación de bondad de ajuste los siguientes pasos: (1) valoración de indicadores absolutos de ajuste (CFI, TLI, SRMR, RMSEA), (2) comparación a través de indicadores 'relativos' de ajuste (AIC, BIC), y (3) capacidad informativa del modelo y ajuste con la teoría.

También se analizó la consistencia interna del instrumento calculando el alfa de Cronbach para facilitar la comparación con otros estudios que utilizaron ese coeficiente. Adicionalmente se evaluó la consistencia interna mediante el coeficiente Omega, que a diferencia alfa de Cronbach, trabaja con cargas factoriales, por lo que es más apropiado para validaciones psicométricas y ofrece cálculos más estables. Las correlaciones entre los factores y la correlación entre cada factor y la escala total se analizaron mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Se exploró la validez concurrente de la escala RAS a partir de su correlación con la puntuación de la escala de calidad de vida para la esquizofrenia (S-QoL18) y la escala de estigma internalizado (ISMI-29).

Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software IBM SPSS versión 25 (IBM Corp., 2017), JAMOVI versión 2.0.0 (The jamovi Project, 2021) y MPLUS versión 8 (Muthén & Muthén, 2017).

## **Resultados**

### **Análisis Factorial Confirmatorio**

Se consideraron las versiones adaptadas al español RAS-18, RAS-21 y RAS-24 para analizar sus propiedades psicométricas en la muestra de participantes. Los indicadores de bondad de ajuste para los tres modelos se presentan en la Tabla 2.

Los resultados confirman la estructura de 5 factores del RAS-24 original y la de sus otras versiones con menor cantidad de ítems, sin embargo el RAS-18 fue el modelo que presentó el mejor desempeño en los indicadores absolutos de ajuste (CFI, TLI, SRMR, RMSEA) e indicadores

Tabla 2. Indicadores de ajuste del modelo

Modelo	Test para ajuste exacto		CFI	TLI	SRMR	RMSEA	RMSEA 90% CI		AIC	BIC
	$\chi^2$	gl					Lower	Upper		
RAS-18	226**	125	0.953	0.943	0.0547	0.0598	0.0472	0.0721	11400	11619
RAS-21	415**	179	0.899	0.885	0.0628	0.0724	0.0641	0.0808	15297	15578
RAS-24	530**	242	0.908	0.893	0.0640	0.0761	0.0666	0.0858	13264	13515

Nota.  $\chi^2$ =Chi -Cuadrado; gl=Grados de Libertad; CFI=Índice de ajuste comparativo; TLI=Índice de Tucker-Lewis; RMSEA=Error cuadrático medio de aproximación; SRM =Raíz media estandarizada cuadrada; AIC=Criterio de información de Akaike; BIC=Criterio de información Bayesiano. \*\* $p<.01$ , \* $p<.05$ .

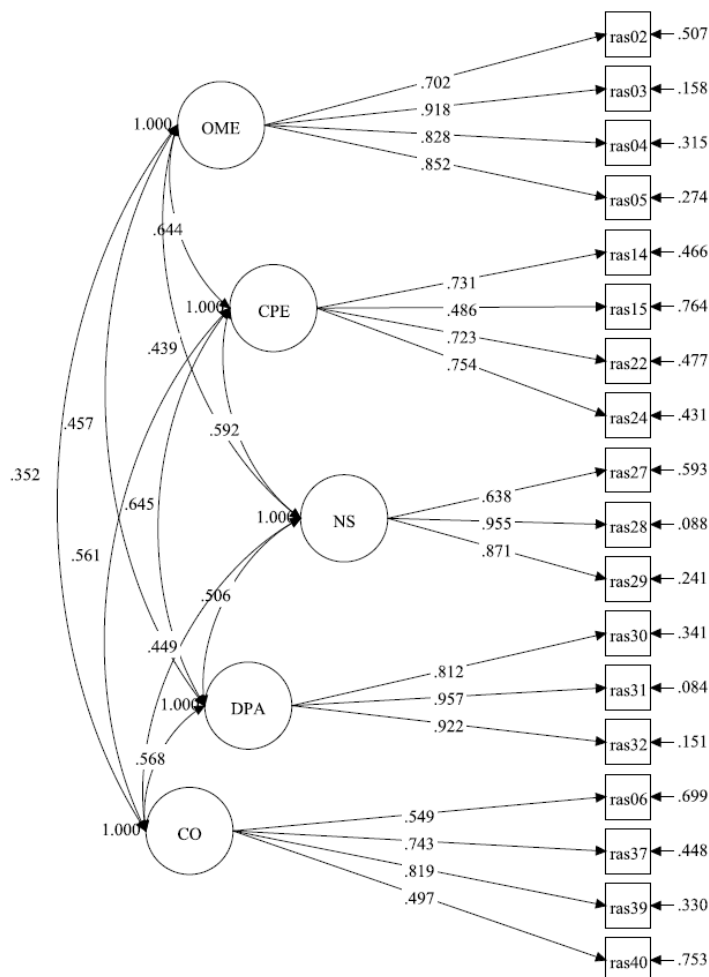


Figura 1. Análisis Factorial Confirmatorio RAS-18.

Nota. OME=Orientación a las metas y el éxito; CPE=Confianza personal y esperanza; NS=No dominación por los síntomas; DPADisposición a pedir ayuda; CO=Confianza en los otros.

relativos de ajuste (AIC, BIC). Todos los ítems mostraron cargas factoriales estandarizadas de .486 a .957 como se observa en la Figura 1. Los parámetros estimados con el error estándar del análisis factorial confirmatorio se presentan en la Tabla 3.

### Consistencia Interna

En general, los índices de consistencia interna del RAS-18 reportados por el alfa de Cronbach ( $\alpha=.90$ ) y el coeficiente Omega ( $\omega=.91$ ) resultaron satisfactorios tanto para la escala total como para sus dimensiones como se muestra en la Tabla 4.

### Correlación entre factores

La correlación de cada uno de los factores del RAS-18 con la puntuación total tuvo la menor magnitud en la dimensión “Confianza en los demás” ( $r=0.588$ ;  $p<.001$ ) y la mayor magnitud en la dimensión “Orientación hacia las metas y el éxito” ( $r=0.891$ ;  $p<.001$ ). Todas las correlaciones entre factores fueron significativas (ver Tabla 5), en su mayoría moderadas, siendo la más pequeña la correlación observada entre “confianza en los demás” y “no dominación por los síntomas” ( $r=0.316$ ;  $p<.001$ ) y la correlación más grande se observó entre “disposición a pedir ayuda” y

Tabla 3. Cargas Factoriales RAS-18

Factor	Ítem	B	ES	Z	$\beta$
OME	RAS02	0.855	0.0728	11.74	0.718
	RAS03	1.119	0.0707	15.83	0.879
	RAS04	1.030	0.0688	14.98	0.845
	RAS05	1.158	0.2436	4.75	0.326
	RAS14	0.840	0.0728	11.54	0.723
CPE	RAS15	0.572	0.0766	7.46	0.505
	RAS22	0.730	0.0646	11.29	0.708
	RAS24	0.875	0.0707	12.37	0.758
	RAS27	0.798	0.0742	10.76	0.652
NS	RAS28	1.098	0.0598	18.36	0.957
	RAS29	1.050	0.0656	16.00	0.876
	RAS30	0.952	0.0660	14.43	0.802
DPA	RAS31	1.166	0.0607	19.22	0.959
	RAS32	1.161	0.0642	18.08	0.925
	RAS06	0.640	0.0710	9.01	0.599
CO	RAS37	0.770	0.0652	11.81	0.755
	RAS39	0.886	0.0708	12.53	0.797
	RAS40	0.647	0.0936	6.91	0.483

Nota. B=Cargas factoriales no estandarizadas; ES=Error estándar;  $\beta$ =Cargas Factoriales estandarizadas.

OME=Orientación a las metas y el éxito; CPE=Confianza personal y esperanza; NS=No dominación por los síntomas; DPA=Disposición a pedir ayuda; CO=Confianza en los otros.

Tabla 4. Indicadores de consistencia interna RAS-18

	Media	DT	$\alpha$	$\omega$
Escala Total	3.63	0.737	.909	.911
OME	3.52	1.08	.849	.854
CPE	3.70	0.864	.770	.775
NS	3.42	1.05	.859	.873
DPA	3.65	1.14	.922	.925
CO	3.75	0.847	.725	.756

Nota. DT=Desviación Típica;  $\alpha$ =Alfa de Cronbach;  $\omega$ =coeficiente omega de McDonald; OME=Orientación a las metas y el éxito; CPE=Confianza personal y esperanza; NS=No dominación por los síntomas; DPA=Disposición a pedir ayuda; CO=Confianza en los otros.

Tabla 5. Matriz de correlaciones entre las dimensiones del RAS-18 y la puntuación total de la escala

	CO	DPA	NS	CPE	OME
RAS puntuación Total	0.5888 ***	0.730 ***	0.696 ***	0.673 ***	0.891 ***
CO	-	0.475 ***	0.377 ***	0.316 ***	0.350 ***
DPA		-	0.461 ***	0.406 ***	0.499 ***
NS			-	0.498 ***	0.455 ***
CPE				-	0.482 ***
OME					-

“orientación hacia las metas y el éxito” ( $r=0.499$ ;  $p<.001$ ).

### Validez Concurrente

En la Tabla 6 se puede apreciar que las puntuaciones globales del RAS-18 y de cada uno de sus factores mostraron relaciones significativas

con la mayoría de las puntuaciones del estigma internalizado (ISMI-29) y de la calidad de vida (SQoL-18) (ver Tabla 6). Estos resultados demuestran que las mediciones realizadas por el RAS-18 se relacionan de manera concurrente con lo informado por constructos a fines donde, en la medida en que se informan mayores niveles de recuperación personal también se informan mejores niveles de calidad de vida y menores niveles de estigma internalizado.

La dimensión “Orientación a las metas y el éxito” correlacionó con mayor fuerza con la calidad de vida relacionada con la “vida Sentimental” ( $r=0.415$ ,  $p<.001$ ) y con la resistencia al estigma ( $r=0.534$ ,  $p<.001$ ). La “confianza personal y esperanza” correlacionó con mayor fuerza con la calidad de vida asociada a la autoestima ( $r=0.469$ ,  $p<.001$ ), la resistencia al estigma ( $r=0.516$ ,  $p<.001$ ) y alienación al estigma ( $r=-0.466$ ,  $p<.001$ ). La dimensión “No dominación por los síntomas” correlacionó con mayor fuerza con la calidad de vida asociada con la autoestima ( $r=0.355$ ,  $p<.001$ ), el bienestar psicológico ( $r=0.345$ ,  $p<.001$ ) y la resistencia al estigma ( $r=0.401$ ,  $p<.001$ ). La dimensión “Disposición a pedir ayuda” se correlacionó con más fuerza con la calidad de vida asociada al bienestar psicológico ( $r=0.356$ ,  $p<.001$ ) y resistencia al estigma ( $r=0.397$ ,  $p<.001$ ). Finalmente “Confianza en los otros” se correlacionó con mayor fuerza con la calidad de vida relacionada con la vida sentimental ( $r=0.326$ ,  $p<.001$ ) y la resistencia al estigma ( $r=0.304$ ,  $p<.001$ ).

Tabla 6. Matriz de correlaciones entre las dimensiones del RAS-18 y las sub escalas del SQoL-18 y el ISMI-29

Escala Criterio	Dimensiones	OME	CPE	NS	DPA	CO	RAS TOTAL
SQoL-18	Bienestar Psicológico	0.259 ***	0.362 ***	0.345 ***	0.356 ***	0.236 ***	0.381 ***
	Autoestima	0.312 ***	0.469 ***	0.355 ***	0.297 ***	0.241 ***	0.424 ***
	Relaciones Familiares	0.144 *	0.198 **	0.161 *	0.242 ***	0.292 ***	0.245 ***
	Relaciones con amistades	0.310 ***	0.266 ***	0.175 *	0.250 ***	0.233 ***	0.345 ***
	Resiliencia	0.285 ***	0.184 **	0.164 *	0.161 *	0.090	0.261 ***
	Bienestar Físico	0.181 **	0.319 ***	0.155 *	0.048	0.141 *	0.216 **
	Autonomía	0.133	0.191 **	0.182 **	0.129	0.238 ***	0.203 **
	Vida Sentimental	0.415 ***	0.354 ***	0.299 ***	0.396 ***	0.326 ***	0.486 ***
ISMI-29	Alienación	-0.258 ***	-0.466 ***	-0.282 ***	-0.223 ***	-0.062	-0.332 ***
	Respaldo de estereotipos	-0.287 ***	-0.420 ***	-0.307 ***	-0.220 ***	-0.131 *	-0.350 ***
	Discriminación Percibida	-0.252 ***	-0.412 ***	-0.251 ***	-0.247 ***	-0.079	-0.322 ***
	Aislamiento Social	-0.197 **	-0.329 ***	-0.083	-0.140 *	0.025	-0.203 **
	Resistencia al estigma	0.534 ***	0.516 ***	0.401 ***	0.397 ***	0.304 ***	0.601 ***

Nota. OME=Orientación a las metas y el éxito; CPE=Confianza personal y esperanza; NS=No dominación por los síntomas; DPA=Disposición a pedir ayuda; CO=Confianza en los otros; SQoL-18=Cuestionario de calidad de vida para la esquizofrenia (S-QoL18); ISMI-29=Escala de autoestima en enfermedades mentales. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

Tabla 7. Estructura Factorial e Indicadores de Bondad de Ajuste para la versión chilena de la escala RAS-18 en comparación a otras validaciones

Autor		Ponce-Correa et al., 2021	Corrigan et al., 2004	Saavedra et al., 2021	Biringer & Tjoflat, 2018	Díaz-Mandado et al., 2015	Zalazar et al., 2017	McNaught et al., 2007	Cavetli et al., 2017	Jorge-Monteiro et al., 2015
		Chile	Original	España	Noruega	España	Argentina	Australia	Alemania	Portugal
Participantes	N	227	1824	305	231	43	337	168	156	213
	% EQZ <sup>a</sup>	100%	-	65%	16%	100%	24%	100%	100%	58.7%
Estructura de la escala	Items	18	24	24	24	18	21	24	14	22
	Factores	5	5	5	5	5	5	5	5	4
Alfa de Cronbach	F1	.84	.87	.85	.83	>.80	.75	>.70	.79	.88
	F2	.77	.84	.87	.85		.82		.65	.77
	F3	.85	.82	.82	.77		.88		.88	.75
	F4	.92	.74	.67	.65		.66		.60	.78
	F5	.72	.74	.74	.76		.76		.60	-
Bondad de Ajuste	RSMEA	.059	-	.057	.046		.066	.060	.059	.068
	SRMR	.054	-	.055	-		-	-	-	-
	CFI	.953	.930	.900	.924		.905	.087	.950	.881
	TLI	.943	-	.890	.913		-	.90	-	.865

Nota. % EQZ<sup>a</sup>=Reporte del porcentaje de pacientes diagnosticados con Esquizofrenia en la muestra.

En la Tabla 7 se resumen los principales resultados de las propiedades psicométricas de la versión al español del RAS-18 adaptado para la población Chilena en comparación con modelos psicométricos validados en otros países. Los resultados arrojan una estructura factorial con gran parsimonia compuesta por 18 ítems agrupados en 5 factores. Este modelo obtuvo propiedades de bondad de ajuste y niveles de consistencia interna adecuados y convergentes con estudios previos.

## Discusión

En la presente investigación se utilizaron los datos de 227 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, usuarios de la red de salud mental de la ciudad de Arica, Chile. Dado que el concepto de

recuperación subjetiva centrado en la persona y así como medición han ganado una importancia cada vez mayor durante la última década (Díaz-Mandado et al., 2015; He et al., 2021; Kukla, 2013; Macpherson, 2016), a pesar de que la escala RAS ha sido considerado como uno de los instrumentos más utilizados para evaluar recuperación subjetiva aún no existe consenso sobre su estructura definitiva en el que actualmente la población hispanohablante cuenta con tres versiones diferentes (RAS-24, RAS-21 y RAS-18). Además la escala RAS tampoco cuenta con estudios de validación en Chile, por lo que el presente estudio tuvo como propósito evaluar las propiedades psicométricas de tres modelos de la RAS adaptados al español para validar su uso en población con esquizofrenia en Chile.



Los resultados del presente trabajo han confirmado la estructura de cinco factores encontrada en la versión original estadounidense (Corrigan et al., 2004) y evidencian que la versión de 18 ítems sería la más adecuada para la población en Chile. Los índices de bondad de ajuste de la validación chilena del RAS-18 estimados con AFC igualaron o superaron a los índices mostrados por otras validaciones (véase la Tabla 7). Por otra parte, esta validación es la que cuenta con la población clínica de personas diagnosticadas con esquizofrenia de mayor tamaño muestral (Biringer & Tjoflat, 2018; Cavetli et al., 2017; Jorge-Monteiro et al., 2015; McNaught et al., 2007; Saavedra et al., 2021; Zalazar et al., 2017). Aunque la mayoría de los estudios optan por la estructura de cinco factores, algunos como la validación realizada en Noruega han propuesto cuatro factores basados en un importante solapamiento entre los factores de “confianza personal y esperanza” y “orientación a las metas y el éxito”, sin embargo en el presente estudio las correlaciones observadas entre estas sub-escalas fueron moderadas ( $r=0.482$ ), muy lejos de la correlación de .80 reportada en la validación Noruega (Biringer & Tjoflat, 2018).

La consistencia interna de la escala fue ligeramente mejor en cada una de las dimensiones a lo reportado por la adaptación española (Saavedra et al., 2021) y a la adaptación Argentina (Zalazar et al., 2017). En este estudio, el alfa de Cronbach oscilaron entre ( $\alpha=.72 - .92$ ), ligeramente mejor a los valores reportados por la adaptación española ( $\alpha=.67 - .87$ ) y a los valores reportados en la adaptación Argentina ( $\alpha=.66 - .88$ ). También se observó que en la versión chilena del RAS-18 la dimensión con menor consistencia fue “Confianza en los otros” ( $\alpha=.72$ ), resultado que difiere a lo reportado por Saavedra et al. (2021) y Zalazar et al. (2017), donde en ambas validaciones la dimensión con peor consistencia interna fue “no dominación por síntomas”, con índices de ( $\alpha=.67$ ) en la adaptación española y de ( $\alpha=.65$ ) en la adaptación Argentina.

La recuperación subjetiva no depende necesariamente de la remisión de los síntomas, sino que implica que las personas con esquizofrenia pueden disfrutar de un estado psicológico interno de bienestar positivo relacionado a la posibilidad de vincularse con otros en relaciones de apoyo

mutuo, dar un nuevo significado a la vida, reconstruir la identidad desde las fortalezas del sujeto, tener una visión esperanzadora del futuro, tomar el control de la propia vida (Slade, et al., 2012) y otros aspectos que van más allá del trastorno (Muñoz et al., 2011), para ello se utilizaron predictores significativos de la recuperación como lo son la calidad de vida (Chan et al. 2018) y el estigma internalizado (Morgades-Bambaet al. 2019; Singla et al., 2020; Young et al., 2019). La validez concurrente del RAS-18 presentó una asociación significativa, pero independiente del SQoL-18 y el ISMI-29. La puntuación total del RAS-18 correlacionó con todas las sub-escalas del SQoL-18, observándose asociaciones más fuertes con las sub-escalas bienestar psicológico, autoestima y vida sentimental. Por otro lado, la puntuación total del RAS-18 correlacionó significativamente con todas las dimensiones del ISMI-29, siendo la resistencia al estigma la que obtuvo la correlación de mayor magnitud. Por lo tanto, es posible afirmar que el RAS-18 mostró una fuerte asociación con la calidad de vida y el estigma internalizado, sin embargo estas correlaciones no superan la magnitud ( $r=0.60$ ), lo que permite suponer que las mediciones se comportan como constructos independientes. Estos resultados convergen con estudios previos (Cavelti, et al., 2016; Corrigan et al., 2004; Jorge-Monteiro et al., 2016). La recuperación subjetiva del paciente se relaciona con metas que van más allá del tratamiento o que no necesariamente se relacionan con el trastorno, a su vez la planificación de metas involucra la superación del estigma y la transformación de la identidad (Leamy et al., 2011). También la recuperación involucra el desarrollo de aspectos de una perspectiva positiva para el futuro y una creencia profundamente arraigada en la posibilidad de recuperación que se sostiene con una autoestima consistente, la esperanza, la capacidad psicológica de resistir los prejuicios del entorno y superar el estigma (İpçi et al., 2020). Finalmente, estos resultados son congruentes con la concepción de que la recuperación subjetiva involucra que el trastorno mental ya no sea el centro de la vida del paciente, y que sus objetivos de vida sean independientes a las metas del tratamiento (van Eck et al. 2018).

Las limitaciones de este estudio están relacionadas con el tamaño de la muestra, que a

pesar de ser una muestra clínica que contó con un número significativo de participantes, ésta no representa a toda la población de pacientes diagnosticados con Esquizofrenia en Chile. Por otro lado, la muestra de participantes contiene un número significativo de participantes que se identifican con alguna etnia (Especialmente la etnia Aymara), por lo que siguiendo los trabajos de invariancia métrica en trastornos psicóticos de Lång et al. (2021), en éste estudio no se contrastó el supuesto de invariancia métrica considerando la etnia y el sexo. Futuras investigaciones debiesen considerar análisis de invarianza de la escala RAS-18 para garantizar la equivalencia de las medidas en diferentes poblaciones, de modo que se puedan realizar evaluaciones precisas para informar los esfuerzos de intervención y tratamiento en la esquizofrenia tomando en cuenta variables como la etnia de los participantes y la inclusión de la cultura de pueblos originarios de la región.

En general, los resultados del presente estudio permiten concluir que la adaptación chilena de la escala RAS en una población clínica diagnosticada con Esquizofrenia arrojaron buenas propiedades de bondad de ajuste en su versión de 18 ítems (Abad et al., 2011). Las puntuaciones medias la escala total del RAS-18 y sus dimensiones son comparables a las adaptaciones de España (Saavedra et al., 2021), Noruega (Biringer & Tjoflåt, 2018), Alemania (Cavelti et al., 2016) y Argentina (Zalazar et al., 2017), ofreciendo evidencia satisfactoria para recomendar su utilización en población clínica con diagnóstico de Esquizofrenia en Chile y Latinoamérica.

### Agradecimientos

Este estudio fue financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile (ANID) a través del FONDECYT REGULAR N°1200785

### Referencias

- Abad, F., Olea, J., Ponsoda, V., & García, C. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Editorial Síntesis.
- Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., Fernández-Modamio, M., Santacoloma-Cabero, I., Gómez de Tojeiro-Roce, J., García-Polavieja, B., Santos-Zorrozuía, B., & 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>
- Biringer, E., & Tjoflåt, M. (2018). Validation of the 24-item Recovery Assessment Scale-Revised (RAS-R) in the Norwegian language and context: A multi-center study. *Health and Quality of Life Outcomes, 16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0849-3>
- Boyer, L., Simeoni, M. C., Loundou, A., D'Amato, T., Reine, G., Lancon, C., & 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>
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods & Research, 21*(2), 230-258. <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
- Caqueo-Urizar, A., Boyer, L., Boucekine, M., & 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/10.1016/j.schres.2014.08.013>
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Loundou, A., Boucekine, M., Fond, G., & 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>
- Cavelti, M., Wirtz, M., Corrigan, P., & Vauth, R. (2016). Recovery Assessment Scale: Examining the factor structure of the German version (RAS-G) in people with schizophrenia spectrum disorders. *European Psychiatry, 41*(1), 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.10.006>

- Chan, R., Mak, W., Chio, F., & 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>
- Chan, S., Hui, C., Chang, W. C., Lee, E., & Chen, E. (2019). Ten-year follow up of patients with first-episode schizophrenia spectrum disorder from an early intervention service: Predictors of clinical remission and functional recovery. *Schizophrenia Research*, *204*, 65-71.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.08.022>
- Chiba, R., Miyamoto, Y., & Kawakami, N. (2010). Reliability and validity of the Japanese version of the Recovery Assessment Scale (RAS) for people with chronic mental illness: Scale development. *International Journal of Nursing Studies*, *47*(3), 314-322.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.07.006>
- Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, *35*(3), 231-239.  
<https://doi.org/10.1023/a:1018741302682>
- Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, 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>
- Cuesta, M. J., & Peralta, V. (1995). Psychopathological dimensions in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *21*(3), 473-482.  
<https://doi.org/10.1093/schbul/21.3.473>
- Díaz-Mandado, O., Nieto-Moreno, M., Montorio, I., & Periañez, J. A. (2015). Predictores de recuperación subjetiva en la esquizofrenia. [Predictors of subjective recovery in schizophrenia.]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *20*(2), 101-114.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.2.2015.15165>
- Färdig, R., Lewander, T., Fredriksson, A., & Melin, L. (2011). Evaluation of the Illness Management and Recovery Scale in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research*, *132*(2-3), 157-164.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.07.001>
- Fresán, A., De la Fuente-Sandoval, C., Loyzaga, C., García-Anaya, M., Meyenberg, N., Nicolini, H., & Apiquian, R. (2005). A forced five-dimensional factor analysis and concurrent validity of the Positive and Negative Syndrome Scale in Mexican schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, *72*(2-3), 123-129.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.03.021>
- Guedes De Pinho, L., Pereira, A., & Chaves, C. (2018). Adaptação portuguesa da Escala de Qualidade de Vida para pessoas com esquizofrenia. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, *46*(1), 189-199.  
<https://doi.org/10.21865/ridep46.1.14>
- He, S.-j., Fang, Y.-w., Huang, Z.-x., & Yu, Y. (2021). Validation of an 8-item Recovery Assessment Scale (RAS-8) for people with schizophrenia in China. *Health and Quality of Life Outcomes*, *19*(1), 119.  
<https://doi.org/10.1186/s12955-021-01763-3>
- IBM Corp. (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows*, Version 25.0. IBM Corp.
- İpçi, K., Yildiz, M., İncedere, A., Kiras, F., Esen, D., & 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>
- Jorge-Monteiro, M. F., & Ornelas, J. H. (2015). Recovery Assessment Scale: Testing validity with Portuguese community-based mental health organization users. *Psychological Assessment*, *28*(3), e1–e11.  
<https://doi.org/10.1037/pas0000176>
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & 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>
- Kukla, M., Lysaker, P. H., & Salyers, M. P. (2013). Do persons with schizophrenia who have better metacognitive capacity also have a stronger subjective experience of recovery?. *Psychiatry Research*, *209*(3), 381-385.

- <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.04.014>  
Lançon, C., Aghababian, V., Llorca, P. M., & 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/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10101.x>
- Lång, U., Mittal, V. A., Schiffman, J., & Therman, S. (2021). Measurement invariance of psychotic-like symptoms as measured with the Prodromal Questionnaire, Brief Version (PQ-B) in adolescent and adult population samples. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 593355.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.593355>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 199(6), 445-452.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Leucht, S., Kane, J. M., Kissling, W., Hamann, J., Etschel, E., & 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>
- Macpherson, R., Pesola, F., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & 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/10.1016/j.schres.2015.10.031>
- Mathew, Shari & Nirmala, Berigai & Kommu, John Vijay Sagar. (2018). Meaning of recovery among persons with schizophrenia: A literature review. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*.  
<https://doi.org/10.1007/s40737-018-0111-7>.
- McNaught, M., Caputi, P., Oades, L. G., & Deane, F. P. (2007). Testing the validity of the Recovery Assessment Scale using an Australian sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(5), 450-457.  
<https://doi.org/10.1080/00048670701264792>
- Morgades-Bamba, C. I., Fuster-Ruizdeapodaca, M. J., & Molero, F. (2019). The impact of internalized stigma on the well-being of people with Schizophrenia. *Psychiatry Research*, 271, 621-627.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.060>
- Muñoz, M., Sanz, M., Pérez-Santos, E., & de los Ángeles Quiroga, M. (2011). Proposal of a socio-cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 402-408.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. (2017). *Mplus user's guide*. Muthén & Muthén.
- Neil, S. T., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W., & Morrison, A. P. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR): A measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis*, 1(2), 145-155.  
<https://doi.org/10.1080/17522430902913450>
- Nowak, I., Waszkiewicz, J., Świtaj, P., Sokół-Szawłowska, M., & 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>
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & 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>
- 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>
- Saavedra, J., Cubero, M., & Crawford, P. (2009). Incomprehensibility in the Narratives of individuals with a diagnosis of schizophrenia. *Qualitative Health Research*, 19(11), 1548-1558.  
<https://doi.org/10.1177/1049732309351110>

- Saavedra, J., Vázquez-Morejón, A. J., Vázquez-Morejón, R., Arias-Sánchez, S., González-Álvarez, S., & Corrigan, P. (2021). Spanish validation of the Recovery Assessment Scale (RAS-24). *Psicothema*, 33(3), 500-508.  
<https://doi.org/10.7334/psicothema2021.52>
- Salzer, M. S., & Brusilovskiy, E. (2014). Advancing recovery science: Reliability and validity properties of the Recovery Assessment Scale. *Psychiatric Services*, 65(4), 442-453.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300089>
- Simões, Mário R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: Investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 2(34), 9-33.
- Singla, N., Avasthi, A., & Grover, S. (2020). Recovery and its correlates in patients with schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102-162.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102162>
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: Systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(4), 353-364.  
<https://doi.org/10.1017/S2045796012000133>
- The Jamovi Project. (2021). *Jamovi* (Version 1.6) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>
- Van Eck, R. M., Burger, T. J., Vellinga, A., Schirmbeck, F., & 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.
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Young, D. K., Cheng, D., & Ng, P. (2019). Predictors of personal recovery of people with severe mental illness in a chinese society: A cross-sectional study with a random sample. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Advance online publication.  
<https://doi.org/10.1007/s11469-019-00134-w>
- Zalazar, V., Castro Valdez, J., Mascayano, F., Vera, N., Scorza, P., & Agrest, M. (2017). Feasibility and psychometric properties of the Recovery Assessment Scale (RAS) in people with mental illness for its use in Argentina. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 4, 1-10.  
<https://doi.org/10.1007/s40737-017-0098-5>