

Universidad
Católica
de Valencia
San Vicente Mártir

Facultad de Psicología

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

La influencia del estigma social en la recuperación de las
personas con esquizofrenia. Una revisión sistemática

Presentado por: Alicia Ivars Mateu

Tutor/a: Maria Cristina Martínez Brotons

Valencia, a 10 de septiembre de 2020

Agradecimientos

A mis padres Maria José y Vicente por ayudarme en todo lo que han podido y por ser un pilar fundamental en mi vida.

A mis amigos y amigas por su apoyo incondicional.

A mis profesores y profesoras por los conocimientos que me han transmitido.

A mi familia y a todas las personas que han pasado por mi vida por el aprendizaje y las experiencias vividas.

A mi psicólogo por guiarme y acompañarme en el camino de mi vida.

Y a mi tutora por el esfuerzo y la dedicación, sin su ayuda no hubiera sido posible.

Índice

Resumen

Introducción

Esquizofrenia

Conceptualización

Sintomatología

Epidemiología

Evolución

Estigma y Salud Mental

Conceptualización De Estigma

Tipos De Estigma

El “Autoestigma” o Estigma Internalizado.

El Estigma Familiar.

El Estigma Institucional.

El Estigma Público.

Consecuencias Del Estigma

Esquizofrenia, Estigma y Rehabilitación

Tipos De Tratamiento

Conceptualización de Recuperación

Recuperación y Estigma

Justificación

Objetivos

Objetivo General

Objetivo Específico

Metodología

Estrategia De Búsqueda

Criterios De Selección De Los Estudios

Resultados

Discusión

Resumen De La Revisión Realizada

Conclusiones

Limitaciones

Nuevos Planteamientos

Referencias Bibliográficas

Resumen

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta alrededor de un 0.8% de la población española y suele aparecer entre el final de la adolescencia y la mitad de los treinta. Los síntomas de esta enfermedad se dividen en positivos (que producen alteraciones de la realidad), negativos (caracterizados por una disminución o ausencia del funcionamiento) y alteraciones cognitivas.

Esta revisión sistemática se centra en investigar como influye el estigma social en la recuperación de las personas con esquizofrenia. Para entender esta cuestión se ha explicado el estigma y sus tipos y se han seleccionado 8 artículos que responden al tema de investigación. Estos estudios indican el impacto del estigma en la recuperación y factores relacionados con esta. Pues, afecta negativamente a áreas como la calidad de vida, la gravedad de los síntomas, las relaciones sociales, el bienestar o la autoestima. Además, se ha comprobado que las variables sociodemográficas (en algunos casos) y otras como la alienación, las necesidades insatisfechas y el tiempo transcurrido desde que la enfermedad fue diagnosticada, también influyen en la recuperación.

Para finalizar el trabajo, se han aportado nuevos planteamientos para futuros estudios centrados en propuestas de mejora y en el estigma público e institucional. Así como también, se ha explicado cómo podemos ayudar a normalizar la enfermedad desde la información y una visión más amplia de la realidad.

Palabras clave: esquizofrenia, estigma, recuperación y síntomas.

Abstract

Schizophrenia is a serious mental illness that affects around 0.8% of people in Spain. It usually appears between the late teens and mid-thirties. There are two categories of disease symptoms: positive and negatives.

On the one hand, there are positive symptoms, which are the ones who produce reality distortion.

On the other hand, there are negative symptoms, which are the ones who produce a decrease or an absence of the brain function. Moreover, they can produce cognitive alterations. This systematic review focuses on investigating how social stigma influences the recovery of people with schizophrenia. With the purpose of understanding this issue 8 articles have been selected. These studies show the impact of stigma in the recovery and factors related with it.

Social stigma affects in a negative way some areas. For example, life quality, symptoms seriousness, social relationships, well-being or self-esteem. Furthermore, some studies show that sociodemographic variables and another one like alienation, unsatisfied necessities and the time passed since the disease diagnosis also affect the recovery.

To conclude this project, new approaches for future studies focusing on proposals for improvement and on public and institutional stigma. It was also explained how we can help to normalize the disease through information and a broader vision of reality.

Keywords: schizophrenia, stigma, recovery and symptoms.

Introducción

Esquizofrenia

Conceptualización

La historia del concepto de esquizofrenia tiene su origen en 1860 cuando Morel utilizó por primera vez el término de demencia precoz (Novella y Huertas, 2010). Encontró jóvenes de entre 20 y 30 años considerados como insensibles a los fenómenos del entorno y caracterizados por presentar actitudes, gestos y lenguaje muy estereotipados que evolucionaba hacia una pérdida de los procesos mentales, derivando en la demencia (Martínez y Yannarella, 2010; Novella y Huertas).

Posteriormente, Kraepelin en 1896 acogió el término de demencia precoz y hace una descripción más innovadora. La describe como un conjunto de cuadros clínicos que agrupaban la demencia precoz, la catatonia y la demencia paranoide. En estos términos establece una entidad nosológica diferente a otras

enfermedades mentales (Novella y Huertas, 2010) que incluye dos tipos de psicosis endógenas: la psicosis manícodepresiva y la demencia precoz. Más tarde, terminó de completar esta clasificación distinguiendo dos tipos de la demencia precoz: la progresiva, que finalizaría en un deterioro irreversible, y la que producía brotes y no presentaba un déficit permanente.

No es hasta 1911 cuando Bleuler introduce el término “esquizofrenia” describiéndolo como una “disrupción de los procesos asociativos necesarios para formar ideas integradas sobre sí mismo y los demás” (Vergara y León, 2020, p.132). En su descripción explicaba también un conjunto de síntomas principales únicos de las personas con esquizofrenia que se clasificaron en: trastornos de las asociaciones (los pacientes tienen ideas que no están relacionadas entre sí, y producen asociaciones poco coherentes), trastornos afectivos (que tienden al aislamiento y al embotamiento emocional), ambivalencia (caracterizada por la presencia de pensamientos o actitudes que guardan una relación opuesta) y autismo (que se explica por un predominio de la vida interior frente a la vida social). Estos síntomas eran constantes y siempre se presentaban en las personas con esquizofrenia, pero podían aparecer junto con otros síntomas secundarios como los delirios, las alucinaciones o los trastornos del lenguaje.

Sintomatología

Para entender cómo viven las personas con esquizofrenia es importante explicar los síntomas de este trastorno. Se dividen en síntomas positivos, negativos y alteraciones cognitivas. Los síntomas positivos son los delirios, alucinaciones, habla desorganizada y cambios en el comportamiento (Marques et al., 2012; Piñón et al., 2018). Los delirios son creencias fijas sobre distintos temas determinados que difícilmente pueden ser cambiadas. Algunos tipos que se conocen son: los delirios de grandeza, referenciales, persecutorios, erotomaniacos, nihilistas y somáticos (APA, 2014). Las alucinaciones, en cambio, hacen referencia a falsas percepciones de la realidad que ocurren involuntariamente y sin la necesidad de un estímulo externo. Según la modalidad sensorial se pueden distinguir en: auditivas, visuales, táctiles, olfativas y gustativas, siendo las dos primeras las más comunes. Existen también otro tipo de alucinaciones: las hipnagógicas (que ocurren durante el sueño) y las hipnopómpicas (que tienen lugar al despertar) (APA, 2014; Bauer et al., 2010; Chaudhury, 2010).

Por otro lado, los síntomas negativos de la esquizofrenia están caracterizados por una disminución de la actividad motora, una emotividad plana (es decir, una disminución de la expresión emocional en la cara, la voz y la gesticulación con las manos), alogia (refiriéndose a una disminución del habla), asocialidad (es decir, una disminución de la iniciativa social por una reducción del interés en mantener relaciones

sociales) y anhedonia (que se refiere a una disminución en la capacidad para sentir placer a través de estímulos que producen emociones agradables) (Marder y Galderisi, 2017; Marques et al., 2012).

Respecto a las alteraciones cognitivas, se ha detectado en la esquizofrenia déficits en la memoria verbal y en la velocidad para procesar la información, disfunción ejecutiva que implica procesos como la planificación, la flexibilidad cognitiva y la inhibición. También se ven alteradas la memoria, el lenguaje, la percepción, la atención selectiva y sostenida y la inteligencia (Díaz et al., 2017; Piñón et al., 2018).

Epidemiología

Según estudios epidemiológicos, la prevalencia de la esquizofrenia se sitúa alrededor de un 0.8% en España (Piñón et al., 2018). Durante mucho tiempo se pensó que la incidencia de la esquizofrenia era constante geográficamente y temporalmente (Stilo y Murray, 2010), pero los resultados informan de variaciones de 0.12% a 1.6% (Orrico et al., 2020).

En relación con el inicio de los síntomas, aparece habitualmente entre la adolescencia tardía y la mitad de los treinta (APA, 2014).

Respecto a los factores de riesgo, se pueden dividir en biológicos, ambientales y psicosociales.

En los factores biológicos, se incluyen la genética (situando la heredabilidad entre un 66% y un 83%) y la edad avanzada paterna. Los problemas en el embarazo y el parto también se han relacionado con la esquizofrenia (Stilo y Murray, 2010).

Los factores ambientales más característicos son la migración y el medio urbano como lugar de residencia (Stilo y Murray, 2010).

Por otro lado, son considerados factores de riesgo psicosociales el abuso de estimulantes y cannabis y experiencias vividas en la infancia y la adultez como el abuso sexual, el bullying, la pérdida o separación de los padres y el aislamiento social (Stilo y Murray, 2010).

Evolución

Las personas con esquizofrenia pueden vivir la enfermedad según las circunstancias, el tipo y las características personales de cada individuo y pasar por distintos estadios de la enfermedad que se expondrán a continuación (Ruiz et al., 2013):

- Fase prepsicótica o prodrómica: se presentan síntomas inespecíficos o el sujeto presenta riesgos de desarrollar la enfermedad. Los síntomas presentes en esta fase son: antecedentes familiares de esquizofrenia, posibles síntomas positivos moderados y baja funcionalidad. En cuanto al tratamiento, se ha comprobado la eficacia de la terapia psicológica junto a la toma de neurolepticos en dosis reducidas. Para

llevar a cabo el tratamiento psicológico se establecen previamente los siguientes objetivos: aumentar el autoconocimiento respecto a la enfermedad, fomentar la adaptación del paciente, trabajar la autoestima, proporcionar estrategias de regulación emocional, reducir la alteración emocional, la comorbilidad con otros trastornos y prevenir recaídas.

– Fase aguda: los síntomas de esta fase son positivos y graves y es cuando reciben por primera vez tratamiento psicológico y farmacológico mediante el uso de antipsicóticos atípicos a dosis elevadas tratando de disminuir los efectos secundarios. En la terapia psicológica, el enfoque más efectivo es el cognitivo-conductual que se utiliza en este caso para regular la sintomatología positiva. Hay programas empíricamente validados como el COPE para conocer mejor la enfermedad y aprender a convivir con ella, el STOPP para los delirios, la terapia cognitiva de Chadwick, Birchwood y Towler para las alucinaciones o la terapia cognitivo-conductual para las psicosis de Fowler. Para trabajar las dificultades es necesario establecer una serie de objetivos terapéuticos: crear una alianza terapéutica, responsabilidad en la toma de medicación, analizar el proceso de adaptación a la enfermedad, evaluación de la misma y de los tipos de tratamiento e intervención sobre los síntomas y el estado emocional.

– Periodo crítico: tiene una duración de entre 3 y 5 años y los sujetos pueden presentar una evolución favorable o pueden empeorar la cronicidad. Los síntomas que presentan son positivos de moderados a graves, alteraciones cognitivas moderadas, aislamiento social y conductas disruptivas. También puede aparecer sintomatología negativa moderada. Así pues, para lograr mejoras se establecen los siguientes objetivos terapéuticos: cumplir con la ingesta de la medicación establecida, para mantener la sintomatología estable y posibilitar la regresión al mundo laboral. En cuanto al tratamiento es importante destacar que, en esta fase la tasa de recaídas, de abandonar la medicación y de suicidio es más elevada. Para ello, se tratan los síntomas afectivos para reducir la ideación suicida y se interviene sobre los síntomas positivos con el uso de programas concretos.

– Fase subcrónica: durante esta fase los pacientes pueden tener recaídas. Presentan síntomas positivos y negativos moderados y la enfermedad empeora progresivamente. De este modo, como objetivos terapéuticos se trata de conseguir una estabilidad a largo plazo y una readaptación social favorable. Respecto al tratamiento de los estadios subcrónicos y crónicos, se recomienda el uso de programas de tratamiento multimodales para trabajar los síntomas cognitivos, las dificultades sociales y la resolución de conflictos. También se marcan como objetivos: lograr la independencia de los pacientes, disminuir la carga emocional de los familiares y reducir el consumo de drogas.

– Fase crónica: ocurre cuando las personas con esta enfermedad llevan al menos 5 años con ella, han experimentado recaídas y tienen dificultades y limitaciones en la vida diaria. Respecto a la sintomatología, aparecen síntomas negativos graves como la expresión emocional disminuida, alteraciones

en el pensamiento y el lenguaje, disminución de la energía, anhedonia, asocialidad y problemas atencionales y de concentración (como se ha explicado anteriormente en el apartado de sintomatología). En cuanto al tratamiento, se recetan neurolépticos para reducir los síntomas extrapiramidales y favorecer el cumplimiento de la toma de medicación. En el caso de la terapia psicológica, es eficaz el uso de programas de tratamiento integrado como la ITP para trabajar la rehabilitación social y cognitiva (específicamente la atención y la percepción). Para ello, se plantean como objetivos mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas con esquizofrenia.

Estigma y Salud Mental

Conceptualización De Estigma

La primera definición del concepto de estigma fue establecida por el sociólogo y escritor Erwin Goffman en 1963. El autor define este concepto como las cualidades de un individuo que le generan profundo descrédito y desvalorización social. Según Goffman (1963), la estigmatización aparece en las interacciones sociales y proviene de la discrepancia entre los atributos que la sociedad establece en función de las normas culturales y las que presenta la persona. A partir de este atributo, el individuo empieza a ser cuestionado y percibido como una persona con menor valía social. Goffman clasifica algunas características que forman parte del estigma social (Mascayano et al., 2014; Miric et al., 2017):

- La reacción emocional consecuencia del estigma. Las personas que no son estigmatizadas pueden sentirse incómodas cuando están con una persona que sufre estigma. Stangor y Crandall (2000), lo describen como una activación fisiológica que produce aversión o repulsión cuando establecen relación con la persona estigmatizada.

- Las racionalizaciones frente a la reacción emocional. Goffman hace referencia a la inclinación de las personas no estigmatizadas a identificarse con ideologías con el fin de justificar el rechazo de las personas que son estigmatizadas. Estas racionalizaciones son denominadas por Stangor y Crandall (2000), como “ideologías de justificación”, siendo creencias que no pueden ser contrastadas y que cuando son cuestionadas producen hostilidad, angustia y enfado a las personas que las transmiten.

- Contagio. Las personas que portan el estigma social transmiten estos mismos atributos a las personas que mantienen contacto con ellos.

- Supresión del estigma. Este aspecto puede interferir entre una persona que es estigmatizada y una que no lo es. Estas interacciones son denominadas por Goffman (1963) como *awkward moments*. En ellas, todos los participantes sienten incomodidad, aunque pueden no tener la intención de estigmatizar.

Por su parte, Link et al. (1989) establecen la “teoría del etiquetamiento” en la cual explican la estigmatización en las enfermedades mentales. Según esta teoría, los seres humanos aprenden e internalizan concepciones de las personas con trastornos mentales. Éstas se transforman posteriormente en “rótulos” que etiquetan, clasifican y discriminan. Dichos rótulos, en el caso de las personas con enfermedades mentales, hacen referencia a la peligrosidad, debilidad e inutilidad que presentan (Mascayano et al., 2014).

Tipos De Estigma

El “Autoestigma” o Estigma Internalizado. En los individuos que sufren una enfermedad mental, el estigma más grave es el internalizado o el “autoestigma”. La internalización del estigma implica asumir como propias y verdaderas las atribuciones negativas que ha recibido la persona doliente por parte del entorno social. El estigma internalizado se relaciona con creencias devaluantes y discriminatorias, con empeoramiento de la calidad de vida, la autoestima, la autoeficacia y el agravamiento de los síntomas (Mascayano et al., 2015). Se ha comprobado que las personas con esquizofrenia y otras enfermedades mentales graves sufren un estigma internalizado elevado. Como consecuencia, disminuye la búsqueda de empleo, de ayuda profesional y aparecen dificultades para emanciparse (Magallares, 2011).

El Estigma Familiar. El estigma en la familia se atribuye a la pérdida de valor de la persona por estar asociada a una persona estigmatizada. Esto puede causar en las familias problemas como alteraciones en sus relaciones interpersonales o un empeoramiento de su calidad de vida. Aunque, es cierto que la familia también puede estigmatizar a las personas con enfermedades mentales (Mascayano et al., 2014).

El Estigma Institucional. Por otra parte, el estigma institucional o también llamado estructural, está relacionado con las políticas y normas establecidas por instituciones públicas o privadas que limitan los derechos de las personas con enfermedades mentales. Esta discriminación es producto de la significativa desigualdad en salud que afecta a las personas más vulnerables de nuestra sociedad. Diversos factores son producto de este tipo de estigma como tener un trastorno mental grave, vivir en condiciones de pobreza, ser mujer y otras variables socioculturales. Algunos estudios indican que es frecuente, en los profesionales de la salud mental, la adopción de una actitud paternalista o negativa en cuanto al pronóstico y las posibilidades de recuperación que puedan tener las personas con trastornos mentales. Estos profesionales consideran que no es útil invertir en su recuperación, ya que piensan que no tienen solución (Mascayano et al., 2014; Mora-Ríos et al., 2013).

El Estigma Público. El estigma público hace referencia a la discriminación, prejuicios y estereotipos hacia colectivos vulnerables mediante un trato no igualitario, o cuando no se les permiten sus derechos por ser considerados menos válidos. Esto produce un aumento del estigma y favorece el empeoramiento de la salud mental. De este modo, aumentan las posibilidades de aislamiento, exclusión y empeoran las condiciones de vida familiares (Mora-Ríos et al., 2011).

Consecuencias Del Estigma

Hinshaw y Stier (2008) aluden que el pesimismo, la desesperación y la baja percepción de competencia son consecuencias de la internalización del estigma. Es habitual que las personas estigmatizadas tengan dificultades para integrarse en la sociedad y se refugien en el silencio y la invisibilidad, lo cual tiene efectos negativos en el bienestar y disminuye la autoestima de las personas afectadas (Magallares, 2011). Otra de las consecuencias de la estigmatización es la discriminación laboral y la dificultad de acceso a la vivienda o consecuencias a nivel emocional como la aparición de la culpa, la vergüenza y una baja confianza en sí mismos (Avdibegović y Hasanović, 2017; Magallares, 2011). Es relevante comentar que cuando el estigma permanece en secreto, las personas que lo sufren están siempre en el piloto automático. Esto puede generar ansiedad, estrés y dificultades en las relaciones sociales, puesto que el individuo que sufre estigma por tener una enfermedad mental rumia mucho sobre ello tratando de ocultarla (Magallares, 2011).

Esquizofrenia, Estigma y Rehabilitación

Tipos de Tratamiento

Los tratamientos psicológicos utilizados para la esquizofrenia son diversos. Los siguientes están basados en la evidencia:

Terapia cognitivo-conductual: Este tipo de terapia se ha utilizado para tratar los delirios y las alucinaciones (Ruiz et al., 2013).

Intervención familiar psicoeducativa: Combinada con neurolépticos son eficaces en la reducción de síntomas, las recaídas y las hospitalizaciones (Castillo et al., 2016).

Terapia artística: Utiliza técnicas psicoterapéuticas con distintas actividades de manera grupal para fomentar la creatividad (Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, 2013).

Intervención temprana: Proporciona atención psicosocial, ocupacional y educacional en el inicio de la enfermedad y tiene como objetivo reducir las recaídas, las hospitalizaciones y la gravedad de los síntomas,

así como mejorar la calidad de vida y la responsabilidad hacia los servicios de salud (Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, 2013).

Terapia de adherencia: Se utiliza como intervención complementaria para dar apoyo, psicoeducación y técnicas que faciliten la adherencia farmacológica (Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, 2013).

Entrenamiento en habilidades sociales: Es eficaz como tratamiento para ayudar a los pacientes a afrontar y resolver situaciones sociales a raíz de un cambio en el comportamiento. Los distintos tipos de modelos incluyen: instrucciones, *roleplaying*, ensayo conductual, *feedback* y refuerzo positivo y negativo (Castillo et al., 2016).

Entrenamiento en adaptación cognitiva: Proporciona reforzamiento en casa y en el exterior y mejora la adherencia al tratamiento farmacológico, la higiene, el autocuidado, la organización, el tiempo libre y de ocio (Castillo et al., 2016).

Aprendizaje sin errores: Está basado en la realización de tareas sin cometer errores mediante la conexión estímulo-respuesta (Castillo et al., 2016).

Entrenamiento en cognición social: La cognición social es la capacidad de construir representaciones de las relaciones intrapersonales e interpersonales y emplear esas representaciones para guiar el comportamiento social (Silva y Restrepo, 2017). Este entrenamiento pretende que las personas con esquizofrenia adquieran habilidades para responder de manera asertiva a las personas con las cuales interactúan.

Programa de reconocimiento afectivo: Este programa propuesto por Wolwer et al. (2016) trabaja en el reconocimiento de la expresión emocional (Silva y Restrepo, 2017).

Conceptualización de Recuperación

El concepto de recuperación ha generado una frecuente confusión por parte de la población general, pues se ha considerado la misma definición para personas con enfermedades mentales y para personas con otras condiciones médicas. En efecto, la literatura científica, en psiquiatría, ha establecido la recuperación como la ausencia de todos los síntomas y limitaciones. Este término fue acuñado por Slade en 2009 como “recuperación clínica”. Pero, no es hasta 1988 cuando Patricia Deegan estableció un nuevo significado de recuperación. Esta autora redactó la recuperación como la experiencia de la vida de las personas que aceptan su propia discapacidad, experimentando un sentido de la vida con los límites que la enfermedad mental supone. Poco después, William Anthony (1993) presentó su propia definición como un proceso personal y

único para cambiar nuestras actitudes, habilidades, metas y otros factores, con el objetivo de vivir una vida plena y esperanzadora incluso con las limitaciones de la enfermedad (Davidson y González-Ibáñez, 2017).

Por tanto, la recuperación personal esta centrada en cinco procesos principales: (1) vincularse con otras personas; (2) tener esperanza y optimismo respecto al futuro; (3) tener un autoconcepto positivo; (4) encontrar un sentido a nuestra vida y (5) estar empoderado para practicar el autocuidado y tomar decisiones propias. Todo ello, a través del apoyo y el cuidado de los demás y de uno mismo (Davidson y González-Ibáñez, 2017).

Recuperación y Estigma

Diversos autores han relacionado el concepto de estigma con la recuperación de las personas con esquizofrenia.

Un estudio realizado por Walh en 1999 indica que el 80% de personas con enfermedades mentales habían sido estigmatizadas por parte de la sociedad. Posteriormente, Ertugrul y Ulug (2004) realizaron un estudio sobre el estigma social en comparación con psicopatología y discapacidad. Afirmaron que las personas que sufrían más estigma con respecto a su trastorno mostraban una mayor puntuación en sintomatología positiva y en discapacidad (Ochoa et al., 2011).

Así pues, Yanos et al. (2010) establecen un modelo en el cual exponen que el autoestigma disminuye la esperanza y la autoestima, influye de manera negativa en las relaciones sociales y aumenta la depresión y el riesgo de suicidio. Estos resultados se relacionan negativamente con la recuperación (Zhang et al., 2018).

Se han encontrado también, algunos estudios que indican que el apoyo social produce mejorías en la recuperación y disminuye la internalización del estigma. Este último factor puede pronosticar una recaída (Zhang et al., 2018).

Justificación

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que como se ha descrito anteriormente afecta a casi un 1% de la población (Piñón et al., 2018). El estigma que sufren las personas con esquizofrenia tiene graves consecuencias en aspectos tan esenciales como la autoestima, la calidad de vida y por supuesto, en el proceso de rehabilitación (Avdibegović y Hasanović, 2017; Magallares, 2011).

Con la realización de esta revisión sistemática se trata de hacer una búsqueda exhaustiva en las bases de datos científicas para indagar acerca de cómo influye la estigmatización en la recuperación de las personas con esquizofrenia. El tratamiento psicológico y farmacológico en todas las fases de la enfermedad son

imprescindibles para las personas con esta patología, pero hay factores que pueden dificultar la evolución terapéutica. El estigma social es uno de ellos.

Objetivos

Objetivo General

Revisar en la literatura científica de qué manera influye el estigma social en el proceso de recuperación de las personas con esquizofrenia.

Objetivo Específico

- Explorar la relación entre estigma y recuperación en las personas con esquizofrenia.
- Explorar cómo afectan distintos factores relacionados con la recuperación en las personas con esquizofrenia

Metodología

Estrategia De Búsqueda

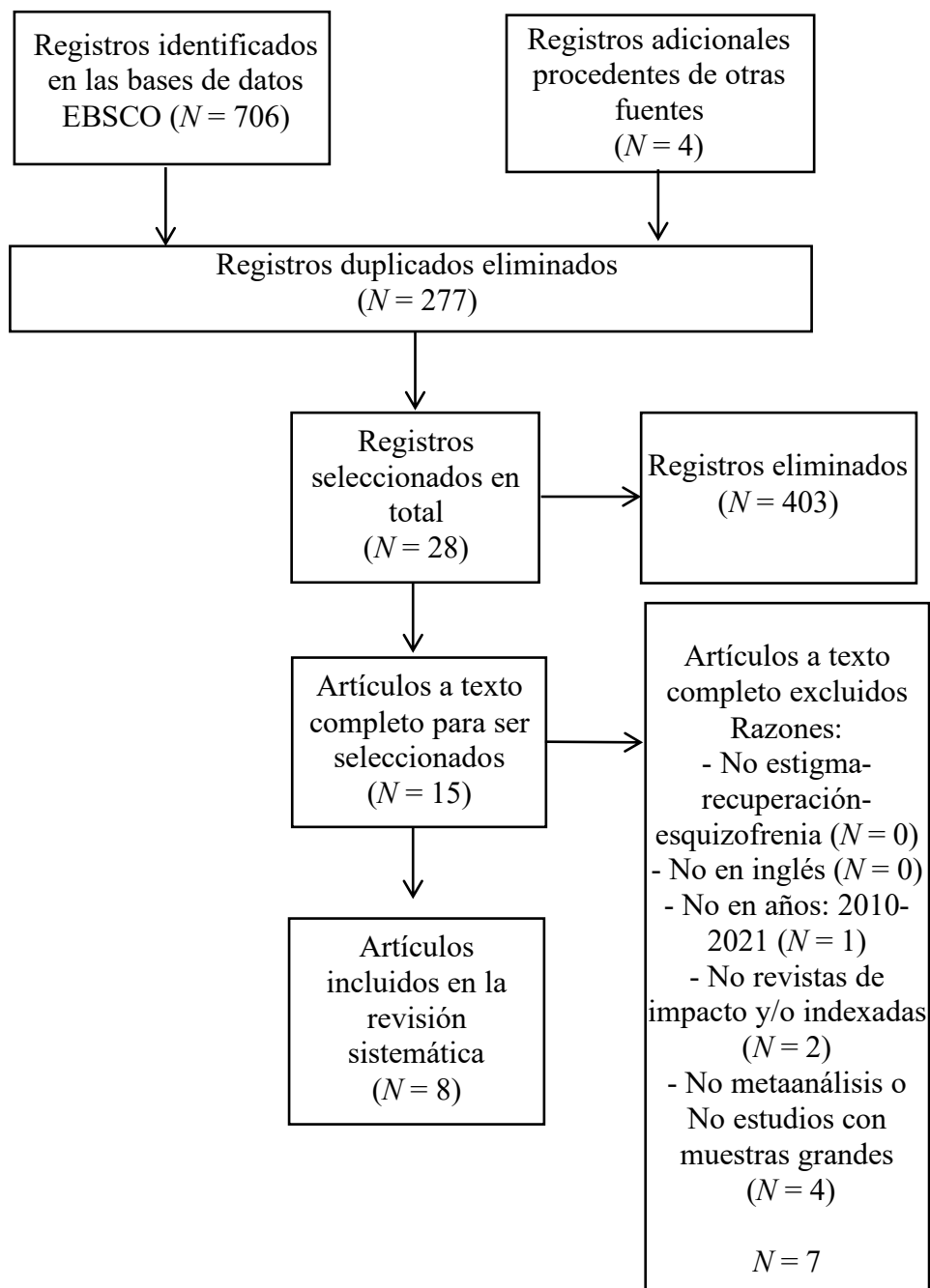
La búsqueda bibliográfica se realizó en la base de datos EBSCO. Dentro de esta, por su relación con el tema tratado, se consultó en las bases de datos: APA PsycInfo, MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection y OpenDissertations. La ecuación de búsqueda fue:

- schizophrenia AND (stigma AND recovery)

Además de utilizar operadores booleanos, se buscó información en Google Académico escribiendo términos concretos y buscando artículos que no aparecían a texto completo en EBSCO. Después de encontrar diferentes artículos que podían ser de utilidad, se realizó una lectura de ellos y se hizo uso de las referencias bibliográficas para encontrar otros artículos nuevos e incluirlos en el apartado de resultados.

Figura 1

Diagrama de flujo de la información a través de las diferentes fases de una revisión sistemática



Criterios De Selección De Los Estudios

Para realizar un trabajo académico de interés y de calidad, los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para la búsqueda y utilización de estudios eran:

- Estudios que relacionen estigma y recuperación en las personas con esquizofrenia

- Publicados entre 2010 y 2021

Por otra parte, para asegurar un trabajo de calidad e incluir estudios con bajo riesgo de sesgo, se basó en los niveles de evidencia y grados de recomendación SIGN (2020) y se establecieron también los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios publicados en revistas de impacto (pertenecientes al cuartil 1 o 2) e indexadas
- Artículos de investigación escritos en inglés
- Metaanálisis o estudios con muestras grandes de participantes

Respecto a los criterios de exclusión, se determinaron los siguientes:

- Estudios que no relacionen estigma y recuperación en las personas con esquizofrenia u otro colectivo
- Artículos publicados antes del 2010
- Estudios publicados en revistas no indexadas y/o de bajo impacto
- Artículos de investigación no escritos en inglés
- Estudios que no sean metaanálisis o en los cuales las muestras sean pequeñas

Resultados

Tabla 1

Estudios Utilizados en la Revisión Sistemática sobre Estigma, Esquizofrenia y Recuperación

Autores	Participantes	Procedimiento	Escalas	y	Resultados
			cuestionarios		
Caqueo-Urizar et al., 2020	N = 253	Dos psicólogos especializados y un investigador. Pase escalas de evaluación (20-30 min).	ISMI-12, S- QoL18 y PANSS		> estigma social = < bienestar físico < autoestima < relaciones sociales

Autores	Participantes	Procedimiento	Escalas	y	Resultados
			cuestionarios		
Çapar y Kavak, 2019	N = 250	Recopilación de datos de las escalas mediante entrevista (aprox. 15 min).	FROGS y ISMIS		> EI = < recuperación funcional
Zhang et al., 2018	N = 232	Los participantes fueron seleccionados mediante entrevista. Respondieron ítems de EI, AS e IS.	ISMI, DSSI, GAF y PANSS		> EI = < interacción social < percepción apoyo social < funcionamiento social > gravedad síntomas
Morgades-Bamba et al., 2019	N = 167	Participantes de 12 asociaciones de España. Pase de escalas en fase estable (40-45 min).	ISMI, RSE, EAG y SQLS		Alienación + estigma = < CV; > EI = > síntomas positivos
Mueser et al., 2020	N = 399 (N = 211 con esquizofrenia)	Recopilación de datos con el RAISE-ETP en 34 lugares de Estados Unidos mediante asignación controlada aleatoria	SCID-IV, PANSS, CDSS, SPWB y QLS		> EP = > síntomas depresivos; > estigma = > bienestar > recuperación > funcionalidad < relaciones sociales; EI + PNT más larga = > sintomatología depresiva < recuperación < bienestar

Autores	Participantes	Procedimiento	Escalas y cuestionarios	Resultados
Brohan et al., 2020	N = 1229 (N = 905 con esquizofrenia)	Se envió aleatoriamente a 500 personas de cada sitio donde se realizó el estudio. Selección realizada por los responsables de cada sitio y supervisada por GAMIAN-Europe.	ISMI, BUES, PDD, RE y autoinforme	<p>> EI =</p> <p>< relaciones sociales</p> <p>dudas diagnóstico</p> <p>=</p> <p>> EI diferencias significativas: EI, resistencia al estigma, empoderamiento y discriminación percibida entre los 14 países.</p>
Chan y Mak, 2014	N = 400 (N = 360 con esquizofrenia)	Los participantes formaban parte de diferentes servicios comunitarios.	BASIS-R, SSS-S, CANSAS y SWLS	<p>> EI =</p> <p>> gravedad síntomas</p> <p>< CV</p> <p>> NI</p>

Autores	Participantes	Procedimiento	Escalas y cuestionarios	Resultados
Dubreucq et al., 2012	N = 9661 con esquizofrenia	Revisión sistemática con 272 artículos incluidos. De ellos, 231 emplearon diseños transversales y 41 fueron longitudinales. Casi la mitad de los estudios abordaban TMG. Entre ellos, 114 estudios se centraban en la esquizofrenia.	SSMI y ISMI	> EI → vergüenza, evitación, conductas autodestructivas, angustia por la sintomatología, síntomas depresivos, ideación suicida > Estigma público = > EI < EI = esperanza, búsqueda de ayuda, adherencia al tratamiento > EI = < CV < autoestima < bienestar < satisf. con la vida <empoderamiento < resiliencia < recuperación < funcionamiento > grav. síntomas

Fuente: Elaboración propia

Abreviaciones: ISMI-12 (Cuestionario de Estigma Internalizado), S-QoL18 (Cuestionario de Calidad de Vida para Pacientes con Esquizofrenia), PANSS (Escala de Síntomas Positivos y Negativos), FROGS

(Escala de Remisión Funcional de la Esquizofrenia General), EI (Estigma Internalizado), IS (Interacción Social), AS (Apoyo Social), ISMI (Escala de Estigma Internalizado de las Enfermedades Mentales), DSSI (Índice de Apoyo Social de Duke), GAF (Evaluación Global del Funcionamiento), EAG (Escala de Autoeficacia General), RSE (Escala de Autoestima de Rosenberg), SQLS (Escala de Calidad de Vida de las Personas con Esquizofrenia), CV (Calidad de Vida), RAISE-ETP (Programa Integrado para el Tratamiento del Primer Episodio de Psicosis), SCID-IV (Entrevista clínica estructurada para Trastornos del eje I del DSM-IV), CDSS (Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia), SPWB (Escala de Bienestar Psicológico), QLS (Escala de Calidad de Vida), EP (Estigma Percibido), SERS (Escala de Valoración de la Autoestima), BUES (Escala de Empoderamiento de la Universidad de Boston), PDD (Escala de Discriminación y Devaluación Percibida), RE (Resistencia al Estigma), PNT (Psicosis No Tratada), AE (Autoestima), BASIS-R (Escala de Identificación de Síntomas), SSS-S (Escala Corta de Autoestigma), CANSAS (Cronograma Corto de Tasación de la Evaluación de Necesidades de Camberwell), SWLS (Escala de Satisfacción con la Vida), NI (Necesidades Insatisfechas), SSMI (Escala de Autoestigma de Enfermedades Mentales), TMG (Trastorno Mental Grave), GAF (Escala de Evaluación de la Actividad Global).

- Caqueo-Urizar et al., 2020

El objetivo de este estudio es determinar que tipos de estigma fueron relacionados con la calidad de vida de una muestra de sujetos que vivían en viviendas comunitarias de Bolivia, Chile y Perú. Los participantes tenían una edad media de 35,6 años y una duración media de la enfermedad de 14,6 años. Respecto a la evaluación de los resultados, presentaron bajas puntuaciones en la escala SQoL que fueron relacionadas con los ítems de estigma social, estigma experimentado y autoestigma, independientemente de las variables sociodemográficas, los síntomas (PANSS) y la edad de inicio de la enfermedad. El estigma social se relacionó con una disminución del bienestar físico y de las relaciones sociales. En cambio, el estigma internalizado se asoció con una autonomía deteriorada y el estigma experimentado se asoció con un empeoramiento de la vida sentimental.

- Çapar y Kavak, 2019

Este estudio tiene como objetivo determinar el efecto del autoestigma sobre la recuperación funcional de personas con esquizofrenia. La mayor parte de participantes eran hombres y tenían una edad comprendida entre los 40 y los 50 años, casi la mitad estaban graduados en secundaria y percibían su nivel de ingresos en un rango intermedio, más del 80% eran solteros y el 66.8% no tenían antecedentes de enfermedad mental.

Según la subescala FROGS y las puntuaciones medias obtenidas, la recuperación funcional disminuye a medida que aumenta la edad, y es menor en mujeres con situaciones sociales características. Por otra parte, los antecedentes familiares de enfermedad mental han demostrado no influir en la internalización del estigma.

En cuanto a las puntuaciones de las escalas FROGS e ISMIS, los niveles de recuperación funcional eran bajos y los de estigma internalizado elevados. Cuando se correlacionaron ambas escalas, se obtuvo que si el autoestigma aumenta, la remisión funcional disminuye.

- Zhang et al., 2018

El objetivo de este estudio es evaluar un modelo integrador que relacione el autoestigma y la recuperación en las personas con esquizofrenia de una comunidad rural china. El 90.5% de los participantes no tenía estudios de educación secundaria y poco más de la mitad no generaban ingresos. Según las puntuaciones medias obtenidas en la escala ISMIS, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con los datos sociodemográficos.

En los análisis de ruta, la internalización del estigma se asoció de manera significativa con el apoyo social percibido y la interacción social. Por otra parte, a medida que el funcionamiento social y la interacción social disminuyen, aumenta la gravedad de los síntomas. En cambio, el apoyo social percibido no obtuvo diferencias significativas junto al agravamiento de los síntomas.

- Morgades-Bamba et al., 2019

El objetivo de este artículo consiste en analizar como influye la alineación y los estereotipos en las dimensiones de la calidad de vida de personas con esquizofrenia. La edad de los participantes está comprendida entre los 24 y los 70 años, casi un 75% eran hombres y el diagnóstico fue establecido desde hace 1 año hasta los 40 años.

Las variables sociodemográficas no han reflejado diferencias significativas con otras variables, excepto la edad, la motivación y la energía que han obtenido una baja correlación.

Con respecto a las variables psicosociales, no se encontraron diferencias significativas en el estigma, la autoestima y la autoeficacia con las dimensiones de la escala SQoL. Por ello, se modificó el modelo a uno nuevo, en el cual el estigma internalizado es mediado por la autoestima. Con este cambio se demostró que la alienación influye significativamente en las dimensiones física y psicosocial de la escala SQoL y en las variables motivación y energía.

- Mueser et al., 2020

Esta investigación se basa en el objetivo de evaluar la relación entre el estigma percibido y el curso de la psicosis no tratada (PNT), las características demográficas, clínicas y psicosociales en personas con un primer episodio de psicosis.

Según las características demográficas, las personas casadas sufren más estigma y las que viven independientemente lo sufren menos. Para relacionar ambas variables, se hizo el análisis de la varianza y se obtuvieron los siguientes resultados: las personas solteras no emancipadas y las personas casadas emancipadas tenían un menor estigma que en los casos opuestos.

Respecto a las variables clínicas, el estigma percibido correlacionó significativamente con síntomas depresivos en la escala CDSS y con una mayor gravedad de los síntomas en las subescalas PANSS positivo, emoción y depresión. La escala SPWB y las subescalas MHRW, QLS interpersonal y QLS total indican que a medida que aumenta el estigma, disminuyen el bienestar, la recuperación, la funcionalidad y las interacciones sociales. Cuando la variable estigma correlacionó con las variables depresión, bienestar y recuperación en los dos grupos de PNT, los resultados indicaron que el estigma era mayor en la PNT larga.

- Brohan et al., 2020

El objetivo es examinar cómo la resistencia al estigma, la discriminación percibida, el empoderamiento y las características sociodemográficas se relacionan con el autoestigma. Son también objetivos de este estudio: explicar el nivel de estigma internalizado que tienen las personas de servicios de salud mental en Europa diagnosticadas con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, así como exponer las consecuencias para los servicios de salud mental.

Al reunir las puntuaciones de ISMI, RE, PDD y BUES se obtuvieron los siguientes resultados: el 41.7% de participantes experimentaban un estigma internalizado moderado o alto, el 49.2% se resistían al estigma, el 61.7% eran puntuaciones de autoestima/autoeficacia, el 26.2% de poder/impotencia y el 69.4% de discriminación percibida. Siguiendo con las puntuaciones de estas escalas, todas correlacionaron significativamente con la escala ISMI. La escala ISMI y BUES correlacionaron negativamente, al igual que la escala ISMI y la subescala ES. Sin embargo, las escalas ISMI y PDD correlacionaron de manera positiva. Los participantes desempleados tenían puntuaciones significativamente más altas de autoestigma. Los que tenían dudas acerca de su diagnóstico mostraban puntuaciones más altas que los que eran conscientes de su diagnóstico y que aquellos que pensaban que su diagnóstico era equivocado. Los participantes que habían cursado hasta la educación terciaria puntuaban más bajo en estigma internalizado que los que habían cursado

hasta educación secundaria. Además, aparecieron diferencias según el género. Las mujeres puntuaban más alto en autoestigma que los hombres.

Por otra parte, el empoderamiento y una mayor interacción social reducía significativamente el autoestigma.

- Chan y Mak, 2014

El objetivo de este estudio es evaluar el autoestigma y las necesidades insatisfechas como factores mediadores en la relación entre la gravedad de los síntomas y la calidad de vida subjetiva.

La edad media de los participantes era de 45,61 años, alrededor del 77.6% había cursado estudios de secundaria o superiores, el 80.5% no estaban casados y el 28.8% se encontraban en situación de desempleo. El tiempo medio transcurrido desde que había sido diagnosticada la enfermedad fue de 19,87 años y la edad media de inicio fue 25,86 años.

Con respecto a los resultados obtenidos en las escalas utilizadas, la mayoría de las variables sociodemográficas no han obtenido diferencias significativas con la calidad de vida subjetiva. Aunque sí es cierto que, el nivel educativo correlaciona negativamente con esta variable y la duración de la enfermedad y la edad correlacionan positivamente con la misma. Las variables de depresión e inestabilidad emocional, así como el estigma internalizado y dos variables que forman parte de las necesidades insatisfechas correlacionan negativamente con la calidad de vida subjetiva. En cambio, la gravedad de los síntomas correlaciona positivamente con el autoestigma y con las necesidades insatisfechas.

- Dubreucq et al., 2012

Este estudio tuvo como objetivos: (1) examinar la frecuencia, las correlaciones y las consecuencias de la internalización del estigma en personas con Trastorno Mental Grave (TMG); (2) comparar el estigma internalizado en las diferentes zonas geográficas y revisar cómo pueden asociarse con los factores culturales; (3) evaluar las fortalezas y limitaciones de la literatura científica basada en la evidencia con el objetivo de guiar la investigación futura.

Se encontraron estudios realizados en distintas áreas geográficas de todo el mundo. La mayoría de ellos incluyeron pacientes ambulatorios, un 11.3% se realizaron en un psiquiátrico, un 1.8% en programas de servicios operados por consumidores o grupos de defensa y un 2.2% en centros penitenciarios. De los estudios incluidos, un 41.9% se basaron en la esquizofrenia. Alrededor de una tercera parte de las personas con TMG presentaban un estigma internalizado elevado. El nivel más alto se encontró en esquizofrenia. En

referencia a las zonas geográficas con mayor nivel de autoestigma, se informó que en Oriente Medio y África era más elevado que en Europa en TMG y en Oriente Medio y en Sudáfrica era más alto en esquizofrenia.

Respecto a los estudios transversales, características sociodemográficas como la inmigración, una historia de encarcelamiento, no tener vivienda, el estilo de crianza, la vergüenza y la evitación o presentar rasgos autodestructivos se relacionaron con un mayor nivel de estigma internalizado. Otras características como tener síntomas positivos, negativos y/o depresivos, actitudes disfuncionales, evitar el afrontamiento o presentar ideación suicida se asoció con un mayor autoestigma. Siguiendo con las variables clínicas, un elevado estigma internalizado correlacionó negativamente con autoestima, calidad de vida, bienestar, satisfacción con la vida, empoderamiento, resiliencia, recuperación. Sin embargo, las personas con niveles bajos de autoestigma tenían una mayor tendencia a buscar ayuda profesional y a adherirse al tratamiento.

Respecto a las correlaciones longitudinales, quince de los cuarenta y un estudios basados en diseños longitudinales indicaron que un elevado estigma internalizado se relaciona con sintomatología residual, reacciones emocionales adversas ante la hospitalización involuntaria. Veintiocho estudios informaron consecuencias de internalizar el estigma. El autoestigma se relacionó con un aumento de los síntomas positivos, malestar, ideación suicida, síntomas depresivos y ansiedad social, así como, una baja autoestima, baja satisfacción con la vida, menor recuperación, bajo funcionamiento y una mayor evitación del uso de estrategias de afrontamiento.

Después de realizar una recopilación de datos de las investigaciones, se puede obtener distintas similitudes y diferencias. Todos los estudios coinciden en que el estigma tiene consecuencias negativas en variables como la calidad de vida, las relaciones sociales o la gravedad de los síntomas, y por tanto influye también en la recuperación (Morgades-Bamba et al., 2019; Zhang et al., 2018). En referencia a las escalas utilizadas, las más coincidentes son PANSS y ISMI (Zhang et al., 2018) y otras como BASIS-R, BUES O PDD (Brohan et al., 2020; Chan y Mak, 2014) no se han repetido en varios artículos.

Discusión

Resumen De La Revisión Realizada

El estigma de las enfermedades mentales está extendido por todo el mundo, y tiene consecuencias en la autoestima, las distintas alternativas de vida y en el transcurso de la enfermedad. Cuando la persona lo sufre y lo internaliza, aparecen sentimientos de culpabilidad, vergüenza..., que terminan en silencio, aislamiento y exclusión social (Avdibegović y Hasanović, 2017). Por ello, diversos autores se han interesado en investigar cómo influye el estigma en la recuperación de las personas con esquizofrenia, pues es uno de los colectivos más estigmatizados de nuestra sociedad (Ochoa et al., 2011).

Los estudios que he incluido en esta revisión explican los siguientes resultados: el estigma internalizado dificulta el proceso de recuperación, pero es importante destacar otros factores que también pueden influir negativamente. Las necesidades insatisfechas, los síntomas depresivos, la vergüenza y la evitación tienen un impacto significativo en vida de las personas con esquizofrenia (Chan y Mak, 2014; Dubreucq et al., 2012). Algunos estudios indican, que determinadas variables sociodemográficas pueden tener efecto sobre la funcionalidad. El nivel educativo alto aumenta la funcionalidad, potencia la socialización y mejora las habilidades sociales. El matrimonio, la ocupación y una elevada percepción de ingresos también se relacionan positivamente con la recuperación. En cambio, cuando la edad de las personas es menor pueden verse más afectadas y tener consecuencias negativas en el funcionamiento. (Çapar y Kavak, 2019).

Respecto a los tipos de estigma, Brohan (2010) señala en su estudio que un menor estigma público se relaciona con menor estigma percibido y experimentado.

En cuanto al efecto del estigma en la recuperación, el autoestigma y el estigma social reducen el bienestar y la autoestima (Caqueo-Urizar et al., 2020), así como la calidad de vida. Por ello, el estudio de Chan y Mak (2014), propone una toma de decisiones junto a los servicios de atención médica y poner el foco en sus necesidades para empoderar a los pacientes y favorecer el proceso de recuperación.

La mayor parte de las investigaciones se centran en el estigma internalizado para explicar las consecuencias que tiene en las personas con esquizofrenia, aunque algunas como la de Mueser et al. (2020) o la de Caqueo-Urizar (2020) hablan sobre el estigma percibido o el estigma experimentado. El artículo de Zhang et al. (2018) expone que el autoestigma disminuye la interacción social, el apoyo social percibido, la funcionalidad social y empeora la gravedad de los síntomas. Como consecuencia, las personas que lo sufren pueden llegar a aislarse, a no buscar apoyo y a no aprovechar las oportunidades que les ofrece la vida (Vass et al., 2017).

Conclusiones

El estigma social tiene graves consecuencias en la vida de las personas con esquizofrenia y supone un obstáculo para la recuperación. Este tipo de discriminación parece que es común en las personas con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (Brohan et al., 2010). Los resultados encontrados en esta revisión ponen el foco principalmente en el autoestigma, pues es el más grave e implica interiorizar las creencias y actitudes negativas que sufren las personas con esta enfermedad por parte de las instituciones, la familia y/o el entorno social. Por ello, ser conscientes del problema, formular preguntas e informarnos sobre la

esquizofrenia nos puede ayudar a normalizar la enfermedad y no suponer como verdaderas atribuciones adoptadas por parte de la sociedad, como consecuencia de la generalización, el estigma y la desinformación.

Por otra parte, limitar las personas a los síntomas y manifestaciones de la enfermedad también reduce nuestra visión de lo que realmente es la persona y no nos permite creer en su amplio espectro de posibilidades como tener la oportunidad de encontrar una vivienda, un trabajo, mantener relaciones sociales y realizar otras actividades que mejoren la calidad de vida y por tanto, el proceso de recuperación. Debido a las creencias estigmatizantes, estas oportunidades se ven limitadas por el entorno de la persona con esquizofrenia y por ella misma, pudiendo desencadenar aislamiento, abandono y exclusión social.

Limitaciones

Esta revisión presenta ciertas limitaciones a destacar. Los pacientes que han participado en los estudios seleccionados son pacientes ambulatorios o residentes de hospitales o centros de salud mental, por lo que puede haber factores que condicionen los resultados obtenidos, como el tipo de tratamiento que reciben o si el hecho de ser paciente de una institución puede incrementar o disminuir el estigma y la recuperación. Por otro lado, los estudios encontrados se focalizan en su mayoría en la influencia del estigma internalizado en la recuperación (o factores relacionados con esta) de las personas con esquizofrenia, pero hay muy pocos estudios que hablen de cómo afectan otros tipos de estigma, aunque sí es cierto que las consecuencias son más indirectas.

Por otra parte, los estudios seleccionados no incluyen diseños longitudinales, excepto el artículo de Dubreucq et al. (2020) en parte de la investigación. Incluir algunos estudios que tuvieran diseños longitudinales podría aportar una mayor riqueza a la investigación.

Nuevos Planteamientos

Tras el análisis de los resultados, una propuesta a realizar para futuros estudios relacionados con esta temática es centrar la investigación desde el punto de vista de los profesionales de la salud mental y/o las personas más cercanas a las que tienen esquizofrenia y lidian con el estigma. Además, se propone ampliar los estudios sobre el estigma público e institucional planteando posibles soluciones a la problemática.

Por otro lado, también se podrían realizar más estudios para combatir el estigma desde la familia, la escuela y los medios de comunicación.

Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) (5a ed.), Editorial Medica Panamericana.
- Avdibegović, E., y Hasanović, M. (2017). The Stigma of Mental Illness and Recovery. *Psychiatria Danubina*, 29(5), 900–905.
- Bauer, S. M., Schanda, H., Karakula, H., Olajossy-Hilkesberger, L., Rudaleviciene, P., Okribelashvili, N., Chaudhry, H. R., Idemudia, S. E., Gscheider, S., Ritter, K., y Stompe, T. (2010). Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 52(3), 319-325. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.06.008>
- Brea, J., y Gil, H. (2016). Estigma y salud mental. Una reflexión desde el trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 78, 95-112. <https://doi.org/10.12960/TSH.2016.0012>
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., y GAMIAN-Europe Study Group. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122(1-3), 232-238. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065>
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Habib, J., Loundon, A., Boucekine, M., Boyer, L., y Fond, G. (2019). Relationships between social stigma, stigma experience and self-stigma and impaired quality of life in schizophrenia across three Latin-America countries. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 270(5), 513-520. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01035-8>
- Castillo, M. P., Bellido, M., y Ventura, A. (2016). Revisión de tratamientos eficaces en la esquizofrenia. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, (5), 15-21. <https://doi.org/10.5538/2385-703X.2016.5.15>
- Chan, K. K. S, y Mak, W. W. S. (2014). The mediating role of self-stigma and unmet needs on the recovery of people with schizophrenia living in the community. *Quality of Life Research*, 23(9), 2559-2568. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0695-7>
- Chaudhury, S. (2010). Hallucinations: Clinical aspects and management. *Industrial Psychiatry Journal*, 19(1), 5. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.77625>
- Çapar, M., y Kavak, F. (2019). 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>
- Davidson, L., y González-Ibáñez, À. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 189-205.

- Díaz, E. A., Delgado, G. A., Riaño, M. E., Caballero, A. Y., y Moros, J. P. (2017). Perfil Neuropsicológico en un Paciente con Esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 12(1), 34-39. <https://doi.org/10.5839/rcnp.2017.12.01.01>
- Dubreucq, J., Plasse, J., y Franck, N. (2021). Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophrenia Bulletin*. 47(5), 1261–1287. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>
- Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (2013). *Guía de Referencia Rápida de Tratamientos Psicológicos con Apoyo Empírico*. Recuperado el 24 de junio 2021, de <https://webs.ucm.es/info/psclinic/guiarefrat/trastornos/ESQUIZOFRENIA/nice.php>
- M. (2020). *Niveles de evidencia y grados de recomendación*. GuíaSalud. <https://portal.guiasalud.es/egpc/lupus-niveles/>
- Magallares, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia. International Journal of Psychology*, 13(2) 7-17. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.816>
- Marder, S. R., y Galderisi, S. (2017). The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry*, 16(1), 14-24. <https://doi.org/10.1002/wps.20385>
- Marques, R., Rodrigues, P. C. B., y Siqueira, A. C. (2012). A realidade do viver com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2) 309-316. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200017>
- Martínez, Z., y Yannarella, W. E. (2010). Tres miradas, una apuesta: aproximaciones teóricas a la esquizofrenia. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 10(2), 369-396.
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., y Manchego, C. (2014). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58.
- Miric, M., Álvaro, J. L., González, R., y Torres, A. R. R. (2017). Microsociología del estigma: aportes de Erving Goffman a la conceptualización psicosociológica del estigma social. *Psicología e Saber Social*, 6(2), 172-185. <https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2017.33552>
- Mora-Ríos, J., Natera-Rey, G., Bautista-Aguilar, N., y Ortega-Ortega, M. (2013). Estigma público y enfermedad mental. Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales. *Representaciones Sociales y Contextos de Investigación con Perspectiva de Género*. 45-80.
- Mora-Ríos, J., y Bautista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental*, 37(4), 303-312. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2014.035>

- Morgades-Bamba, C. I., Fuster-Ruizdeapodaca, M. J., Molero, F. (2019). Internalized stigma and its impact on schizophrenia quality of life. *Psychology, Health & Medicine*, 24(8), 999-1004. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1612076>
- Mueser, K. T., DeTore, N. R., Kredlow, M. A., Bourgeois, M. L., Penn, D. L., y Hintz, K. (2019). Clinical and demographic correlates of stigma in first-episode psychosis: the impact of duration of untreated psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(2), 157–166. <https://doi.org/10.1111/acps.13102>
- Novella, E. J., y Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205-219. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a1>
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R., Arenas, O., Álvarez, I., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J., Lono, E., y Haro, J. M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(3), 477-489. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000300006>
- Orrico-Sánchez, A., López-Lacort, M., Muñoz-Quiles, C., Sanfélix-Gimeno, G., y Díez Domingo, J. (2020). Epidemiology of schizophrenia and its management over 8-years period using real-world data in Spain. *BioMed Central Psychiatry*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02538-8>
- Park, S. G., Bennet, M. E., Couture, S. M., y Blanchard, J. J. (2012). Internalized stigma in schizophrenia: Relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Research*, 205(1-2), 43-47. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.08.040>
- Piñón, A., Álvarez, M. C., Torres, T., Vázquez, P. y Otero, F. (2018). Perfil neuropsicológico de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia. *Revista Discapacidad Clínica Neurociencias*, 5(1), 1-14.
- Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K., y Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), 52-59.
- Silva, M. A., y Restrepo, D. (2017). Recuperación funcional en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(4), 252-260. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.08.004>
- Stilo, S. A., y Murray, R. M. (2010). The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(3), 305–315. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.3/sstilo>
- Urrutúa, G., y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507-511. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>

- Vass, V., Sitko, K., West, S., & Bentall, R. P. (2017). How stigma gets under the skin: the role of stigma, self-stigma and self-esteem in subjective recovery from psychosis. *Psychosis*, 9(3), 235–244. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1300184>
- Vergara-Ramírez, S., y León-Uribe, A. (2020). Metacognición, apego y sintomatología en esquizofrenia primer episodio. *Terapia Psicológica*, 38(2), 131-152. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082020000200131>
- Zhang, T-M., Ying-Ling, I., Yu, Y-H., Ni, S-G., He, X-S., Bacon-Shone, J., Gong, X., Huang, C H., Hu, Y., Tang, M-M., Cao, W., Lai-Wan, C., y Ran, M-S. (2018). An integrative model of internalized stigma and recovery-related outcomes among people diagnosed with schizophrenia in rural China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(8), 911 918. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1646-3>