



Escuela de Enfermería de Zamora

Titulación: Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

REPERCUSIONES QUE ACARREAN EL ESTIGMA PÚBLICO Y EL AUTOESTIGMA EN EL INDIVIDUO ESQUIZOFRÉNICO

Estudiante: Jessica Montero Sánchez

Tutor/a: Laura Pérez Asensio

Fecha: 11 de Mayo de 2017

El/la profesora LAURA PÉREZ ASENSIO en su calidad de tutor/a, considera que el Trabajo Fin de Grado titulado: REPERCUSIONES QUE ACARREAN EL ESTIGMA PÚBLICO Y EL AUTOESTIGMA EN EL INDIVIDUO ESQUIZOFRÉNICO realizado por JESSICA MONTERO SÁNCHEZ, cumple los requisitos para proceder a su presentación ante la Comisión Evaluadora.

Zamora, 10 de mayo de 2017

Fdo.: LAURA PÉREZ ASENSIO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que he redactado el trabajo “REPERCUSIONES QUE ACARREAN EL ESTIGMA PÚBLICO Y EL AUTOESTIGMA EN EL INDIVIDUO ESQUIZOFRÉNICO” para la asignatura Trabajo fin de grado 4º en el segundo cuatrimestre del curso académico 2016-2017 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes y la literatura citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes y de la literatura indicada, textualmente o conforme a su sentido.

En Zamora, 10 de mayo de 2017

Fdo.: Jessica Montero Sánchez

INDICE:

| | |
|---|----|
| RESUMEN | 4 |
| INTRODUCCIÓN | 5 |
| OBJETIVOS | 7 |
| MATERIAL Y METODOS | 8 |
| RESULTADOS: | |
| 1. Estigma en esquizofrenia: | |
| 1.1 Estigma público: | |
| a. Variabilidad de actitudes y estereotipos tras un cambio de seudónimo | 11 |
| b. Asociación percibida de delito | 13 |
| c. Perfil estigmatizador | 14 |
| 1.2 Autoestigma: | |
| a. Percepción del estigma | 14 |
| b. Consecuencias y factores favorecedores | 16 |
| 2. Estrategias e intervenciones | 17 |
| DISCUSIÓN: | |
| 1. Estigma en esquizofrenia: | |
| 1.1 Estigma público: | |
| a. Variabilidad de actitudes y estereotipos tras un cambio de seudónimo | 20 |
| b. Asociación percibida de delito | 21 |
| c. Perfil estigmatizador | 22 |
| 1.2 Autoestigma: | |
| a. Percepción del estigma | 23 |
| b. Consecuencias y factores favorecedores | 24 |
| 2. Estrategias e intervenciones | 25 |
| CONCLUSIONES | 27 |
| BIBLIOGRAFÍA | 28 |
| ANEXO | 30 |

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La esquizofrenia es un trastorno mental grave que cursa con ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico y síntomas negativos. Dichos síntomas son los responsables del fenómeno de estigmatización el cual puede presentarse en forma de estereotipos, prejuicios o discriminación. El objetivo del estudio fue analizar las repercusiones que acarrea el estigma público y el autoestigma en el individuo esquizofrénico. **Material y métodos:** se realizó una búsqueda de artículos en 13 bases de datos, separando aquellos que hacían referencia al estigma público, de los que se basaban en el autoestigma y las estrategias para combatirlo. **Resultados:** la sociedad considera a los individuos esquizofrénicos personas agresivas y peligrosas. Esto les trasmite menor confianza, mayor deseo de distancia social y ansiedad ante su presencia, provocando en el sujeto un empeoramiento de su enfermedad por inculcarles sentimientos de inferioridad y vergüenza que dañan su autoestima. **Conclusiones:** el estigma interiorizado y social ocasiona una serie de efectos en cadena cuyo desenlace se traduce en mayor aislamiento social, peor adherencia terapéutica e incremento de hospitalizaciones, que por medio de la potenciación del contacto, recursos personales y apoyo a pacientes y familiares, enfermería logrará atenuar la gravedad de esta cuestión que muchas veces pasa inadvertida.

Palabras clave: esquizofrenia, estigma público, autoestigma, psicoeducación.

INTRODUCCIÓN:

La esquizofrenia es un trastorno mental grave caracterizado por la presencia de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia, abulia, etc.). Dichos síntomas (dos o más) deben estar presentes durante al menos 1 de los 6 meses de duración mínima de la enfermedad, pudiendo incluir periodos con síntomas prodrómicos y residuales. Asimismo, suelen acompañarse de alteraciones en las áreas académica, laboral y social, las cuales se encuentran en un nivel inferior de actividad del previo al existente al inicio del trastorno.

En función de la ausencia o presencia de síntomas, esta enfermedad se clasifica en:

- Tipo paranoide: en ella predominan ideas delirantes y alucinaciones auditivas.
- Tipo desorganizado: destacan síntomas negativos y lenguaje y comportamiento desorganizado.
- Tipo catatónico: dominada por al menos dos de los siguientes síntomas (inmovilidad motora, actividad motora excesiva, negativismo, movimientos estereotipados y ecolalia o ecopraxia).
- Tipo indiferenciado: es aquella que no cumple los criterios de los tipos paranoide, desorganizado y catatónico.
- Tipo residual: en ella sobresalen los síntomas negativos.

Actualmente, la esquizofrenia se presenta entre los últimos años de la segunda década y la mitad de la cuarta, afectando por igual ambos sexos, siendo más precoz en varones y apreciándose mayoritariamente en grupos socioeconómicos bajos. Se estima que la prevalencia es de 0.5 – 1 %, mientras que la incidencia es considerablemente inferior (1 de cada 10000 personas al año), siendo ambas cifras similares en todo el mundo (1).

Según la RAE estigma es “lesión orgánica o trastorno funcional que indica enfermedad constitucional y hereditaria” (2), en otras palabras, un proceso sociocultural derivado de la comunidad en el cual las personas etiquetan a los enfermos mentales. El autor Goffman lo definió como “atribución y/o identificación de unas determinadas características distintivas que hacen que la persona o grupo portador sea considerado, en un determinado contexto histórico, como socialmente

inferior”. Tal vez, esta estigmatización se deba a que a lo largo de la historia las enfermedades mentales se consideraban cuestiones mágicas y religiosas.

Por ello, dentro del contexto del estigma en la sociedad, debe hacerse distinción de los siguientes conceptos:

- En el ámbito cognitivo (3): estereotipo es “imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable” (2) es decir, lo que uno piensa (3).
- En el ámbito afectivo (3): prejuicio es “opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal” (2), o lo que es lo mismo, lo que uno siente (3).
- En el ámbito conductual (3): discriminación es “dar trato desigual a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, de sexo, etc.” (2), o la manera en que uno actúa (3).

De manera que el objetivo general de este trabajo se basa en analizar las repercusiones que acarrear el estigma público y el autoestigma en el individuo esquizofrénico.

OBJETIVOS:

OBJETIVOS GENERALES:

1. Analizar las repercusiones que acarrearán el estigma público y el autoestigma en el individuo esquizofrénico.
2. Describir las estrategias e intervenciones que disminuyen la estigmatización de ésta enfermedad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.1 Especificar las creencias y estereotipos más extendidos en la comunidad respecto a emociones, calificativos y delitos de personas esquizofrénicas.
- 1.2 Describir el perfil de la persona estigmatizadora.
- 1.3 Conocer las condiciones individuales que predisponen a padecer autoestigma.
- 2.1 Identificar la actuación más eficaz para reducir la estigmatización.
- 2.2 Destacar el papel que desarrolla enfermería en el tratamiento no farmacológico de la enfermedad.

MATERIAL Y METODOS:

La metodología del trabajo se basa en la realización de una búsqueda bibliográfica sobre el estigma público por parte de la comunidad y el autoestigma presente en la esquizofrenia, además de las posibles intervenciones de enfermería que pudiesen ser llevadas a cabo para su extinción.

Para ello, se formuló la pregunta PICO en la cual se identificaron los siguientes aspectos:

| | | |
|--------------------------|---|--|
| P (Paciente) | Tipo de paciente, población de estudio o enfermedad | Esquizofrenia |
| I (Intervención) | Intervención a realizar | Autoestigma (consecuencias que provoca en el individuo esquizofrénico) |
| C (Comparación) | Intervención con la que comparar | Estigma público (consecuencias que provoca en el individuo esquizofrénico) |
| O (Outcomes, Resultados) | Medida del resultado | Estrategias que disminuyen el autoestigma |

Se buscaron sus correspondientes descriptores DeCS y MeSH, que junto con los operadores booleanos permitieron encontrar artículos científicos en 13 bases de datos.

| | Palabra clave | DeCS | MeSH |
|----------|----------------------|----------------|---------------|
| P | Esquizofrenia | Esquizofrenia | Schizophrenia |
| I | Autoestigma | Autoimagen | Self concept |
| C | Estigma público | Estigma social | Social stigma |
| O | Intervenciones | Actuación | Acting out |

Las bases de datos electrónicas, tanto nacionales como internacionales utilizadas en la búsqueda son: Biblioteca Cochrane, Up To Date, Biblioteca Sanitaria Online, Cuiden, PubMed, Biblioteca virtual en Salud, Cinahl, Enfispo, Cuidatge, Lilacs, Medes, Tripdatabase y Google Académico. De las anteriores, se ha obtenido información válida y relevante de las siguientes:

- Pubmed: es un sistema de búsqueda desarrollado por el National Center for Biotechnology Information (NCBI) que permite el acceso a bases de datos bibliográficas (Medline, Genbak y Complete Genoma) agrupadas por la National Library of Medicine (NLM).
- Cinahl: es una base de datos que facilita el acceso a prácticamente todas las revistas sobre enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional, publicaciones de la American Nurses' Association y National League for Nursing.
- Tripdatabase: es un motor de búsqueda clínico que proporciona respuestas rápidas a preguntas clínicas utilizando la mejor evidencia disponible.
- Lilacs: es una base de datos que comprende la literatura científico técnica en salud publicada en los países de América Latina y Caribe desde 1982.
- Google académico: es un buscador especializado de internet que permite localizar todo tipo de documentación científica en la web.

Las fases llevadas a cabo para ello son:

- FASE 1: La investigación se ha llevado a cabo durante los meses de febrero, marzo, abril y mayo de 2017. La tabla 1 muestra las palabras clave utilizadas en cada una de las bases de datos en el intervalo temporal mencionado con anterioridad.

Los criterios de inclusión para esta fase comprenden:

- Inglés y español.
- Acceso gratuito al texto completo.
- Publicados desde 2012 hasta la actualidad.
- Tema a tratar: autoestigma y estigma público en esquizofrenia, junto con sus estrategias e intervenciones.

Por otro lado, los criterios de exclusión son:

- No tratar el tema a estudiar.
- Artículos retractados.

De 3460 artículos, tras la incorporación de los criterios de inclusión y exclusión citados anteriormente se seleccionaron 155 como válidos para la segunda fase.

- FASE 2: En esta fase, tras una primera elección que incluía rasgos muy generales, se aplicaron nuevamente criterios más concretos para reducir el número de artículos. Estos incluyen:

Criterios de inclusión:

- Estudio dirigido a sujetos con esquizofrenia o población general.
- De 15 a 98 años.
- Realizados en Europa, Asia y América.
- Tratar el tema de la psicoeducación.

Criterios de exclusión:

- Tratar sobre el suicidio.

Tras este segundo cribado, el número total de artículos seleccionados se reduce a 76.

○ FASE 3: Con la aplicación de nuevos criterios específicos que favorecen aún más la delimitación de dicha búsqueda, el número de artículos que superan esta fase baja a 25. Estos criterios implican:

Criterios de inclusión:

- En los artículos que traten el autoestigma el sujeto debe encontrarse en curso activo de tratamiento pero con condición estable de la enfermedad.

Criterios de exclusión:

- Padecer abuso de sustancias y trastornos mentales o físicos comórbidos.

Finalmente, 11 son los artículos electos para realizar este trabajo entre los cuales se encuentran 2 revisiones sistemáticas, 2 ensayos clínicos no aleatorizados, 3 ensayos clínicos aleatorizados, 1 estudio de casos y controles y 3 estudios descriptivos procedentes, en su mayoría, de revistas electrónicas.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

Dicha búsqueda ha sido acotada a un intervalo en años desde 2012 hasta la actualidad, ya que una búsqueda con un periodo superior a 5 años puede contener información desactualizada. Excepcionalmente, la segunda búsqueda en Google Académico se limitó a 2 años debido a la multitud de artículos que aportaba.

Asimismo, los idiomas de los artículos a los que se ciñe la búsqueda son inglés y español, excepto en Google Académico que por el motivo mencionado anteriormente únicamente se buscó en español.

El desarrollo de los artículos seleccionados no sigue un orden cronológico dado que mantienen subagrupaciones temáticas en función de si analizan el estigma público, el autoestigma o las estrategias para combatirlo.

RESULTADOS:

1. Estigma en esquizofrenia:

1.1 Estigma público:

Las actitudes estigmatizantes procedentes de la comunidad (rechazo social) comprenden estereotipos basados en debilidad, incapacidad y peligrosidad, lo cual dificulta el acceso a una vivienda, un trabajo y los sistemas judiciales y sanitarios. Así mismo, en la esquizofrenia prevalece la idea de peligrosidad, frente a las de responsabilidad y eficacia del tratamiento, que se presentan con menor frecuencia según la colectividad (4).

a. Variabilidad de actitudes y estereotipos tras un cambio de seudónimo:

Un estudio en Reino Unido encuestó a 1621 residentes por medio de una viñeta y posteriormente un cuestionario que analizaba cinco aspectos del estigma público (creencias causales, pronóstico, reacciones emocionales, estereotipos y comportamiento o distancia social). Los resultados (ver tabla 2) muestran mayor atribución de peligrosidad a la esquizofrenia respecto al trastorno de integración ($M=4.16$; $M=3.98$; $p=0.006$). Por el contrario al trastorno de integración se le atribuye un mayor deseo de distancia social ($M=4.61$; $M=4.43$; $p=0.02$) y de causas psicosociales ($M=4.29$; $M=4.11$; $p=0.009$) (5).

Se realizó un estudio en Beijing a 160 personas a los cuales se administró una viñeta que mostraba un sujeto con sintomatología psicótica. Las condiciones de etiquetado eran 4 ($n=40$) y fueron asignadas aleatoriamente, variando tres de ellas la fuente de etiquetado y la etiqueta diagnóstica (condición 2 o esquizofrenia + psiquiatra; condición 3 o tío + esquizofrenia; y condición 4 o tío + pensamiento excesivo) y la restante (condición 1) dejándola sin etiqueta. Con ello, se evaluaron los efectos del etiquetado y contacto personal en distancia social.

En la condición 1 se presentan varias tendencias: aquellos que pensaban que el sujeto manifestaba “enfermedad mental” eran más propensos a atribuirle la etiqueta de “esquizofrenia” ($r=0,55$ [40], $p<0,001$), y aquellos que atribuían la etiqueta de “pensamiento excesivo” no lo asociaban a las etiquetas de “enfermedad mental” y “esquizofrenia” (mayor $r=0,09$, todos los valores de $p>0,10$). En el análisis de las condiciones 2, 3 y 4 se observa que a la pregunta ¿El tipo de etiqueta diagnóstica y la fuente de etiquetado afectan el deseo de los encuestados de distancia social del sujeto de la viñeta? se produjo mayor distancia social en la condición 3 (ver figura 1),

mientras la condición 4 no mostró menor distancia social respecto al grupo de referencia ($B = -0,75$; $p = 0,05$). Por el contrario, se redujo la distancia social de la condición 2 ($B = -0,63$; $p = 0,09$).

A la cuestión de si el efecto de la etiqueta de diagnóstico y la fuente de etiquetado difieren entre los encuestados que han tenido contacto personal con una persona con enfermedad mental y los que no lo han hecho, se aprecia una tendencia para la interacción entre contacto y la condición 4 ($B = -1.51$; $p = 0.081$). Asimismo, se redujo en un 42.6% el coeficiente beta de la condición 4 en comparación con la 3, manifestándose por medio de las puntuaciones más bajas en aquellos que habían tenido contacto previo y atribuían la condición 4 (ver figura 2); en los que no habían mantenido contacto previo esta condición no afectaba a la distancia social (6).

Se llevó a cabo un estudio experimental con 2265 personas que consistió en leer la historia de un paciente que se sentía incómodo y acudía a un psiquiatra para describirle sus síntomas. Esta muestra se dividió en condición de “esquizofrenia” en la que el psiquiatra diagnostica al sujeto de esquizofrenia previo a la descripción de los síntomas, y en la condición “sin diagnóstico” en la que el sujeto presenta los mismos síntomas que en la anterior condición pero no se menciona el diagnóstico. El estudio mide la percepción social por medio de 15 atributos que valoran el estigma social, la infrahumanización por medio de la atribución de 14 emociones (7 primarias y 7 secundarias), el estigma que muestran los encuestados por medio de la escala Mental Illness Stigma Scale, y la implicación personal (si han padecido enfermedad mental y cuál, y si han mantenido contacto con este tipo de personas). Los resultados de la percepción social muestran que el diagnóstico de esquizofrenia presentó mayor efecto en agresividad ($M = 2.16$; $M = 2.03$; $p < 0.003$) y peligrosidad ($M = 2.25$; $M = 1.99$; $p < 0.003$) que la muestra sin diagnóstico, así como también en creatividad ($M = 2.72$; $M = 2.59$; $p < 0.003$), observando todo lo contrario en el calor interpersonal ($M = 3.11$; $M = 3.14$) que fue ligeramente menor para el diagnóstico de esquizofrenia. Asimismo, el diagnóstico disminuyó la competencia ($M = 2.94$; $M = 3.05$; $p < 0.003$) y también la confianza por medio de los atributos fiel ($M = 3.33$; $M = 3.46$; $p < 0.003$) y veraz ($M = 2.98$; $M = 3.11$; $p < 0.003$), sin presentar efectos sobre la bondad y las percepciones de suciedad. Respecto a la atribución de emociones se observó que los participantes atribuían más emociones secundarias al sujeto ($M = 3.24$) que a ellos mismos ($M = 3.21$, $P = 0.022$), y por el contrario se

atribuían más emociones primarias ($M = 3.20$, $P < 0.001$) respecto al sujeto ($M = 3.20$, $P < 0.001$). Además, presentaron menos emociones primarias los individuos no diagnosticados ($F(1, 2248) = 17.54$; $P < 0.001$) observándose que los participantes esperaban que el sujeto tuviera menos emociones positivas y ligeramente más negativas (ver figura 3), apreciando de esta manera mayor rabia, ira, vergüenza y sorpresa en los individuos diagnosticados de esquizofrenia. La Mental Illness Stigma Scale mostró que el diagnóstico de esquizofrenia conlleva mayor ansiedad ante la presencia del sujeto ($M = 2.57$; $M = 2.35$; $p < 0.007$), interrupción de la relación ($M = 3.63$; $M = 3.51$; $p = 0.008$) y tratabilidad ($M = 4.90$; $M = 4.75$; $p < 0.007$), y menor visibilidad ($M = 3.66$; $M = 4.13$; $p < 0.007$) y posibilidad de curación ($M = 5.06$; $M = 5.44$; $p < 0.007$). La implicación personal muestra que 412 participantes han padecido una condición psicológica, y 1456 conocen a alguien en su entorno inmediato que la haya padecido; el estudio mostró que no interactuó con la condición experimental (esquizofrenia) (7).

b. Asociación percibida de delito:

El estudio realizado por Vicario Cañas A y Moral Jiménez M dirigido a 200 personas tenía el fin de evaluar la asociación percibida entre la esquizofrenia y la comisión de delitos. Para ello, los participantes rellenaron la escala “Community Attitudes toward the Mentally III” (CAMI) por medio de la cual se evaluó el autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología de la salud mental en la comunidad; así como el “cuestionario de creencias sobre la relación entre enfermedad mental y delito” que muestra la probabilidad en que un individuo con esquizofrenia puede cometer once tipos de delitos, según los participantes. La escala CAMI muestra en el factor benevolencia que las mujeres presentan más actitudes de acogida hacia personas con trastornos mentales ($t = 3.19$; $p = 0.002$) y actitudes más negativas a menor nivel de estudios en el factor autoritarismo ($t = 1.98$; $p = 0.049$). Además, en el factor ideología de la salud mental en la comunidad se aprecia que los participantes que han mantenido contacto con personas que padecen trastornos mentales presentan actitudes más favorables respecto a su inserción en la comunidad ($t = 2.05$; $p = 0.044$), mientras que en el factor restante (restricción social) no se observan diferencias significativas. Por otro lado con el “cuestionario de creencias sobre la relación entre enfermedad mental y delito” se percibe la probabilidad, según

los participantes, de cometer delitos en la esquizofrenia (ver tabla 3), siendo el de lesiones con un 53.3% el que mayor cifra presenta (8).

c. Perfil estigmatizador:

Un estudio de 1058 participantes los cuales rellenaron una serie de cuestionarios quiso proporcionar el perfil del sujeto estigmatizador en la esquizofrenia. Por medio de la escala “Link’s Devaluation-Discrimination Scale”, la cual se completó previa y posteriormente a la realización de un programa educativo, se evaluó el estigma asociado a la esquizofrenia y en ella se observó que aquellos padres que presentaban un nivel moderado y alto de estigma previo al programa se vieron reducidos al finalizar la investigación (aproximadamente 48%), ocurriendo todo lo contrario en aquellos que presentaban un nivel mínimo o bajo preprueba (52%). En lo que respecta a las características de los individuos sometidos a estudio (ver tabla 4) se aprecia que los trabajadores del transporte y comunicación, industria de servicios, profesionales y amas de casa predominan en el grupo de estigma reducido, así como trabajar a tiempo parcial o completo (9).

1.2 Autoestigma:

El autoestigma o también denominado estigma internalizado deriva de las opiniones de discriminación y desvalorización y conlleva deterioro de la calidad de vida, la autoeficiencia y el autoestima, así como el agravamiento de los síntomas (4).

a. Percepción del estigma:

Se realizó un estudio a 113 personas (90 participantes padecían esquizofrenia y 23 componían el grupo control) de los cuales, solo el subgrupo diagnosticado de esquizofrenia completó la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) y la escala de evaluación global de funcionamiento (GAF) para evaluar la gravedad de los síntomas y el nivel de funcionamiento, y posteriormente junto con el grupo control respondieron un cuestionario que medía la evaluación afectiva de la auto-identidad, la evaluación reflejada, los sentimientos de estigma y el “yo aspirativo”. El análisis de los resultados muestra que los participantes que sufrían esquizofrenia presentaban síntomas graves o cualquier deterioro grave en el funcionamiento social, ocupacional o escolar ($M = 48.19$) según la GAF, y, estaban de levemente a moderadamente enfermos según la PANNS ($M = 68.25$). La comparación de ambos grupos en lo que respecta a los sentimientos de estigma y la auto-identidad muestra que únicamente existen diferencias significativas entre ambos en la potencia ($M =$

4.76; $M = 6.65$; $p = 0.000$) y evaluación de la identidad ($M = 6.18$; $M = 7.22$; $p = 0.008$), así como en la actividad del sentimiento de estigma ($M = 4.37$; $M = 5.17$; $p = 0.02$). Además se observa que la puntuación de la PANNS ($p = 0.012$; $IC95\% = (-0.069 - 0.009)$) y la evaluación del sentimiento de estigma ($p = 0.000$; $IC95\% = (0.170 - 0.557)$) fueron predictores significativos ($p < 0.05$) de la evaluación de la autoidentidad (10).

Un estudio dirigido a 219 personas diagnosticadas de trastorno psicótico pretendía conocer la percepción de los estereotipos sobre ellos mismos y sus familias por medio de “Devaluation of Consumers Scale” (DCS) y “Devaluation of Consumers Families Scale” (DCFS). Asimismo, se midió su autoestima a través de “Rosenberg Self-Esteem scale” (RSES) y la frecuencia y gravedad de sus síntomas por medio de la versión extendida de “Brief Psychiatric Rating Scale” (BPRS). Los resultados (ver tabla 5) para la DCS muestran que aproximadamente un 58% de los participantes estaban de acuerdo o muy de acuerdo con los distintos estereotipos, siendo el ítem “La mayoría de las personas piensan menos en una persona que ha sido un paciente en un hospital mental” el que mayor porcentaje de acuerdo presentaba (70.97%); por el contrario un 43% no estaban de acuerdo, siendo el ítem “La mayoría de la gente siente que tener una enfermedad mental es peor que ser adicto a las drogas” el que mayor porcentaje de desacuerdo mostró (60.75%). En relación a la DFCS la mayoría de los estereotipos mostraron desacuerdo, correspondiendo a “La mayoría de las personas de mi comunidad preferirían no ser amigos de familias que tienen un familiar que está enfermo mental viviendo con ellos” y “La mayoría de las personas culpan a los padres de la enfermedad mental de sus hijos” los que mayor porcentaje presentaban (ambos 74.46%), y “La mayoría de las personas no tratarían a las familias con un miembro que está enfermo mental de la misma manera que tratan a otras familias” el que mayor porcentaje de acuerdo mostraba (40.76%). En lo referido al autoestima el 98% de los participantes declararon que sienten que tienen una serie de cualidades buenas, objetando casi la mitad desacuerdo con “Me gustaría tener más respeto por mí mismo” y “ciertamente me siento inútil a veces”. Se percibe que ésta se asocia significativamente con la conciencia del estereotipo ($\beta = -0.37$, $p < 0.001$ para DCS y $\beta = -0.32$ en DCFS), presentando mayor autoestima con menor conciencia del estereotipo y viceversa (11).

b. Consecuencias y factores favorecedores:

Se llevó a cabo un estudio con 92 sujetos diagnosticados de esquizofrenia (30 ambulatorios y 62 hospitalizados) quienes rellenaron los cuestionarios “Internalized Stigma of Mental Illness” (ISMI) y “Modified Consumer Experiences of Stigma Questionnaire” (MCESQ) para evaluar su experiencia y discriminación. Asimismo, se empleó “Scale for the Assessment of Negative Symptoms” (SANS) y “Scale for the Assessment of Positive Symptoms” (SAPS) para la evaluación de sus síntomas. Los resultados muestran una subdivisión en “visión de la enfermedad” (n = 49) y “falta de visión de la enfermedad” (n = 43). Una comparación entre ambos muestra que éstos últimos presentan una duración más corta de la enfermedad (media = 3.0; IQR = 1.0 – 5.0), eran más propensos a ser hospitalizados (0 veces 4.7%; < 3 veces 67.4%; > 3 veces 27.9%) y presentar síntomas positivos (media SAPS = 28.6; media SANS = 45.1) en relación a los que sí tenían visión de la enfermedad ((media = 5.0; IQR = 3.3 – 6.0), (0 veces 10.2%; < 3 veces 65.3%; > 3 veces 24.5%), (media SAPS = 22.5; media SANS = 37.1)). En la escala ISMI se aprecia que los sujetos con visión de la enfermedad tenían mayor sentimiento de alineación respecto a los que no la tenían (media = 2.42; media = 2.16). A pesar de no ser significativos, también se observa que mostraban mayor retiro social (media = 2.26; media = 2.14), mayor aprobación de estereotipos (media = 2.12; media = 2.06) y menor resistencia al estigma (media = 2.40; media = 2.47) entendido como sufrir un padecimiento moral sin dejarse vencer ni tratar de evitarlo. Esta misma escala muestra, además, tendencia a sentirse inferiores (media = 2.14; media = 1.79), a que tomen decisiones por ellos (media = 2.41; media = 2.17) y a restringir sus actividades sociales por temor a que se perciban como extrañas (media = 2.42; media = 2.11) Asimismo la MCESQ muestra igualdad de experiencias en discriminación para ambos grupos (media = 1.70; media = 1.70) observando una ligera disminución en experiencias de estigma para los que presentan falta de visión (media = 2.48; media = 2.58). Igualmente, los pacientes hospitalizados presentaban menor probabilidad de tener visión de la enfermedad (12).

Vrbova K, Prasko J, Holubova M, Kamaradova D, Ociskova M, Marackpva M, et al, realizaron un estudio con 197 pacientes ambulatorios diagnosticados de esquizofrenia los cuales fueron sometidos a las siguientes escalas: “Internalized Stigma of Mental Illness” (ISMI) y “Clinical Global Impression” (CGI) para evaluar

la severidad del trastorno, siendo aplicada por un médico para obtener una evaluación objetiva (objCGI-S), y por otro lado, aplicada por el propio paciente obteniendo una valoración subjetiva (subjCGI-S).

Los resultados (ver tabla 6) muestran de forma significativa que el número de hospitalizaciones y la duración del tratamiento influían en la alineación, aprobación de estereotipos, discriminación percibida y retiro social, es decir, con todos los dominios de la escala ISMI excepto con la resistencia al estigma. La versión objetiva de la CGI influía en la alineación, discriminación percibida y retiro social, por el contrario la versión subjetiva lo hacía sobre todos los atributos evaluados.

También se aprecia que los sujetos con empleo (media puntuación total ISMI o ptISMI = 60.27) están menos estigmatizados que aquellos que no lo tienen (media ptISMI = 64.82). De igual manera se aprecian diferencias estadísticamente significativas en lo relacionado con el estado civil (ptISMI soltero = 62.67; ptISMI casado = 63.03; ptISMI divorciado = 69.08) estando más estigmatizados los sujetos divorciados. En lo referido a la cuestión de las pensiones se observa que los que reciben pensión de invalidez completa son más propensos a padecer estigma (ptISMI = 65.51) que los que reciben pensión de invalidez parcial (ptISMI = 63.70), renta senior (ptISMI = 65.09) o no la reciben (ptISMI = 58.31). Por último en lo que respecta a la educación se aprecia una predominancia de estigma en el nivel vocacional (ptISMI = 65.31) respecto a los niveles de primaria (ptISMI = 63.74), secundaria (ptISMI = 63.80) y universitarios (ptISMI = 59.27) (13).

2. Estrategias e intervenciones:

Mascayano Tapia F, Lips Castro W, Mena Poblete C y Manchego Soza C afirman que una de las estrategias de intervención para reducir el autoestigma comprendería “programas de empoderamiento” basados en la potenciación de los recursos personales (autovalencia y control de su vida) mediante el establecimiento de una relación terapéutica en la que el paciente sea partícipe de manera activa en el plan de atención y provoque un aumento de la motivación (para búsqueda de información y agrupación con individuos semejantes) y una mejora en la adherencia al tratamiento. Se ha observado que la terapia cognitivo-conductual aumenta la autoestima, autoeficacia y bienestar subjetivo reduciendo las creencias negativas.

Por otro lado el rol del profesional sanitario como agente des-estigmatizador se basa en mostrar cercanía (contacto directo) y apoyo al paciente y familiares. En lo referente a las estrategias que pueden modificar las actitudes comunitarias se encuentran la protesta contra las actitudes y conductas estigmatizantes (que generalmente se ejercen de forma marginal y empeoran la situación), la psicoeducación (cuyos efectos son limitados y no presenta resultados significativos) y el contacto interpersonal con otros grupos estigmatizados, que ha resultado ser más efectiva que las dos anteriores, siempre que se enmarque en programas de participación comunitaria (4).

Para centrarnos más concretamente en el papel que puede desempeñar la enfermería hablaremos de la psicoeducación como tratamiento complementario de la farmacoterapia para controlar los factores psicosociales y ambientales derivados de la esquizofrenia.

Una revisión narrativa de la literatura confirma que la psicoeducación ha mostrado beneficios para el control de síntomas positivos y negativos. De esta manera, tras la aplicación de las escalas SANS, SAPS, BPRS y Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) se observa una disminución de los síntomas reportados realizando un seguimiento durante un periodo de 6 meses a 2 años. Su eficacia queda demostrada mediante un estudio que compara un programa de psicoeducación breve en el cual se observó que el grupo de intervención (n=135) redujo de manera significativa a los 12 meses las escalas BPRS (10.82 frente a 16.54; $p < 0.05$), SAPS (15.7 frente a 6.75, $p < 0.001$) y SANS (9.9 frente a 0.66, $p < 0.05$) respecto al grupo con tratamiento ambulatorio usual (TAU). Asimismo un estudio de psicoeducación de grupos de múltiples familias a 66 individuos muestra una mejoría en la SANS. Por el contrario, un estudio realizado a 101 sujetos no mostró cambios entre TAU y un programa de psicoeducación largo mixto. Esta justificación enseña que a pesar de la heterogeneidad existente entre los estudios, la psicoeducación obtiene cambios en las escalas BPRS (diferencia de medias = -4.73 ; intervalo de confianza del 95% [IC95%]= -5.55 a -3.91) y la PANSS (diferencia de medias = -2.52 ; IC95%= 5.01 a -0.04).

En lo referido a las recaídas y la rehospitalización se observa una reducción significativa empleando psicoeducación breve con un seguimiento de 24 meses, aunque existen estudios que presentan resultados a los 12 meses y 7 años. Un estudio

de comparación entre psicoeducación y TAU para prevención de recaídas muestra a favor de la psicoeducación en un seguimiento menor de 12 meses un riesgo relativo (RR) de 0.70 (IC95%= 0.61-0.81) y en un seguimiento mayor de 1 año un RR = 0.73 (IC95%= 0.62 – 0.85). Las tasas de rehospitalización en otra investigación son menores para aquellos que adoptan psicoeducación con seguimiento a más de 1 año (RR= 0.71; IC95%= 0.56 – 0.89), al igual que en otro estudio con un seguimiento de 7 años en el cual el grupo de intervención presentó una tasa del 54% frente a un 88% del grupo TAU, siendo la duración de éstas de 75 días frente a 225.

El tema principal de la mayoría de los programas de psicoeducación ha sido la reducción del estigma. Los estudios que evaluaban su eficacia son pocos pero han mostrado resultados positivos.

A pesar de todo, no hay que olvidar que de la misma manera que el tratamiento farmacológico, presenta efectos adversos tales como el compromiso de la alianza terapéutica y aumento de la suspicacia y el aislamiento de los pacientes tras la aplicación de psicoeducación durante 2 años. Contrarrestando esta información un ensayo clínico aleatorizado muestra que es posible establecer una mejor alianza terapéutica y reducción del número de recaídas (14).

DISCUSIÓN:

1. Estigma en esquizofrenia:

1.1 Estigma público:

a. Variabilidad de actitudes y estereotipos tras un cambio de seudónimo:

A pesar de que la mejora de un 1.4% en las actitudes y distancia social desde 2008 se vincule a la campaña “Time to Change”, el cambio observado con la etiqueta “trastorno de integración” se encuentra entre 1.6 y 3.4%. El objetivo del renombramiento fue promover un modelo biopsicosocial de causalidad y aunque el respaldo de las causas biomédicas tiene un efecto positivo en el estigma, la atribución de causas psicosociales sugiere que este objetivo puede lograrse. Independientemente del comportamiento de los individuos, el término esquizofrenia juega un importante papel en la perpetuación del estereotipo de peligrosidad, por lo tanto el cambio de nombre “trastorno de integración” no resultaría perjudicial para la inclusión en la sociedad de estos individuos ya que tuvo un efecto reductor. Por otro lado el mayor deseo de distancia social se debe a que este renombre se considera un diagnóstico menos familiar y lo familiar reduce la distancia social; además, la palabra “integración” induce estigma de manera indirecta ya que la comunidad no puede relacionarse con una función psicológica universal de “integración”. Esto indica que el cambio de nombre debe hacerse con precaución y sin embargo si no se renombra se puede pasar por alto la oportunidad de abordar los estereotipos perjudiciales y promover el modelo biopsicosocial (5).

Pese a que los niveles comunitarios más altos de estigma y vergüenza se dirigen hacia los individuos que se ponen en contacto con el psiquiatra, la condición 3 (esquizofrenia + tío) fue la que mayor distancia social presentó. Esto es debido al mantenimiento de las obligaciones jerárquicas definidas por las relaciones familiares en la cultura oriental, en la cual los ancianos de la familia conservan una posición venerada dentro de su ámbito que aumenta la “contaminación moral”, por lo que la combinación de esta fuente no profesional junto con la etiqueta de esquizofrenia aumenta el estigma y con ello la distancia social, contrario a lo que ocurre en las sociedades occidentales. Así como el contacto personal retrospectivo es el medio más confiable para reducir el estigma comunitario en el contexto occidental, en Oriente ni el contacto personal retrospectivo ni el prospectivo resultaron en actitudes positivas posiblemente porque no se concedió una calidad positiva en el mismo

(contacto uno a uno, mismo estatus y estar en una situación de cooperación), demostrando ésta ser óptima para cambiar estereotipos en un grupo estigmatizado. En la etiqueta “esquizofrenia” el contacto no disminuyó el estigma hacia el comportamiento sintomático ni el rótulo psiquiátrico, solamente con la etiqueta “pensamiento excesivo” disminuyó porque los encuestados sabían que la sintomatología no era indicativa de enfermedad mental y por lo tanto no merecían discernimiento social. Aquí se prueba la rigidez de la conexión cultural que en este caso, debido al respaldo de los síntomas resulta en efectos positivos como la reducción de las recaídas del individuo y las actitudes estigmatizantes de la comunidad (6).

Al igual que en los estudios anteriores, la creencia de presentar un comportamiento agresivo y hostil está tan extendida que ha alcanzado prácticamente un truísmo cultural, aunque el hecho de que la sinceridad, calidez y simpatía permanezcan intactas permite mantener la esperanza de que la estigmatización no afecte a todos los frentes de dicho diagnóstico. Pese a esta pequeña esperanza los mismos síntomas, diagnosticados y sin diagnosticar, muestran distinta evaluación e interpretación indicando que la ansiedad experimentada ante la presencia de dichos sujetos es real. Además, el hecho de que un individuo sin diagnosticar sea remitido por un médico a un psiquiatra pese a tener una mejor percepción social, provoca de manera indirecta cierto grado de estigmatización el cual es justificado a través de las mínimas diferencias existentes entre las puntuaciones de este estudio (7).

b. Asociación percibida de delito:

Corroborando los datos documentados con anterioridad en la literatura, un menor nivel de estudios conlleva un abuso de autoridad. No obstante, las actitudes de acogida hacia personas con trastornos mentales por parte de las mujeres indican una mayor sensibilización y menor visión estereotipada, así como una disposición más favorable para la integración de estas personas en la comunidad y sociedad favorecida por el contacto con pacientes esquizofrénicos. A simple vista los encuestados muestran una perspectiva afable, sin embargo, de los once delitos estudiados el de lesiones es el asignado con mayor proporción a la esquizofrenia. Asimismo se le achaca el delito de homicidio y sus formas en un porcentaje destacable. Ambos son algunos de los delitos que implican mayor violencia y se debe a la asociación de dicha enfermedad con esta cualidad. Debida a la atribución de una

conducta agresiva hacia los individuos que la padecen, también predominan los delitos contra la seguridad colectiva, amenazas y coacciones (8).

c. Perfil estigmatizador:

Según se observa en la tabla 4 las características que favorecen un aumento del estigma comprenden a hombres casados con familia estructurada que han ido a la universidad y presentan estudios de postgrado, que trabajan de manera autónoma o en empresas familiares en servicios de producción de mano de obra (minería, construcción y fábricas) y marketing o se encuentran en situación de desempleo, y no han tenido contacto con personas que padecen esquizofrenia.

El nivel de estigma aumentado en la situación de desempleo, trabajador autónomo y en empresa familiar se debe a que estos trabajadores tienen menos oportunidades de estar en contacto con diferentes tipos de personas, al contrario que los trabajadores a tiempo completo y parcial que tratan con una amplia gama de personas, ya que se ha observado que las personas con relaciones sociales e interpersonales más amplias tienen mayor probabilidad de verse afectadas por el programa. Del mismo modo, las mujeres mostraron mayor preocupación emocional sobre los problemas de salud mental, y por lo tanto muestran niveles bajos de estigma que de manera indirecta se observa en el grupo de las amas de casa, que en su mayoría eran mujeres. El resto de ocupaciones con predominio de hombres (servicios de producción de mano de obra y marketing) ve aumentado su estigma por la preocupación de que tendrán mayor necesidad de seguridad si presentan compañeros con enfermedades mentales que utilicen maquinaria pesada y equipos peligrosos. Aun así, las oportunidades de contacto son muy limitadas porque la mayoría de las personas con discapacidad mental trabajan en la industria terciaria, que sumado a no haber mantenido contacto interpersonal con individuos esquizofrénicos resulta en un aumento del estigma ya que ésta es una estrategia eficaz para su reducción. Además, estudios anteriores muestran que niveles más bajos de comprensión y una actitud negativa hacia la enfermedad permiten mayor potencial de mejora tras el programa, lo que se traduce en que altos niveles de estigma previos al programa se vieran reducidos al finalizar y viceversa (9).

1.2 Autoestigma:

a. Percepción del estigma:

Si una persona acepta el rótulo de esquizofrenia y piensa en sí mismo como una buena persona comienza a ver a las personas esquizofrénicas como buenas, por lo que de igual manera un esquizofrénico que no crea los mensajes estigmatizantes relacionados con su diagnóstico experimenta un menor impacto negativo en la autoidentidad. Esto es debido a que la bondad o maldad percibida como valoración inequívoca en un grupo (estereotipo delimitado culturalmente) es más relevante para aquellas personas que se encuentran en un grupo estigmatizado, por ello que la evaluación de los individuos esquizofrénicos se acerque más al estigma y se encuentre más internalizada, debido a que son menos propensos a referirse a actitudes culturales para caracterizar su propia actividad y potencia porque estas dimensiones son menos estáticas en el tiempo. Por lo tanto que los sentimientos de estigma y la gravedad de sus síntomas sean predictores de la evaluación de la autoidentidad se debe a una asignación de estereotipos previos al diagnóstico ya que es improbable que estas actitudes se desarrollen sólo después de recibir un diagnóstico, o que los individuos esquizofrénicos tengan una autoidentidad menos favorable debido a la experiencia de sus propios síntomas y a que éstos estén asociados al desorden (10).

El que los encuestados estuviesen mayormente de acuerdo con el ítem “La mayoría de las personas piensan menos en una persona que ha sido un paciente en un hospital mental” siendo éste una expresión de crítica o rechazo, se debe al padecimiento de una experiencia de hospitalización por enfermedad mental a la que consecuentemente se le atribuye una posición de inferioridad. La percepción de estos estereotipos puede exacerbar la psicopatología y aumentar la probabilidad de recaída induciendo un círculo vicioso, por lo tanto, se debe aumentar la resiliencia en aquellos enfermos que muestran un alto nivel en el conocimiento de estereotipos porque les ayudan a resistir y a lidiar con el estigma y a aumentar la autoestima. Esto último es importante debido a que la autoestima se considera una fuerza motivacional que influye en las percepciones y el afrontamiento; asimismo es un factor de protección que contribuye a mejorar la salud mental y el comportamiento social negativo como función amortiguadora contra las cogniciones negativas, emociones y respuestas conductuales disfuncionales. Por el contrario, el hecho de

mostrar desacuerdo en la mayoría de los ítems relacionados con la familia indica que no percibían los estereotipos dirigidos a las mismas, lo cual resulta favorable porque el ser consciente de éstos es considerado una fuente de angustia y contribuye a que las experiencias de estigma sean aún más penetrantes (11).

b. Consecuencias y factores favorecedores:

Entre los esquizofrénicos que muestran una falta de visión de los estereotipos de su enfermedad se observa una ligera disminución de las experiencias de estigma y duración más corta de la enfermedad, así como una mayor propensión a ser hospitalizados y a padecer síntomas positivos. Esto se debe a que una vez se ven marcados por las creencias estereotipadas tienen que enfrentarse a ellas por medio de estrategias cognoscitivas y conductuales entre las cuales se encuentran mantener su tratamiento psiquiátrico en secreto, negarse a entrar en contacto con el sistema médico y restringir de manera intencionada sus interacciones sociales. De esta manera, el paciente pierde su estatus e inevitablemente se aísla de su red social provocando una disminución de la autoestima y por lo tanto, un aumento del estigma internalizado. Por ello, es importante tomar medidas activas para reducir el estigma internalizado ya que esto puede afectar la adherencia a los regímenes de tratamiento y la reintegración social (12).

Nuevamente se confirma que el autoestigma está relacionado con la gravedad del trastorno. Se observa por medio de la duración del tratamiento, ya que al presentar un inicio temprano del trastorno se sienten discriminados con mayor frecuencia y esto puede perjudicar el desarrollo de su personalidad y roles sociales antes de que pueda aprender a manejar estas situaciones. También por medio del número de hospitalizaciones debido a que éste refleja la gravedad del trastorno y la separación del entorno familiar a menudo con desesperanza y vergüenza, a pesar de la dificultad de concluir lo que fue primero, si el autoestigma o las hospitalizaciones frecuentes. Asimismo, la diferencia entre la evaluación de la gravedad del trastorno por el psiquiatra y el sujeto puede reflejar el nivel de conocimiento que tiene el paciente, por lo que cuanto mayor sea ésta diferencia menor será el autoestigma y viceversa, puesto que una mayor severidad del trastorno se asocia a una desaprobación por los demás.

Por otro lado, se puede extraer a grandes rasgos un “perfil de persona estigmatizada” en lo referido a las condiciones que predisponen un incremento del autoestigma. Éste comprendería un sujeto divorciado con estudios vocacionales que se encuentre en situación de desempleo y cobrando la pensión de invalidez completa, cualidades que se encuentran respaldadas por una mayor atribución de estereotipos y retiro social en la escala de estigma internalizado de la enfermedad mental. Por ello, como el estigma internalizado es una barrera para la recuperación y una condición crucial para mejorarla es la resistencia al estigma, se deben reducir los síntomas negativos y aumentar la autoestima y capacidad de metacognición, en vista de que contribuyen a aumentar de la resistencia (13).

2. Estrategias e intervenciones:

Actualmente, el estigma hacia la enfermedad mental es una prioridad dentro de la salud pública mundial, por lo tanto se requiere una intervención por parte de las autoridades y la comunidad en conjunto en la que es necesaria establecer nuevas estrategias que integren enfoques dirigidos a todas las dimensiones que competen éste fenómeno, así como métodos más eficaces de intervención y evaluación. Para ello, es imprescindible adaptar los instrumentos de medida considerando las características socioculturales de la comunidad y generar intervenciones socioculturalmente adaptadas a las diversas regiones. Dichas intervenciones deben fomentar que los pacientes y familiares exijan sus derechos civiles y sociales para facilitar la apertura de espacios de inclusión social y por ello deben ser incluidos para cumplir un rol de “agentes de cambio” y aportar un discurso positivo sobre la enfermedad mental y su recuperación, articular redes de colaboración que sean “clave” de la población, aunar esfuerzos entre equipos de intervención, investigación y tomadores de decisión, así como combinar distintos tipos de intervención para lograr un planteamiento complementario.

Debido a que los profesionales de la salud se encuentran dentro de los grupos sociales influyentes, su rol debe ser incorporado a los programas antiestigma para aportar el conocimiento, científico y técnico, y una postura de ética cabal basada en la autonomía, equidad y beneficencia para así poder avanzar con firmeza hacia la instauración de condiciones dignas y equitativas de aquellas personas que se

encuentran o podrían encontrarse en una situación de menor funcionalidad social (4).

Dentro del grupo de profesionales de la salud, el papel de enfermería en lo que respecta a la educación para la salud en el trastorno de la esquizofrenia se basa en la psicoeducación la cual muestra resultados a favor en la evaluación de su eficacia por impactar positivamente en la vida de los sujetos que padecen esquizofrenia y sus familiares. Sin embargo, este efecto a favor puede deberse a las diferencias de diseño (principalmente las características de la intervención control y la evaluación de los resultados) y las deficiencias metodológicas (entre las que destacan esencialmente las empleadas para la asignación aleatoria y su enmascaramiento), por ello junto con la evidencia disponible hasta el momento, no es posible decir cuál de todas sus formas es la más efectiva. Aun así, ésta debe aplicarse desde los primeros brotes psicóticos debido a la influencia existente entre la duración total del trastorno y la respuesta a la intervención, así como responder a las necesidades específicas de los sujetos y familiares teniendo en cuenta sus opiniones y sugerencias (14), porque como dijo Paulo Coelho “Las pequeñas cosas son las responsables de los grandes cambios”.

CONCLUSIONES:

El estigma público y el autoestigma acarrearán una serie de repercusiones en cadena en el individuo esquizofrénico. Entre los estereotipos estigmatizantes más extendidos destaca el de ser considerados personas agresivas y peligrosas lo cual provoca un menor grado de confianza y un mayor deseo de distancia social y ansiedad ante la presencia de dichos sujetos. Estas creencias conllevan un agravamiento de la enfermedad por medio del deterioro de la calidad de vida y la autoestima, es decir, debido a la conciencia de esa etiqueta estos individuos se sienten inferiores y se avergüenzan, lo que provoca un mayor aislamiento de la sociedad y peor adherencia al tratamiento, que a su vez se traduce en un mayor número de hospitalizaciones y duración del tratamiento.

Habitualmente, el perfil de las personas estigmatizadoras comprende hombres casados con familia estructurada que han ido a la universidad y presentan estudios de postgrado, que trabajan de manera autónoma o en empresas familiares en servicios de producción de mano de obra y marketing o se encuentran en situación de desempleo, y no han tenido contacto con personas que padecen esquizofrenia; en cambio las condiciones individuales que predisponen a padecer autoestigma comprenden un sujeto divorciado con estudios vocacionales que se encuentre en situación de desempleo y cobrando la pensión de invalidez completa.

En lo referido a las intervenciones que favorecen la disminución de este fenómeno no es posible asegurar cual de todas es la más eficaz, simplemente debe fomentarse el contacto y apoyo, potenciar los recursos personales, hacer al sujeto partícipe de forma activa en la relación terapéutica y mejorar la adherencia al tratamiento. Éstas son las pautas que debe seguir el personal de enfermería en lo que le compete al tratamiento no farmacológico de la esquizofrenia ya que su función se basa única y exclusivamente en educar al paciente por medio de la psicoeducación la cual logra un mejor control de los síntomas, restablecimiento de la alianza terapéutica y disminución del número de recaídas y hospitalizaciones.

BIBLIOGRAFÍA:

1. American Psychological Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. [Internet]. [acceso 25 feb 2017]. Disponible en: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnoc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>
2. Real Academia Española. [Internet]. [acceso 26 feb 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
3. Del Pozo Gil S. La estigmatización de la esquizofrenia. [Internet]. 2016 [acceso 26 feb 2017]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/19476/1/TFG-G%201879.pdf>
4. Mascayano Tapia F, Lips Castro W, Mena Poblete C, Manchego Soza C. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. Salud Mental. [Internet]. 2015 [acceso 25 mar 2017]; 38 (1):53-8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008
5. Ellison N, Mason O, Scior K. Renaming schizophrenia to reduce stigma: comparison with the case of bipolar disorder. Br J Psychiatry. [Internet]. 2015 [acceso 26 mar 2017]; 206 (4):341-2. Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/content/bjprpsych/206/4/341.full.pdf>
6. Yang LH, Lo G, WonPat-Borja AJ, Singla DR, Link BG, Phillips MR. Effects of labeling and interpersonal contact upon attitudes towards schizophrenia: implications for reducing mental illness stigma in urban China. Soc Psychiatry Epidemiol. [Internet]. 2012 [acceso 1 abr 2017]; 47 (9):1459-73. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3697873/>
7. Imhoff R. Zeroing in on the Effect of the Schizophrenia Label on Stigmatizing Attitudes: A Large-scale Study. Schizophr Bull. [Internet]. 2016 [acceso 6 abr 2017]; 42 (2):456-63. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4753605/>
8. Vicario Cañas A, Moral Jiménez M. Actitudes hacia los trastornos mentales y su asociación percibida con delito: estigma social. Salud & Sociedad. [Internet]. 2016

[acceso 7 abr 2017]; 7 (3):254-69. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439749582002>

9. Yiwei L, Watanabe M, Yoshii H, Akazawa K. Characteristics linked to the reduction of stigma towards schizophrenia: a pre-and-post study of parents of adolescents attending an educational program. *BCM Public Health*. [Internet]. 2014 [acceso 7 abr 2017]; 14:258-67. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4000132/>

10. Aakre JM, Klingaman EA, Docherty NM. The relationship between stigma sentiments and self-identity of individuals with schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J*. [Internet]. 2015 [acceso 8 abr 2017]; 38 (2):125-31. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4469555/>

11. van Zelst C, van Nierop M, Oorschot M, Myin-Germeys I, van Os J, Delespaul P. Stereotype Awareness, Self-Esteem and Psychopathology in People with Psychosis. *PLoS ONE*. [Internet]. 2014 [acceso 8 abr 2017]; 9 (2):e88586. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3921218/>

12. Lu Y, Wang X. Correlation between insight and internalized stigma in patients with schizophrenia. *Shanghai Arch Psychiatry*. [Internet]. 2012 [acceso 12 abr 2017]; 24 (2):91-8. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4198835/>

13. Vrbova K, Prasko J, Holubova M, Kamaradova D, Ociskova M, Marackpva M, et al. Self-stigma and schizophrenia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. [Internet]. 2016 [acceso 12 abr 2017]; 12:3011-20. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5127434/>

14. Zapata Ospina JP, Rangel Martínez-Villalba AM, García Valencia J. Psicoeducación en esquizofrenia. *Rev colomb psiquiat*. [Internet]. 2015 [acceso 14 abr 2017]; 44 (3):143-9. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502015000300004&lng=es&tlng=es

ANEXO:

Tabla 1. Cribado de artículos.

| Base de datos | Palabras clave | Resultados | FASE 1 | FASE 2 | FASE 3 | FINAL |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| Up to date | “stigma” AND “schizophrenia” | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Cuiden | “stigma” AND “schizophrenia” | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Medes | "esquizofrenia" AND "estigma" | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Enfispo | “esquizofrenia” AND “estigma” | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | “esquizofrenia” | 60 | 7 | 3 | 1 | 0 |
| Cuidatge | “esquizofrenia” | 196 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Biblioteca Cochrane | “estigma” AND “esquizofrenia” | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | “esquizofrenia” | 191 | 8 | 2 | 0 | 0 |
| Biblioteca Sanitaria Online | “esquizofrenia” | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lilacs | “estigma” AND “esquizofrenia” | 30 | 7 | 4 | 1 | 1 |
| Tripdatabase | "stigma" AND "schizophrenia" | 337 | 32 | 16 | 1 | 1 |
| Biblioteca virtual en salud | “estigma” AND “esquizofrenia” | 41 | 9 | 4 | 2 | 0 |
| Pubmed | “stigma” AND “schizophrenia” | 916 | 55 | 33 | 13 | 6 |
| Cinahl | "stigma" AND "schizophrenia" | 383 | 24 | 8 | 3 | 1 |

| | | | | | | |
|------------------|--|------|-----|----|----|----|
| Google académico | “autoestigma” AND “esquizofrenia” AND “estigma público” | 47 | 7 | 3 | 2 | 1 |
| | "esquizofrenia" AND "estigma" AND "delito" | 1230 | 3 | 2 | 2 | 1 |
| TOTAL | | 2183 | 145 | 71 | 21 | 11 |

Tabla 2: Efecto de las diferentes etiquetas en el diagnóstico de esquizofrenia (modificada del original) (5).

| | Esquizofrenia | Trastorno de integración | |
|--------------------------------|---------------|--------------------------|---------|
| | Media | Media | P |
| Creencias causales: | | | |
| - Psicosocial | 4.11 | 4.29 | 0.009** |
| - Biomédica | 5.39 | 5.24 | 0.057 |
| - Destino | 1.53 | 1.60 | 3.03 |
| Pronóstico: | | | |
| - Sin tratamiento | 1.64 | 1.68 | 0.64 |
| - Bajo tratamiento óptimo | 5.56 | 5.56 | 1.92 |
| Reacciones emocionales: | | | |
| - Miedo | 3.31 | 3.29 | 2.19 |
| - Compasión | 5.58 | 5.53 | 0.90 |
| - Cólera | 1.88 | 1.91 | 2.53 |
| Estereotipos: | | | |
| - Peligrosidad | 4.16 | 3.98 | 0.006** |
| - Dependencia | 3.73 | 3.66 | 2.14 |
| - Inteligencia/creatividad | 3.73 | 3.61 | 0.14 |
| Distancia social: | 4.43 | 4.61 | 0.02* |
| *P<0.05, **P<0.01, ***P<0.001. | | | |

Tabla 3. Tabla de contingencia de esquizofrenia y delitos (modificada del original) (8).

| Delitos | Esquizofrenia |
|---|---------------|
| Contra la seguridad colectiva | 29% |
| Homicidio y sus formas | 27.5% |
| Lesiones | 53.5% |
| Contra la libertad (amenazas, coacciones) | 28.5% |
| Torturas e integridad moral | 12% |
| Agresiones o abusos sexuales | 14.5% |
| Contra las relaciones familiares (contra los derechos y deberes familiares) | 38% |
| Contra el patrimonio y orden socioeconómico (hurto, robo, usurpación, defraudaciones daños) | 14% |
| Contra los derechos de los trabajadores | 8% |
| Contra la administración pública (acusación y denuncia falsa, quebrantamiento de condena) | 15% |
| Contra el orden público (atentado contra la autoridad) | 23% |

Tabla 4. Factores demográficos de los grupos “estigma aumentado” y “estigma disminuido” (modificada del original) (9).

| | Grupo “estigma aumentado” (n=550) | | Grupo “estigma disminuido” (n=508) | | P |
|--|-----------------------------------|------|------------------------------------|------|-------|
| | N | % | N | % | |
| Edad en años (Media ± desviación estándar) | 46.4 ± 4.5 | | 45.9 ± 4.5 | | 0.179 |
| Sexo: | | | | | 0.804 |
| - Masculino | 303 | 55.1 | 276 | 54.3 | |
| - Femenino | 247 | 44.9 | 232 | 45.7 | |
| Estatus de los niños: | | | | | 0.568 |
| - Estudiantes de escuela secundaria | 274 | 49.8 | 262 | 51.6 | |
| - Estudiantes de secundaria | 276 | 50.2 | 246 | 48.4 | |

| | | | | | |
|--|-----|------|-----|------|--------|
| Educación: | | | | | 0.227 |
| - Escuela secundaria superior y secundaria | 140 | 25.5 | 154 | 30.3 | |
| - Escuela vocacional | 70 | 12.7 | 69 | 13.6 | |
| - Escuela secundaria | 80 | 14.5 | 74 | 14.6 | |
| - Universidad y escuela de postgrado | 260 | 47.3 | 211 | 41.5 | |
| Casado: | | | | | 0.564 |
| - Sí | 527 | 95.8 | 483 | 95.1 | |
| - No | 23 | 4.2 | 25 | 4.9 | |
| Estructura familiar: | | | | | 0.084 |
| - Núcleo familiar | 439 | 79.8 | 383 | 75.4 | |
| - Otros | 111 | 20.2 | 125 | 24.6 | |
| Situación laboral: | | | | | 0.212 |
| - Tiempo completo | 288 | 52.4 | 273 | 53.7 | |
| - Tiempo parcial | 76 | 13.8 | 85 | 16.7 | |
| - Otros | 186 | 33.8 | 150 | 29.6 | |
| Ocupación: | | | | | 0.014* |
| - Servicio de producción de mano de obra (minería, construcción, fábrica, energía) | 137 | 24.9 | 106 | 20.9 | |
| - Transporte y comunicación | 23 | 4.2 | 36 | 7.1 | |
| - Ventas y marketing (al por mayor y al por menor, finanzas y seguros, bienes inmuebles) | 77 | 14.0 | 68 | 13.4 | |
| - Industria de servicios (restauración, alojamiento, etc.) | 58 | 10.6 | 64 | 12.6 | |
| - Profesional (sector médico) | 93 | 16.9 | 104 | 20.5 | |

| | | | | | |
|---|-----|------|-----|------|-------|
| y bienestar, educación, oficial público) | | | | | |
| - Ama de casa. | 115 | 20.9 | 108 | 21.2 | |
| - Otro | 47 | 8.5 | 22 | 4.3 | |
| Ingresos familiares por año (en dólares estadounidenses): | | | | | 0.733 |
| - <11000 | 8 | 1.5 | 9 | 1.8 | |
| - 11000-32000 | 48 | 8.7 | 35 | 6.9 | |
| - 32000-53000 | 98 | 17.8 | 84 | 16.5 | |
| - 53000-110000 | 296 | 53.8 | 289 | 56.9 | |
| - ≥110000 | 100 | 18.2 | 91 | 17.9 | |
| Contacto con persona esquizofrénica: | | | | | 0.564 |
| - Sí | 21 | 3.8 | 23 | 4.5 | |
| - No | 529 | 96.2 | 485 | 95.5 | |
| * = P < 0.05 | | | | | |

Tabla 5. Respuestas del paciente sobre las declaraciones de la DCS y la DCFS (modificada del original) (11).

| DCS (N = 186) | En desacuerdo o total desacuerdo (%) | De acuerdo o muy de acuerdo (%) |
|--|--------------------------------------|---------------------------------|
| 1. La mayoría de la gente no aceptaría como amigo cercano a una persona que una vez tuvo una enfermedad mental seria. | 58.82 | 41.18 |
| 2. La mayoría de las personas piensan que una persona con una enfermedad mental seria es peligrosa e impredecible. | 41.18 | 58.82 |
| 3. La mayoría de la gente siente que tener una enfermedad mental es peor que ser adicto a las drogas. | 60.75 | 39.25 |
| 4. La mayoría de las personas desprecian a alguien que fue paciente en un hospital psiquiátrico. | 33.33 | 66.67 |
| 5. La mayoría de los empleadores no contratará a una persona que alguna vez tuvo una enfermedad mental grave aún si está calificado para el trabajo. | 33.87 | 66.13 |

| | | |
|--|-------|-------|
| 6. La mayoría de las personas piensan menos en una persona que ha sido paciente en un hospital mental. | 29.03 | 70.97 |
| 7. La mayoría de la gente siente que comenzar un tratamiento psiquiátrico es signo de fracaso personal. | 45.16 | 54.84 |
| 8. La mayoría de las mujeres jóvenes no se casarían con un hombre que ha sido tratado de un trastorno mental grave. | 37.63 | 62.37 |
| Porcentaje medio de participantes | 42.5 | 57.5 |
| DCFS (N = 184) | | |
| 9. La mayoría de las personas de mi comunidad preferirían no ser amigos de familias que tienen un familiar enfermo mental viviendo con ellos. | 74.46 | 25.54 |
| 10. La mayoría de la gente cree que los padres de niños con una enfermedad mental no son tan responsables y cariñosos como otros padres. | 68.48 | 31.52 |
| 11. La mayoría de las personas desprecian a las familias que tienen un miembro que está enfermo mental viviendo con ellos. | 69.02 | 30.98 |
| 12. La mayoría de la gente cree que sus amigos no los visitarían tan a menudo si un miembro de su familia fuese hospitalizado por una enfermedad mental grave. | 68.48 | 31.52 |
| 13. La mayoría de las personas no tratarían a familias con un miembro que está enfermo mental de la misma manera que tratan a otras familias. | 59.24 | 40.76 |
| 14. La mayoría de las personas culpan a los padres de la enfermedad mental de sus hijos. | 74.46 | 25.54 |
| 15. La mayoría de las personas preferirían no visitar a familias que tienen un miembro mentalmente enfermo. | 71.20 | 28.80 |

| | | |
|-----------------------------------|------|------|
| Porcentaje medio de participantes | 69.3 | 30.7 |
|-----------------------------------|------|------|

Tabla 6. Relación entre puntuación total del ISMI y factores clínicos (modificada del original) (13).

| | ptISMI | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---------|----------|---------|---------|---------|---------|
| Edad | 0.11 | 0.04 | 0.16* | 0.02 | 0.09 | -0.02 |
| Comienzo del trastorno | -0.04 | -0.11 | -0.01 | -0.14* | -0.05 | 0.01 |
| Nº de hospitalizaciones | 0.21** | 0.24*** | 0.14* | 0.31*** | 0.22** | -0.10 |
| Duración del tratamiento | 0.18* | 0.19** | 0.25*** | 0.23** | 0.21** | 0.01 |
| objCGI-S | 0.20** | 0.15* | 0.13 | 0.22** | 0.19** | 0.05 |
| subjCGI-S | 0.35*** | 0.38*** | 0.32*** | 0.23** | 0.38*** | 0.18* |
| Diferencia entre objCGI-S-subjCGI-S | -0.17* | -0.25*** | -0.18** | -0.06 | -0.21** | -0.19** |
| <p>*= p<0.05; **= p<0.01; ***= p<0.001</p> <p>ptISMI = Puntuación total ISMI; 1 = Alineación; 2 = Aprobación de estereotipos; 3 = Discriminación percibida; 4 = Retiro social; 5 = Resistencia al estigma.</p> | | | | | | |

Figura 1. Puntuación media de distancia social según las condiciones de Viñeta (modificada del original) (6).

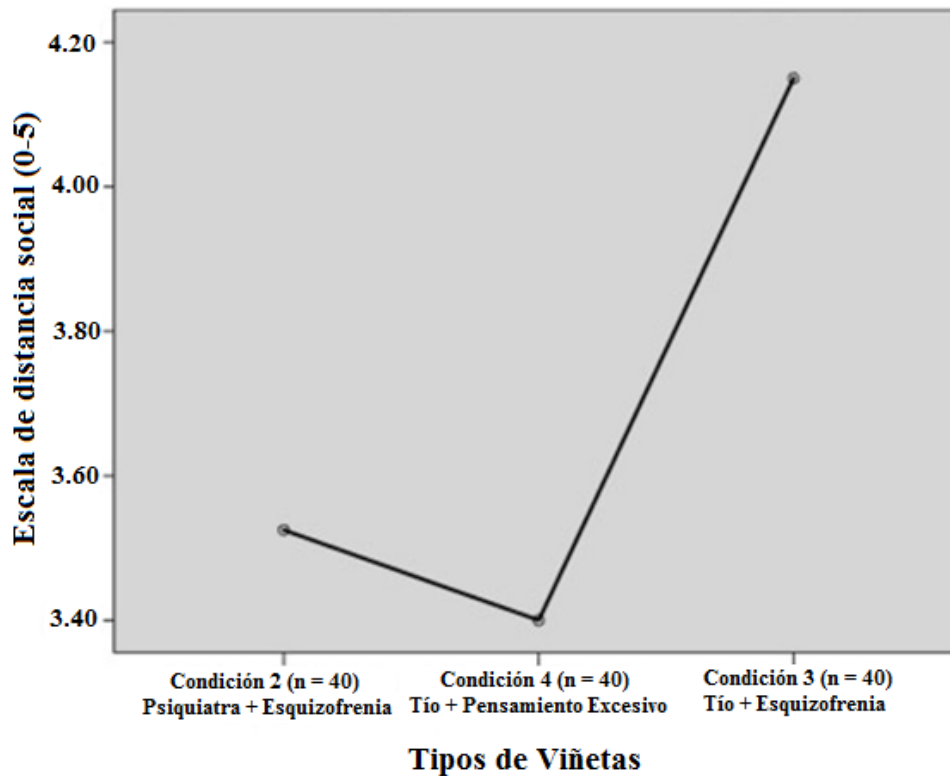


Figura 2. Estratificación de distancia social por contacto personal en cada condición de viñeta (modificada del original) (6).

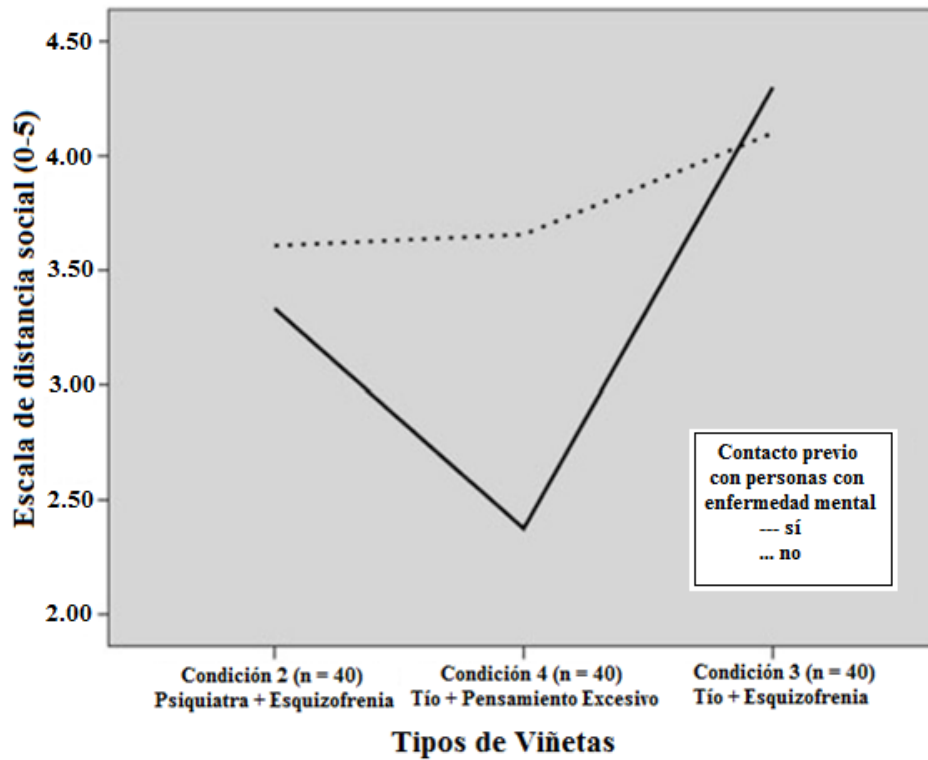
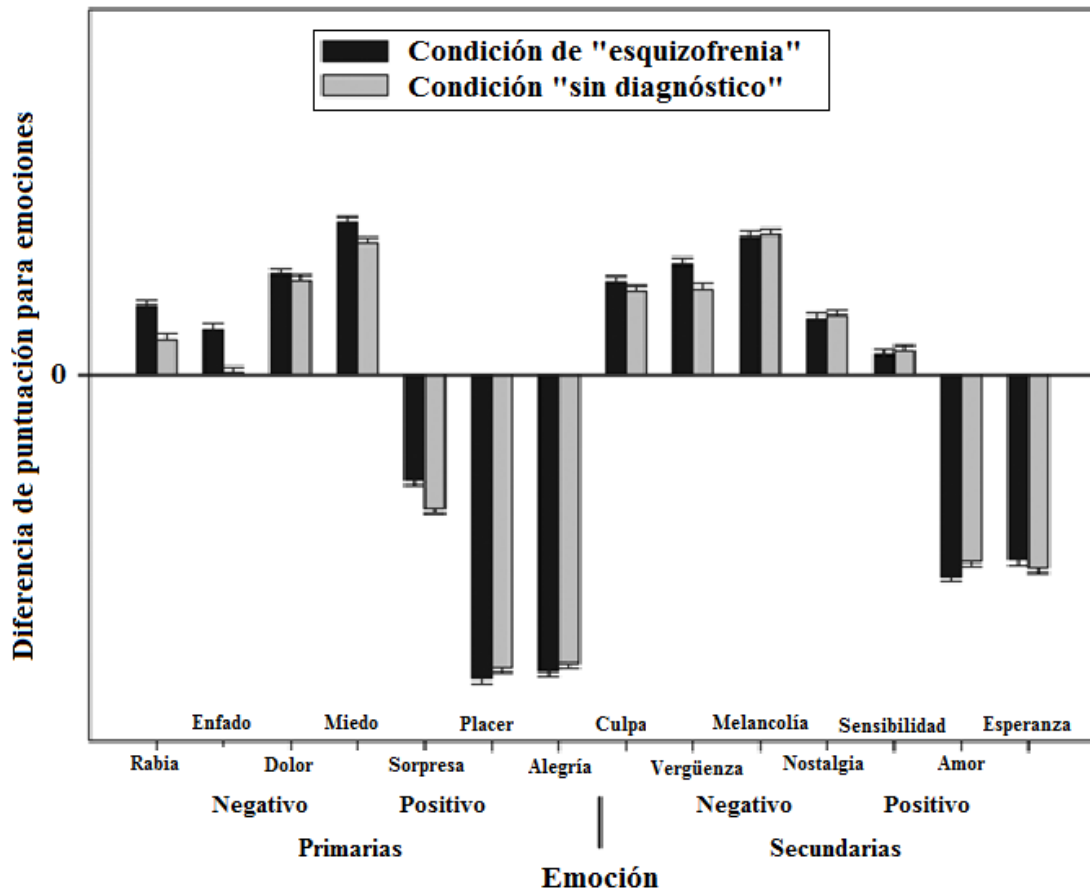


Figura 3. Diferencia de puntuaciones para 14 emociones en función de la etiqueta de esquizofrenia (modificada del original) (7).



Las puntuaciones positivas indican que es más probable que el paciente sienta estas emociones en comparación con el yo; las puntuaciones negativas indican una menor probabilidad de experimentar esta emoción.