



Universitat
de les Illes Balears

TREBALL DE FI DE GRAU

L'ESTIGMATITZACIÓ DE L'ESQUIZOFRÈNIA A ADULTS. IMPACTE I POSSIBLES INTERVENCIIONS EN SALUT

Caterina Gil Sagreras

Grau d'Infermeria

Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia

Universitat de les Illes Balears

Any acadèmic 2021-22

L'ESTIGMATITZACIÓ DE L'ESQUIZOFRÈNIA A ADULTS. IMPACTE I POSSIBLES INTERVENCIIONS EN SALUT

Caterina Gil Sagreras

Treball de Fi de Grau

Facultat d'Infermeria

Universitat de les Illes Balears

Any acadèmic 2021-22

Paraules clau del treball:

Català: Esquizofrènia, Salut Mental, Estigma Social, Aïllament Social, Impactes en Salut i Efectivitat d'intervencions.

Anglès: Schizophrenia, Mental Health, Social Stigma, Social Isolation, Impacts on Health and Effectiveness of interventions.

Nom del tutor / la tutora del treball: Caterina Gil Sagreras

Nom del tutor / la tutora (si escau): Dr. Andreu Bover Bover

Autoritz la Universitat a incloure aquest treball en el repositori institucional per consultar-lo en accés obert i difondre'l en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació

Autor/a		Tutor/a	
Sí	No	Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resum

Introducció: L'esquizofrènia és una malaltia mental greu i molt incapacitant que afecta a 1% de la població i seva estigmatització és un tema d'interès actual, ja que encara són un col·lectiu on pateixen cada dia els efectes de les creences i actituds estereotipades existents en la societat, tant de la població general i els professionals sanitaris. Aquesta exclusió social duu a cap a múltiples conseqüències socials i psicològiques que els limita a tenir un bon funcionament normal.

Objectius: Explicar els impactes de l'estigmatització en les persones amb esquizofrènia i les possibles intervencions que es poden dur a terme per millorar els efectes perjudicials de l'estigma i l'autoestigma, més enfocat a l'àmbit comunitari.

Resultats: És una recerca bibliogràfica a través de les bases de dades de PubMed i BVS, amb un total de 23 articles segons els criteris inclusió i exclusió d'interès pel treball. A més, de la utilització de llibres i altres articles per l'elaboració de la introducció. Tots els articles per la discussió han estat en anglès, menys un en alemany.

Discussió: Els estudis han mostrat que els impactes tant de l'estigma com de l'autoestigma estan relacionats amb diversos resultats psicosocials i com aquests resultats afecten en tots els dominis de la vida de les persones amb esquizofrènia. També que el llarg d'aquests anys s'han anat provant diverses teràpies per poder millorar els resultats psicosocials.

Conclusió: S'ha pogut demostrar després de la lectura de tots els articles de la necessitat de millorar el reconeixement i l'acceptació cap aquest col·lectiu perquè ells no es puguin sentir tan estigmatitzats. Com infermeres hem de promocionar una bona educació sanitària de qualitat i una informació adequada a tota la ciutadania per poder eliminar aquesta visió mal interpretada de l'esquizofrènia i també s'haurien de crear més polítiques sanitàries destinades a reduir les desigualtats socials basades en un àmbit intercultural i amb una equitat per a tots.

Paraules claus: Esquizofrènia, Salut Mental, Estigma Social, Aïllament Social, Impactes en Salut i Efectivitat d'intervencions.

Introducción: La esquizofrenia es una enfermedad mental grave y muy incapacitante que afecta a 1% de la población y su estigmatización es un tema de interés actual, ya que todavía son un colectivo en el que sufren cada día los efectos de las creencias y actitudes estereotipadas existentes en la sociedad, tanto de la población general y los profesionales sanitarios. Esta exclusión social lleva a cabo múltiples consecuencias sociales y psicológicas que los limita a tener un buen funcionamiento normal.

Objetivos: Explicar los impactos de la estigmatización en las personas con esquizofrenia y las posibles intervenciones que se pueden llevar a cabo para mejorar los efectos perjudiciales del estigma y el autoestigma, más enfocado al ámbito comunitario.

Resultados: Es una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos de PubMed y BVS, con un total de 23 artículos según criterios inclusión y exclusión de interés por el trabajo. Además, la utilización de libros y otros artículos para la elaboración de la introducción. Todos los artículos por la discusión han sido en inglés, menos uno en alemán.

Discusión: Los estudios han mostrado que los impactos tanto del estigma como del autoestigma están relacionados con diversos resultados psicosociales y cómo estos resultados afectan a todos los dominios de la vida de las personas con esquizofrenia. También que a lo largo de estos años se han ido probando diversas terapias para mejorar los resultados psicosociales.

Conclusión: Se ha podido demostrar después de la lectura de todos los artículos de la necesidad de mejorar el reconocimiento y la aceptación hacia este colectivo para que ellos no puedan sentirse tan estigmatizados. Como enfermeras debemos promocionar una buena educación sanitaria de calidad y una información adecuada a toda la ciudadanía para poder eliminar esta visión mal interpretada de la esquizofrenia y también deberían crearse más políticas sanitarias destinadas a reducir las desigualdades sociales basadas en un ámbito intercultural y con una equidad para todos.

Palabras claves: Esquizofrenia, Salud Mental, Estigma Social, Aislamiento Social, Impactos en Salud y Efectividad de intervenciones.

Introduction: Schizophrenia is a serious and very disabling mental illness that affects 1% of the population and its stigmatization is a topic of current interest, as they are still a group where they suffer every day the effects of beliefs and attitudes existing stereotypes in society, both general population and health professionals. This social exclusion leads to multiple social and psychological consequences that limit them to a normal functioning.

Objectives: To explain the impacts of stigma on people with schizophrenia and the possible interventions that can be carried out to improve the harmful effects of stigma and self-stigma more community focused.

Results: This is a bibliographic search through the PubMed and BVS databases, with a total of 23 articles according to the inclusion and exclusion criteria of interest for the work. In addition, the use of books and other articles for the preparation of the introduction. All articles for the discussion have been in English, except one in German.

Discussion: Studies have shown that the impacts of both stigma and self-stigma are related to various psychosocial outcomes and how these outcomes affect all areas of life for people with schizophrenia. Also, over the years, various therapies have been tried to improve psychosocial outcomes.

Conclusion: After reading all the articles, it has been shown that there is a need to improve the recognition and acceptance of this group, so that they don't feel so stigmatized. As nurses, we must promote good quality health education and adequate information to all citizens to eliminate this misunderstood view of schizophrenia and more health policies should also be created aimed at reducing social inequalities based on an intercultural environment and with equity for all.

Keywords: Schizophrenia, Mental Health, Social Stigma, Social Isolation, Health Impacts, and Effectiveness of Interventions.

Índex

1. Resum/Abstract	Pàg.3-5
2. Introducció	Pàg.7-11
3. Objectius del treball	Pàg.12
4. Estratègia de recerca bibliogràfica	Pàg.13-22
5. Discussió	Pàg.23-35
5.1 Impacte en l'estigmatització en persones amb esquizofrènia	
5.2 Intervencions en l'estigmatització en persones amb esquizofrènia	
6. Conclusions	Pàg.36-37
7. Bibliografia	Pàg.38-42

2. Introducció

Com experiència personal amb aquest tema dir que les meves primeres pràctiques les vaig realitzar a la residència i centre de dia Can Raspall d'Eivissa, que és un recurs socio sanitari de caràcter residencial permanent o temporal que ofereix allotjament, convivència i atenció especialitzada a persones amb discapacitat intel·lectual o física per persones amb malalties mentals. Aquí és on va començar el meu interès cap a la salut mental i vaig poder tractar amb persones amb esquizofrènia i altres trastorns mentals que estaven vivint allà i com la malaltia els havia afectat de tal manera que no podien viure amb la resta de la societat.

El meu interès per la salut mental és perquè sempre he trobat que falta molta normalització de les malalties psiquiàtries, ja que pels mitjans de comunicació no es parla del tema i després de passar per una residència de salut mental vaig comprovar com les persones que tenien esquizofrènia tenien moltes dificultats a l'hora d'expressar-se i realitzar activitats quotidianes de la vida diària, com per exemple anar a fer feina o simplement sortir al carrer pel simple fet de la pressió social que cau damunt aquest col·lectiu, però al mateix temps t'agraïen molt el fet d'ajudar-los.

Les malalties mentals sempre han existit en la societat, però ha tingut moltes interpretacions diferents. A l'antiguitat dins les cultures més complexes es considera la malaltia mental com un càstig de déu o per dimonis, al qual es practicaven trepanacions cranials perquè els dimonis poguessin sortir del cos i posteriorment els grecs, en contradicció, ho explicaven a través de la interpretació naturalista segons la teoria dels humors que explicava el cos humà com l'equilibri de quatre fluids, on les malalties mentals es consideraven un desequilibri del cervell. Durant el cristianisme, també es va considerar la bogeria com una possessió demoníaca, és a dir, un fet sobrenatural on només es tractava a l'àmbit domèstic a través d'un sacerdot i dins la cultura àrab també tenien al mateix pensament fins que en el regnat de Mohammed, el poble àrab va passar a la "medicina del profeta" dirigida per la interpretació naturalista dels grecs i els tractaments es basaven en purgues i sagnies per poder eliminar els fluids alterats. Malauradament, han estat molts segles d'empobriment teòric de la medicina, sobretot en el tema de la religió, i de no incloure les malalties mentals dins la sanitat pública, a més, des de la segona meitat del segle XX fins al 1950 la història de la psiquiatria en l'evolució disciplinària ha patit

barbàrie i ignorància com també els tractaments basats en tortures i confinaments dels “llunàtics”⁽¹⁾.

L’emergència en salut mental va començar l’any 1909 a través d’un moviment als Estats Units i que més endavant es va expandir a Europa, anomenat Higiene Mental . L’objectiu era dur a terme diverses accions per modificar i millorar l’atenció de les persones amb diagnòstic psiquiàtric, i deixar de tractar-la com a bogeria o pediment mental⁽³⁾.

Després de la II Guerra Mundial, el 1948 es va celebrar a Londres el II Congrés Internacional en Salut Mental que, impulsat pel moviment d’higiene mental i amb la intenció de disminuir el dany i el sofriment de les guerres anteriors que varen causar a la població i juntament amb els coneixements de múltiples disciplines varen voler establir accions i àmbits d’aplicació per promoure el benestar humà. Després del congrés, l’Organització Mundial de la Salut (OMS) crea la Federació Mundial de la Salut Mental com a relleu del Comitè Internacional en Higiene Mental per la necessitat de protegir i enfortir la salut mental⁽³⁾.

En l’actualitat, segons l’OMS, la salut mental es considera un estat de benestar en el qual l’individu és conscient de les seves pròpies capacitats, pot afrontar les tensions normals de la vida, pot treballar de forma productiva i fructífera i és capaç de fer una contribució a la comunitat ⁽²⁾.

El terme de malaltia mental greu (MMG) es defineix com un grup de trastorns psiquiàtrics, caracteritzats per problemes mentals, socials i professionals greus que es condicionen respectivament. També es consideren les persones amb autisme, trastorn obsessiu compulsiu, trastorn de la personalitat o depressió greu⁽⁴⁾.

L’esquizofrènia es considera un trastorn neuropsiquiàtric greu i incapacitant que efecte aproximadament a l’1% de la població de totes les cultures i grups socioeconòmics⁽⁵⁾, i es troba entre les vint principals causes de discapacitat i s’observa una recuperació funcional de menys del 15% dels pacients⁽⁶⁾.

Segons el DSM-5⁽⁷⁾, el diagnòstic d’esquizofrènia, és quan es té un o més dels símptomes següents: deliris, al·lucinacions, discurs desorganitzat (com la disgregació i la

incoherència freqüent), comportament molt desorganitzat o catatònic i símptomes negatius (expressió emotiva o abúlia) i cada un d'ells ha d'estar present durant una part significativa de temps durant un període d'un mes (o menys si es tracta amb èxit). A més els símptomes no es poden atribuir a efectes fisiològics d'una substància o una altra afecció mèdica. També s'utilitza el terme de psicosi d'inici recent per descriure l'experiència d'un trastorn psicòtic durant un màxim de 5 anys ⁽⁸⁾.

En termes generals, les manifestacions clíniques de l'esquizofrènia o trastorns psicòtics es caracteritzen per símptomes positius (com els trastorns de moviment i les al·lucinacions o deliris), símptomes negatius (com l'apatia, l'abúlia o aïllament social) i els dèficits cognitius (com els problemes de planificació, memòria o atenció)⁽⁴⁾.

Com éssers humans que som una de les característiques que es distingeixen dels animals és que som éssers socials, és a dir, tenim la necessitat de socialitzar i sentir-nos que pertanyem a un grup social i que hi som acceptats i les diferències i congruències del que seria un patró social normalitzat duu cap a les desigualtats. Les persones sempre intentem mostrar la nostra millor part per poder ser valorats i acceptats, ja que la interacció social depèn de les primeres impressions i els judicis que emeten sobre els altres. Això ocorre perquè tenim la tendència a simplificar la percepció cap als altres i no mirar més enllà de la mateixa persona, pel fet que ens aporta informació immediata i ens permet ignorar la informació innecessària, que és el que anomenem categorització social. A la societat que vivim l'estigma defineix la relació que s'estableix entre els components que hi viuen, encara que l'estigma no marca les diferències entre els components sinó el valor negatiu que se li atribueix en un moment i una cultura determinada. Aquesta deshumanització dona lloc a la construcció d'estereotips i prejudicis negatius, és a dir, la discriminació cap als membres d'aquest grup social⁽²⁾.

Com s'explica el llibre de Quiles del Castillo⁽²⁾, l'estigma es defineix com una marca o senyal al qual les persones posseïdores d'ella s'integren dins una categoria social minoritària en què els membres d'aquest grup donen una resposta negativa, ja que la població majoritària els perceben com a inferior perquè com que són diferents no els consideren "normals". Però el terme d'estigma ha tingut diversos significats al llarg del temps i de la història, els primers que varen utilitzar el significat d'estigma varen ser els

grecs per referir-se a signes corporals, cremades i talls al qual aquesta marca indicava una condició d'esclau, criminal o traïdor al qual s'havien d'evitar, especialment, a llocs públics. Posteriorment en el cristianisme, des d'un punt patològic, s'associava a qualsevol símptoma o signe morbos persistent, somàtic, psíquic o anomalia orgànica. A mitjans dels anys cinquanta, és quan va començar l'interès sobre l'estigma.

Ervin Goffman, va ser un pioner amb estudis sobre l'estigma i el 1963 a un llibre anomenat *La identitat deteriorada*⁽²⁾ va conceptualitzar l'estigma en tres dimensions: l'estereotip com la creença sobre una persona segons la seva pertinença al grup, és a dir, creences de perillositat, incompetència i mal pronòstic; prejudici que són les actituds i components afectius que se senten contra una persona segons la seva pertinença al grup, és a dir, por o empatia; i la discriminació que són les reaccions de comportament contra una persona segons la seva pertinença del grup, és a dir, l'evitació o la fugida⁽⁹⁾.

Anteriorment, es creia que les persones amb MMG no es podien recuperar el que provocava la institucionalització i l'exclusió de la comunitat⁽⁸⁾. A més, estudis Espanya a la població general indiquen que hi ha certa confusió entre la malaltia mental i la discapacitat intel·lectual, i que identifiquen els símptomes característics de l'esquizofrènia com l'agressivitat i les conductes violentes i alguns encara mantenen certes actituds de paternalisme i de sobreprotecció⁽¹⁰⁾.

Una altra investigació confirma que la majoria de les persones amb MMG són conscients de les actituds estigmatitzades, amb un 70% anticipant la discriminació i el 60-70% està d'acord que "la majoria de la gent" rebutjaria algú amb una malaltia mental com amic, veí o company de feina⁽¹¹⁾. Degut això, les persones estigmatitzades duu a fer que volen ocultar la seva categorització social per la por que siguin descoberts i això implica conseqüències socials i psicològiques⁽²⁾.

El problema no només és que la societat tingui aquesta visió de les persones que tenen MMG sinó que també són els propis pacients que s'identifiquen amb els estereotips negatius i els assumeixen com a propis, el que es denomina com estigma interioritzat o autoestigma, que juntament amb l'estigma percebut (les creences i actituds que creuen que té la societat cap a ells) i l'estigma experimentat (experiències de rebuig, la

discriminació) conformen l'estigma personal⁽¹⁰⁾. S'ha demostrat que més del 40% de les persones amb esquizofrènia se senten molt estigmatitzades⁽⁹⁾.

L'esquizofrènia és el trastorn mental que s'associa principalment amb l'estigma en la població general d'arreu del món i s'ha vist associat a un deteriorament a la qualitat de vida en diversos països⁽¹²⁾. Un terç i la meitat dels pacients senten vergonya a conseqüència del trastorn⁽¹³⁾. També gran proporció dels pacients en el primer episodi de psicosis es veuen afectats, fins a un 50% d'ells han experimentat discriminació⁽¹⁴⁾.

En els darrers anys hi ha hagut un interès creixent sobre l'efecte de l'estigma en el benestar dels pacients en trastorns mentals⁽¹⁵⁾, però encara pateixen estigma i discriminació pública i l'evidència clínica indica que en els últims anys l'estigma públic no ha disminuït sinó que ha augmentat, mentre que la percepció pública de l'estigma ha disminuït⁽¹⁴⁾.

3. Objectius del treball

Objectiu general: Demostrar l'existència d'estigmatització i autoestigma en persones adultes amb esquizofrènia.

Objectius específics:

- Explicar els impactes de l'estigmatització en persones adultes amb esquizofrènia.
- Explicar les possibles intervencions que es puguin dur a terme amb persones adultes amb esquizofrènia.

4. Estratègia de recerca bibliogràfica

L'estratègia de recerca dels articles pel treball final de grau, en primer lloc, va ser utilitzant els descriptors en anglès Mental Health "AND" Social Stigma a Mesh i em va dur a la base de dades de PubMed on vaig poder trobar tots els meus articles d'interès. A la base de dades PubMed la meva primera recerca va ser usant els descriptors en anglès amb Schizophrenia "AND" Social Stigma, on vaig utilitzar filtres per reduir el nombre d'articles com el temps on només tenia interès en articles del 2016 al 2022 i l'edat, ja que només m'interessava població adulta d'entre 19 a 44 anys i em varen sortir 272 resultats on vaig escollir 13 articles i que d'aquests n'he descartat 2 articles. La meva segona recerca a la base de dades PubMed, més específica, va ser usant els descriptors en salut en anglès Schizophrenia "AND" Social Stigma "AND" Outpatients, on vaig utilitzar filtres per reduir el nombre d'articles com el temps on només tenia interès en articles del 2017-2022 i l'edat, que només m'interessava població adulta d'entre 19 a 44 anys i em va sortir 31 resultats, on vaig escollir 15 articles i que d'aquests n'he descartat 5 articles. En total de la base de dades de Pubmed he extret 21 articles al qual han estat rellevants pel meu treball. Tots els articles són en anglès, menys un en alemany. Alguns articles descartats per la discussió del treball els he fet servir per a la redacció de la introducció, ja que m'interessava alguna informació però no els seus estudis.

Després també vaig usar la base de dades de la biblioteca virtual en salut (BVS), on vaig fer la meva tercera recerca un poc més específica que l'anterior i que tinguessin implicacions d'infermeria i va ser utilitzant els descriptors en salut en anglès amb Schizophrenia "AND" Nursing Care "AND" Effectiveness of Interventions "AND" Outpatients on vaig trobar tres resultats, he descartat un article. Tots els articles estaven amb anglès.

criteris d'inclusió i exclusió dels articles d'interès amb el tema:

Criteris inclusió:

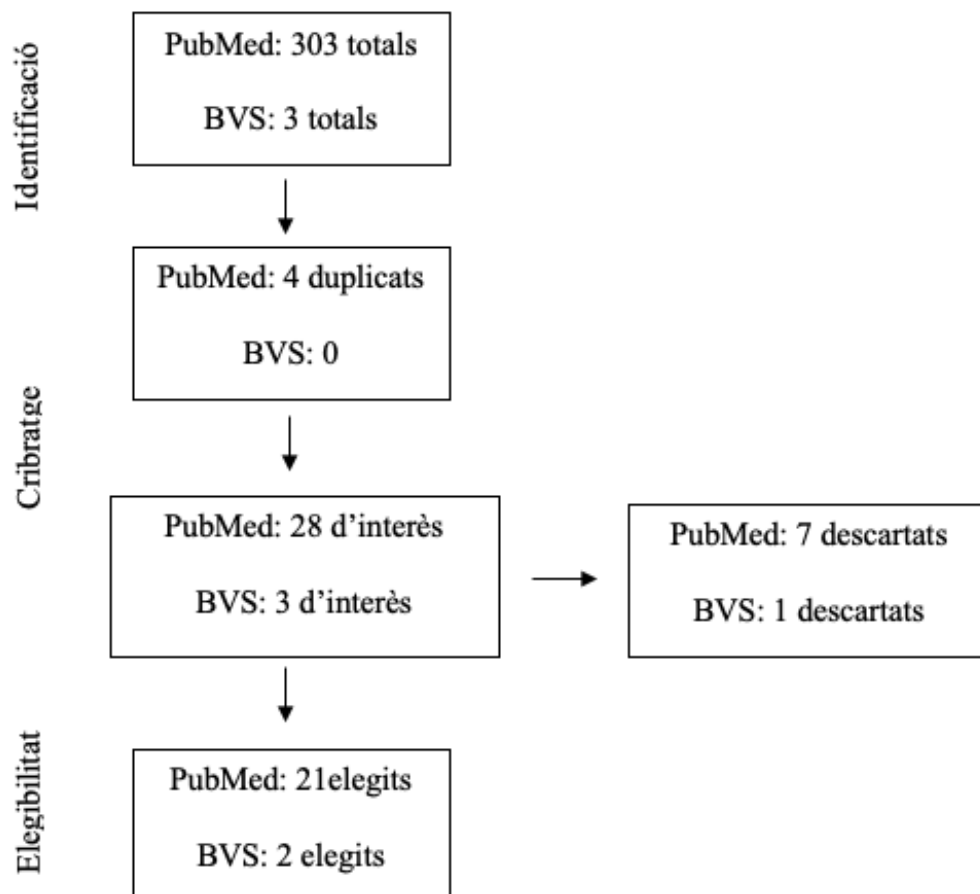
- Diagnòstic d'esquizofrènia o esquizofrènia comparada amb altres trastorns mentals.
- Edat adulta, entre 19-44 anys.
- Qualsevol ètnia i país.

- Estigui relacionat amb l'estigma social.
- Articles actuals, entre 2016 i 2022.
- Articles castellà, angles i alemany.

Criteris exclusió:

- Sense interès amb el tema.
- Repetició amb una altre recerca.
- Falta de resultats.

Diagrama de flux



Articles segons impacte:

Any publicació	Autor principal	Lloc	Data de recollida de dades	Inclusió de casos	Subjectes d'estudi	Fonts de dades	Mida mostral	Rang d'edat
2015	Tong, W ³¹	Hong Kong	2012-2014	Servei d'Infermeria Psiquiàtrica Comunitària	Pacients ambulatoris amb esquizofrènia	Entrevistes i escales de valoració	110 pacients	18-60 anys
2016	Zäske, H ²¹	Alemanya	2000-2004	Clíniques psiquiàtriques	Pacients amb esquizofrènia en fase post-aguda	Qüestionaris i escales de valoració	48 pacients	No surt l'edat
2016	Vidovič, D ¹⁸	Croàcia	2012-2014	Hospital Psiquiàtric Universitari de Vrapče	Pacients amb esquizofrènia	Qüestionari, entrevista i escales de valoració	149 pacients	24-25 anys
2017	Alhadi, A ²³	Jordània	2015	Clíniques ambulatories	Familiars amb pacients amb psicosis	Entrevistes	27 familiars	37-68 anys

2017	Picco, L ³⁰	Singapur	2014-2015	Institut de Salut Mental (IMH) i Clíniques ambulatòries	Pacients psiquiàtrics	Qüestionaris i escales de valoració	280 pacients	21-65 anys
2017	Baba, Y ²⁴	Tòquio	2016	Centre mèdic de Toho	Població general, professionals psiquiàtrics i pacients psiquiàtrics	Qüestionaris, entrevistes i escales de valoració	365 participants	No s'indica
2017	Wen, Y ²⁸	Singapur	2014-2015	Institut de Salut Mental (IMH) i clíniques ambulatoris	Pacients psiquiàtrics	Qüestionaris i escales de valoració	280 pacients	21-65 anys
2017	Štrkalj, S ¹⁶	Croàcia	2016	Hospital Psiquiàtric Universitari de Vrapče	Pacients ambulatoris amb esquizofrènia	Qüestionari i escales de valoració	80 pacients	No s'indica
2018	Picco, L ¹⁷	Singapur	2014-2015	Població Singapur	Ciutadans i residents permanents	Entrevistes i escales de valoració	3.006 persones	18-65 anys

2018	Krupchanka, D ²⁶	República Txeca	2015-2016	Serveis de Salut Mental i associacions familiars	Famílies de pacients amb esquizofrènia	Entrevistes	25 familiars	Edat mitjà de 53 anys
2018	Lien, Y ¹⁹	Taiwan	2013-2014	Pacients ambulatoris	Pacients amb esquizofrènia	Qüestionaris i escales de valoració	170 pacients	18-65 anys
2018	Touriño, R ¹⁵	Illes Canàries	2014	Pacients en centres de dia de rehabilitació psicosocial	Pacients amb esquizofrènia	Entrevista clínica i escales de valoració	71 pacients	Més de 18 anys
2018	Holubova, M ⁵	República Txeca	2018	Pacients ambulatoris	Pacients psiquiàtrics	Qüestionaris i escales de valoració	343 pacients	No s'indica
2019	Hofer, A ²⁹	Innsbruck	Seguiment de 6 mesos	Consulta externa especialitzada a la Universitat	Pacients amb esquizofrènia	Entrevistes i escales de valoració	54 participants	18-65 anys
2019	Pellet, J ²⁷	Suïssa	2018	Entorns psiquiàtrics	Pacients amb esquizofrènia	Entrevistes i escales de valoració	80 pacients	Edat mitjà de 16,4 anys

2019	Zäske, H ¹⁴	Alemanya	Seguiment d'1 any	Hospitals universitaris psiquiàtrics	Pacients amb esquizofrènia	Entrevistes i escales de valoració	173 pacients	Edat mitjà de 5,2 anys
2019	Yanos, P ¹¹	Alemanya	2014-2017	Dos programades d'hospitalitzacions i una clínica ambulatoria	Pacients amb esquizofrènia	Cribratge, entrevistes inicial i escales de valoració	170 pacients	Edat mitjà de 40 anys
2020	Pribadi, T ²⁵	Indonèsia	2019	Hospital psiquiàtric urbà	Pacients amb esquizofrènia	Història clínica i escales de valoració	335 pacients	18-60 anys
2020	Kifle, Y ²²	Addis Abeba (Etiòpia)	De maig a juny del 2018	Hospital especialitzat de salut mental	Pacients ambulatoris amb esquizofrènia	Qüestionaris i escales de valoració	421 pacients	Edat mitjà de 9,08 anys
2020	Varely, K ⁹	Bordeus (França)	Entre 1999 i 2019	Universitat de Bordeus	Psiquiatres, psicòlegs i infermeres de salut mental	Revisió sistemàtica de 38 articles	10.926 participants en total	No s'indica

2021	González, A ²⁰	Astúries (Espanya)	2021	Servei Públic de Salut Mental	Pacients amb psicosi	Qüestionaris, escales de valoració	103 pacients ambulatoris	Edat mitjà de 12,38 anys
------	---------------------------	--------------------	------	-------------------------------	----------------------	------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Articles segons intervencions:

Any publicació	Autor principal	Lloc	Data de recollecció de dades	Inclusió de casos	Subjectes d'estudi	Fonts de dades	Mida mostral	Rang d'edat
2014	Quee, P ³²	Groningen (Països Baixos)	2013	Centre Universitari de Psiquiatria i Centre Mèdic Universitari	Pacients ambulatoris i hospitalitzats amb esquizofrènia	Escales de valoració	30 pacients	18-65 anys
2015	Tong, W ³¹	Hong Kong	2012-2014	Servei d'Infermeria Psiquiàtrica Comunitària	Pacients ambulatoris amb esquizofrènia	Entrevistes i escales de valoració	110 pacients	18-60 anys
2017	Alhadi, A ²³	Jordània	2015	Clíniques ambulatories	Familiars amb pacients amb psicosi	Entrevistes	27 familiars	37-68 anys

2017	Picco, L ³⁰	Singapur	2014-2015	Institut de Salut Mental (IMH) i Clíniques ambulatòries	Pacients psiquiàtrics	Qüestionaris i escales de valoració	280 pacients	21-65 anys
2017	Baba, Y ²⁴	Tòquio	2016	Centre mèdic de Toho	Població general, professionals psiquiàtrics i pacients psiquiàtrics	Qüestionaris, entrevistes i escales de valoració	365 participants	No s'indica
2017	Wen, Y ²⁸	Singapur	2014-2015	Institut de Salut Mental (IMH) i clíniques ambulatoris	Pacients psiquiàtrics	Qüestionaris i escales de valoració	280 pacients	21-65 anys
2017	Štrkalj, S ¹⁶	Croàcia	2016	Hospital Psiquiàtric Universitari de Vrapče	Pacients ambulatoris amb esquizofrènia	Qüestionari i escales de valoració	80 pacients	No s'indica
2018	Picco, L ¹⁷	Singapur	2014-2015	Població Singapur	Ciudadans i residents permanents	Entrevistes i escales de valoració	3.006 persones	18-65 anys

2018	Krupchanka, D ²⁶	República Txeca	2015-2016	Serveis de Salut Mental i associacions familiars	Famílies de pacients amb esquizofrènia	Entrevistes	25 familiars	Edat mitjà de 53 anys
2018	Lien, Y ¹⁹	Taiwan	2013-2014	Pacients ambulatoris	Pacients amb esquizofrènia	Qüestionaris i escales de valoració	170 pacients	18-65 anys
2018	Touriño, R ¹⁵	Illes Canàries	2014	Pacients en centres de dia de rehabilitació psicosocial	Pacients amb esquizofrènia	Entrevista clínica i escales de valoració	71 pacients	Més de 18 anys
2018	Holubova, M ⁵	República Txeca	2018	Pacients ambulatoris	Pacients psiquiàtrics	Qüestionaris i escales de valoració	343 pacients	No s'indica
2019	Hofer, A ²⁹	Innsbruck	Seguiment de 6 mesos	Consulta externa especialitzada a la Universitat	Pacients amb esquizofrènia	Entrevistes i escales de valoració	54 participants	18-65 anys
2019	Pellet, J ²⁷	Suïssa	2018	Entorns psiquiàtrics	Pacients amb esquizofrènia	Entrevistes i escales de valoració	80 pacients	Edat mitjà de 16,4 anys

2019	Zäske, H ¹⁴	Alemanya	Seguiment d'1 any	Hospitals universitaris psiquiàtrics	Pacients amb esquizofrènia	Entrevistes i escales de valoració	173 pacients	Edat mitjà de 5,2 anys
2019	Yanos, P ¹¹	Alemanya	2014-2017	Dos programades d'hospitalitzacions i una clínica ambulatoria	Pacients amb esquizofrènia	Cribatge, entrevistes inicial i escales de valoració	170 pacients	Edat mitjà de 40 anys
2020	Pribadi, T ²⁵	Indonèsia	2019	Hospital psiquiàtric urbà	Pacients amb esquizofrènia	Història clínica i escales de valoració	335 pacients	18-60 anys
2020	Animaw, W ⁸	Etiòpia	2018	Hospitals terciaris	Pacients ambulatoris psiquiàtrics	Qüestionaris i escales de valoració	15 pacients	Més de 16 anys
2020	Kifle, Y ²²	Addis Abeba (Etiòpia)	De maig a juny del 2018	Hospital especialitzat de salut mental	Pacients ambulatoris amb esquizofrènia	Qüestionaris i escales de valoració	421 pacients	Edat mitjà de 9,08 anys
2021	González, A ²⁰	Astúries (Espanya)	2021	Servei Públic de Salut Mental	Pacients amb psicosis	Qüestionaris, escales de valoració	103 pacients ambulatoris	Edat mitjà de 12,38 anys

5. Discussió

5.1 Impactes en l'estigmatització en persones amb esquizofrènia

L'estigma i l'autoestigma són els que condueixen a les dificultats en la recuperació de l'esquizofrènia⁽¹⁶⁾. S'han trobat moltes variables amb conseqüències psicosocials de l'estigma i similars els efectes de l'autoestigma.

En el terme de l'estigma i l'esquizofrènia, un dels efectes perjudicials és el retard en la recerca de tractament i una recerca d'ajuda inadequada al qual dona lloc que la malaltia no tractada es perllongui més i consegüentment els resultats dels tractaments siguin escassos i un dels motius és la incapacitat de reconèixer correctament els trastorns mentals (17,18,19,20).

Però com explica Picco⁽¹⁷⁾, existeix una contrarietat alhora del reconeixement de la malaltia. Dins d'aquesta ambigüitat hi ha efectes positius i negatius, per exemple, etiquetar a la persona com a “malalt mental” pot ser estigmatitzant, però etiquetar el problema o la malaltia pot ser eficaç per millorar o entendre els símptomes i el tractament. Un altre efecte positiu és que pot dur a l'anticipació de l'estigma i la discriminació, ajudant evitar situacions potencialment estigmatitzades⁽²¹⁾.

Singapur és una de les ciutats més estudiades en el terme dels trastorns mentals pel fet que hi ha molt poc coneixement de la malaltia, només un 11,5% de la població reconeixia l'esquizofrènia. Es va comprovar que el reconeixement augmentava les possibilitats de recerca d'ajuda, a més, aquelles persones que reconeixien com cal els símptomes eren més propenses a aconsellar ajuda a un professional, però desafortunadament només un petit percentatge perquè el rebuig social i les actituds estigmatitzant encara estan presents⁽¹⁷⁾.

Però l'estigmatització no només és degut a una falta de conscienciació de la població, sinó també està present en el sistema sanitari, en diversos estudis es va veure com les infermeres de salut mental tenien conductes positives cap als tractaments psiquiàtrics, però després eren molt inconscients amb les creences estereotipades⁽⁹⁾. Holubova⁽⁵⁾, va confirmar una de les seves hipòtesis que relaciona l'estigma amb la gravetat de la malaltia, és a dir, quan el metge avalua la psicopatologia del pacient com menys greu, ells

s'autoestigmatitzen menys i conseqüentment utilitzen estratègies d'afrontament més positives, a més, d'una millor qualitat de vida.

Varely⁽⁹⁾ en el seu article va avaluar l'estigma dels professionals sanitaris de salut mental en comparació en diferents trastorns psiquiàtrics. Amb el trastorn de límit de la personalitat la distància social, la creença de perillositat va ser pitjor comparat amb l'esquizofrènia. Amb el trastorn d'abús de substàncies hi havia més creences negatives comparat amb l'esquizofrènia. I l'esquizofrènia hi havia més creences negatives, més distància social i se sentien menys optimistes comparant amb la depressió. Després que els metges en general tenen creences més negatives que les infermeres i psicòlegs i comparant altres grups socials els professionals tenien menys la creença de perillositat i de distància social, però eren més pessimistes amb el pronòstic i els resultats però no amb el tractament farmacològic. També es va veure més estigma en els hospitals psiquiàtrics que no en els centres comunitaris i rehabilitadors, ja que una de les causes sigui que com que en els hospitals estan de manera contínua amb els malalts els professionals estan més esgotament emocional i això podria explicar la falta d'empatia i les creences negatives.

L'estigma i l'aïllament social en l'esquizofrènia és més greu a l'etapa inicial de la malaltia Això indica que els prejudicis comencen augmentar durant l'etapa inicial de la malaltia que és el que provoca que els pacients no consultin els professionals sanitaris, encara que siguin conscients dels seus símptomes. I que l'estigma en si mateix podria augmentar el risc de transició de l'esquizofrènia entre els joves que tenen risc a desenvolupar la malaltia⁽²⁴⁾. Els autors relacionen l'empitjorament dels símptomes psicòtics en la fase inicial de la malaltia a causa de les idees errònies i desconeixement perquè duu a les persones a la por i el rebuig de la malaltia^(23,25). Una altra dificultat és que són símptomes no psicòtics com la depressió, ansietat i alteracions de la son i per aquesta raó no cerquen ajuda professional ⁽²⁵⁾.

Les conseqüències de l'estigma no només afecta les persones que pateix la malaltia sinó als familiars i a les persones cuidadores que és el que s'anomena estigma de cortesia^(14,25,26).

Krupchanka⁽²⁶⁾ presenta una visió general dels reptes relacionats amb l'estigma en els diferents àmbits de la vida en els que viuen els familiars de les persones amb esquizofrènia a la República Txeca. I va poder comprovar com l'estigma i la discriminació estaven

presents a tots els nivells (meso, micro i macro). En els seus resultats va treure tres temes principals, el primer va ser la manca de compressió general i les idees errònies sobre la malaltia mental al qual va ser evident a tots els àmbits, en l'àmbit local perquè experimentaven sentiments de por cap a ells i que tenen un comportament agressiu i per això els familiars eviten la difusió del diagnòstic i en l'àmbit social els participants denunciaven les actituds estigmatitzades del públic i els missatges incorrectes a través dels mitjans de comunicació, a més, va sortir la creença sobre la "infecciositat" en què hi ha persones que creuen que la malaltia és contagiosa. El segon tema va ser la discriminació estructural i escassetat de sistemes de suport governamental i públic que caracteritza l'atenció psiquiàtrica per una sobremedicació, falta d'atenció, insuficiència en el seguiment després de l'alta hospitalària i dificultats per accedir a l'atenció ambulatoria comunitària i com a conseqüència en conjunt genera més estigma públic i reforça els estereotips als familiars i a les persones que ho pateixen. I el tercer tema en la càrrega "omnipresent", il·limitada i incapacitant de la vida independent al qual també ho destaca a tots els nivells, ja que la dedicació a les cures a les persones amb esquizofrènia incapacitava tenir una vida personal independent, a més, provoca aïllament, dificultats financeres i emocionals i falta de suport.

Pellet⁽²⁷⁾ explica que una altre conseqüència és l'edat i la duració de la malaltia al qual la sensació de discriminació era més notable. A un altre anàlisi es va demostrar que les persones grans patien més discriminació i que les possibles causes eren estar institucionalitzats, altes dosis de neurolèptics i restriccions de les llibertats en comparació als joves al qual havien passat per l'entorn comunitari, tenen dosis més baixes de neurolèptics i més llibertats individuals. També al seu estudi va treure conclusions en el tema de gènere, i els resultats varen indicar que les dones percebien els aspectes potencialment positius com ara mantenir les habilitats social, millor aliança terapèutica i un millor entorn de suport, més que els homes, però també es varen sentir més discriminades enfront del seu trastorn mental. El fet que les dones se sentin més discriminades socialment i econòmicament també és una conseqüència del mateix sexe i que els homes solen suportar més les crítiques i tenen menys compressió per part de les famílies i amics.

L'estigma també depèn i varia segons els entorns i les condicions específiques de les poblacions objectives⁽²⁶⁾, és a dir, està molt influenciada segons la cultura i el lloc. Ja que

per exemple, durant l'última dècada els drets humans de les persones amb salut mental dels habitants d'Indonèsia han estat violents constantment a causa de l'estigma social i les diferències en l'assistència en salut mental en comparació a altres països. Per culpa de l'estigma i la discriminació pública, algunes famílies han arribat a l'extrem de mantenir els seus familiars al qual pateixen psicosis sota restriccions i els tenen encadenats o segrestats en gàbies durant dies o fins i tot anys, amb conseqüència de traumes psicològics, aïllament social i sentiments de discriminació⁽²⁵⁾.

L'estudi a Indonèsia demogràficament no va ser molt diferent d'altres estudis a Taiwan, Índia, Xina i Singapur en els temes de gènere, nivell educatiu i situació laboral. En les societats asiàtiques per exemple el diagnòstic pot augmentar per "la vergonya família" i les càrregues sobre els cuidadors. I en la societat musulmana també tenen molta càrrega d'estigma per les seves prohibicions culturals d'exposar qualsevol assumpte personal i familiar a persones alienes a causa d'una creença, ja que voldria significar menys posició social i familiar⁽²⁵⁾.

També el desconeixement o les dificultats per accedir als serveis de salut mental als països en desenvolupaments porta que cerquin ajuda a serveis no convencionals. Aràbia Saudita, els culpables de les malalties mentals són per causes sobrenaturals com els mals esperits, la màgia, un càstig de Déu o un mal d'ull i per aquest motiu cerquen ajuda a través de la fe o els curanderos tradicionals⁽²³⁾.

Una altra conseqüència molt relacionada segons el lloc demogràfic, és el període de feina, en una aquesta nacional només un 13,3% varen poder mantenir la feina durant sis mesos o més. A l'estudi la prevalença de pèrdua de feina de la població d'Etiòpia va donar un 37,3%. Però comparant amb altres estudis d'Etiòpia no era el pitjor resultat, sinó que a Polònia era del 43,9% i la Xina del 40,7%, després comparant amb millors resultats va constatar els Estats Units un 27%, i Alemanya, França i Londres va donar un 8,5%. Els factors associats a una pèrdua de feina a aquest estudi varen ser pacients solters i divorciats, la gravetat dels símptomes positius i la severitat de la psicopatologia⁽²²⁾.

Entrant en el tema d'autoestigma i l'esquizofrènia, malauradament, molts dels pacients es pensen que el seu diagnòstic d'esquizofrènia va lligat amb la creença de mal pronòstic

i resultats pobres, ja que es creuen les idees errònies de l'estereotip existent a la societat i com a conseqüència apareix l'autoestigma⁽¹⁶⁾. I la presència d'aquest estigma públic és el que porta a desenvolupar l'estigma interioritzat^(28,25).

L'autoestigma està implicada en la disminució de l'autoestima^(11,15,16,19,24,25,27,28,29,30), l'esperança^(5,11,15,18,19,25,28,29) i la qualitat de vida^(11,15,19,27,28,29,30), afecta la gravetat dels símptomes^(11,28,29,30,31) i l'adherència al tractament^(11,18,24,28,29,31), disminueix l'autoeficàcia^(11,16,24,25,27,28), l'apoderament^(16,28,29) i l'autoconcepte⁽²⁹⁾. A més, provoca aïllament social^(5,15,25,28,29) i depressió^(5,15,18,19,27,29,30).

Com s'ha comentat, a la comunitat asiàtica hi ha una falta de consciència de la malaltia mental i que s'havia vist com el reconeixement era un aspecte positiu per la recerca d'ajuda, però també es va demostrar que hi havia efectes perjudicials en tenir una bona visió de la malaltia i l'autoestigma, ja que aquelles persones que són més conscients de la malaltia pot interferir al seu benestar psicològic i tenir alts nivells d'estrès per les creences estigmatitzades⁽¹⁹⁾ i aquest estigma percebut també és responsable del retard a la recerca d'ajuda o de tractament⁽³⁰⁾. Touriño⁽¹⁵⁾, també va comprovar les conseqüències positives i negatives d'una bona visió de la malaltia a l'illa de Gran Canàries. Els resultats varen indicar que quan els pacients tenien un estigma interioritzat més alt presentaven una autoestima més alta. Aquestes diferències, són a causa que la població espanyola en comparació a la població xinesa tenen menys actituds estigmatitzades.

L'autoestigma s'atribueix també a un estat depressiu perquè es pensa que el mateix trastorn mental té un origen intern, global i persistent, com per exemple pensen "Si no fos tan estrany, no patiria esquizofrènia"⁽⁵⁾. S'ha vist com l'estigma interioritzat va tenir major prevalença d'ideacions a suïcides, més intents de suïcidis i episodis d'autolesió. Així que a més de ser una barrera per cercar ajuda també pot augmentar el risc de suïcidis⁽¹⁵⁾. Pellet⁽²⁷⁾, va realitzar el seu estudi a pacients amb esquizofrènia a Suïssa al qual també va demostrar que nivells més alts d'autoestigma prediu símptomes depressius més alts i els símptomes eren més elevats quan la sensació de discriminació estaven presents. Així que fa confirmar la hipòtesi que l'autoestigma era probablement un factor relacionat amb alts nivells de depressió.

Un altre tema amb relació a l'autoestigma és la resistència a l'estigma, en les persones amb esquizofrènia moltes vegades tenen sentiments de vergonya i de menor

autoavaluació el que provoca incapacitat per fer front a l'estigmatització i duu a les experiències d'evitació i aïllament i com a conseqüència dificulta la recuperació i l'eficàcia al tractament. Es va veure com aquells que tenien més alta resistència eren els separats, divorciats o viudos i els diagnosticats de depressió, uns per haver passat en la seva vida moments difícils i els altres per tenir més consciència de la malaltia i les seves conseqüències. També s'han vist que els pacients ambulatoris tenien menys estereotips i com a resultat més resistència. Amb això conclou que tenir consciència i experimentar l'estigma no afecta la mateixa resistència sinó quan un mateix es creu les creences estigmatitzades ⁽²⁸⁾.

Holubova⁽⁵⁾, va demostrar l'existència d'una associació significativa entre l'autoestigma i la gravetat dels símptomes d'ansietat, depressió, símptomes negatius i positius de l'esquizofrènia i la gravetat d'altres trastorns psiquiàtrics. A més, també va relacionar que els pacients amb autoestigma utilitzaven l'afrontament negatiu i acabaven utilitzant estratègies passives en lloc d'estratègies actives per la resolució de problemes o la recerca d'ajuda. També va corroborar que els afrontaments passius com l'evitació també s'associaven a una menor qualitat de vida que al mateix temps també afecte el benestar psicològic. Tot el contrari succeïa quan es duen a terme estratègies d'afrontament positives al qual s'ha comprovat millor qualitat de vida, disminució d'hospitalitzacions i recaigudes i els pacients se sentien menys estressat i estigmatitzats. En conclusió, va afirmar l'autoestigma i l'afrontament com els factors principals relacions amb la qualitat de vida. Yanos⁽¹¹⁾, també parla de l'ús de les estratègies passives per enfrontar els símptomes i factors estressats a conseqüència d'una baixa autoestima, desesperança.

González⁽²⁰⁾, utilitza terme de la inflexibilitat psicològica que és suprimir o canviar la forma i la freqüència d'esdeveniments desitjables per tal d'enfrontar i regular les emocions negatives que van en augment i aquests esforços porten conseqüències d'enfrontament com l'evitació o l'aïllament. En persones en psicosis crònica, s'ha demostrat que l'ús de la inflexibilitat psicològica és un predictor de l'autoestigma i mal funcionament social. En el seu estudi en individus en psicosis crònica, els resultats varen indicar que la inflexibilitat psicològica està molt relacionada amb la gravetat dels símptomes i que prediu una disminució del funcionament social. Amb aquests resultats indica que la inflexibilitat psicològica també té impactes negatius en l'angoixa en les repercussions per evitar i combatre a les avaluacions negatives fent que aquesta lluita

personal disminueixi més el funcionament social i consegüentment afecti negativament a la gravetat de la malaltia.

També s'ha trobat l'estigma interioritzar amb relació a altres variables, en el gènere s'ha vist que hi havia més possibilitats si una dona estava a l'atur i soltera i també estar a l'atur, no casats i sense amics⁽²⁵⁾. A més, també s'ha vist en els cuidadors que s'associa amb alts nivells d'estès, ansietat i depressió⁽¹⁴⁾.

En resum dels impactes de l'esquizofrènia, es pot concloure que l'estigma i l'autoestigma sorgeixen d'allà mateix, però al mateix temps són punts de vista diferents en l'impacte cap a l'esquizofrènia, l'estigma té la mirada negativa de la societat i l'autoestigma té la mirada negativa dels mateixos individus, però que els dos conceptes afecten el benestar bio-psico-social de les persones que ho pateixen. En general la majoria dels impactes duen al retard per cercar ajuda i consegüentment al retard al tractament i la recuperació, ja sigui per una falta de coneixement i conscienciació de la malaltia, deficiències en els sistemes sanitaris i educatius, creences negatives de la societat i que tot en el seu conjunt porta a la utilització d'estratègies negatives com l'evitació i aïllament social, por i rebuig de la malaltia, empitjorament dels símptomes, a altres problemes com la depressió, ansietat i alteracions de la son, pèrdua de feina, risc a suïcidi i efectes perjudicials a l'àmbit familiar. A més, l'estigmatització varia molt segons la cultura i lloc, i els llocs on hi ha més influència negativa, han estat Singapur, Taiwan, República Txeca i especialment també en països en menys pocs recursos com Etiòpia i Indonèsia.

5.2 Intervencions en l'estigmatització en persones amb esquizofrènia

Dins les tècniques en l'autoestigma, molts dels autors estan d'acord que les intervencions destinades en la recuperació en l'apoderament i l'autoestima ajuden en la millora de l'autoestigma^(14,15,16,19,28,30).

Un dels tractaments per fer front a l'estigma interioritzat és la teràpia cognitiva-conductual que per una part es modifica les creences i actituds negatives cap a la persona

i per un altre part millorar les habilitats a través l'apoderament, augment de l'autoestima i comportaments en la recerca d'ajuda^(14,19,30).

Per Strkaji⁽¹⁶⁾, les intervencions destinades a la recuperació i l'apoderament és a través de la psicoeducació grupal sobre la malaltia i l'estigma amb l'objectiu de prevenir la recaiguda, augmentar la visió de la malaltia, reduir l'autoestigma i promocionar millors estratègies per fer front a l'estigma i la discriminació. Els resultats varen indicar que l'autoconcepte va ajudar a millorar la visió de la malaltia, augmentar l'autoestima i va disminuir l'autoestigma, però no varen veure millores en l'apoderament i la percepció de discriminació. L'autora suggereix donar un enfocament des d'una perspectiva de recuperació de la malaltia i no en una perspectiva "crònica" basada en l'estereotip.

Per Wen⁽²⁸⁾, troba que els tractaments s'haurien de centrar més en la resistència a l'estigma, ja que quan una persona se sent menys estigmatitzada es creu que la malaltia l'afecta menys i a conseqüència té més confiança en la seva capacitat per fer front a l'estigma.

Per Touriño⁽¹⁵⁾, diu que s'ha de fer teràpia centrada en la compassió, amb l'objectiu d'enfortir l'autocompassió per persones amb un alt estigma interioritzat al qual són molt autocrítics i tenen alts sentiments de vergonya.

Holuboba⁽⁵⁾, parla d'estratègies d'afrontament utilitzant estratègies positives, per poder combatre els símptomes de la malaltia, la presència de la mateixa malaltia, sentir-se menys estressats i estigmatitzats i evitar hospitalitzacions i recaigudes.

Hofer⁽²⁹⁾, dona més suport a les estratègies centrades en tractaments individuals per augmentar l'autoconcepte en les competències pròpies, reforçar la resiliència, disminuir l'autoestigma i augmentar així la resistència a l'estigma. També considera l'autoestima i l'esperança com a objectius potencials per fer front a l'autoestigma

Yanos⁽¹¹⁾, indica la millora narrativa i la teràpia cognitiva per millorar l'autoestigma al qual consisteix a proporcionar informació per contrarestar els estereotips negatius, una reconstrucció cognitiva per oferir una eina amb habilitats per ajudar a fer front als pensaments negatius cap a un mateix i elements de psicoteràpia narrativa amb la creació

d'una història per poder combatre els seus problemes i així tinguin una vida més apoderada i es basa en una activitat en grup al qual comparteixen opinions i es donen suport. Els resultats indicaren millores en l'autoestigma, en la desesperança, millor compromís amb el tractament i participació però no es va relacionar amb els canvis sobre els símptomes.

La integració de l'autoestigma en el seguiment del pacient permetria a les infermeres tenir una eina per reduir l'impacte negatiu dels estereotips als pacients. Com infermeres tenim una funció molt important que és transmetre una educació sanitària de qualitat per prevenir i promocionar a la població informació per poder combatre a l'estigmatització (25,27). És necessari un procés continuat quan els símptomes apareixen, s'observen i s'avaluen progressivament^(19,23) i el tractament adequat dels símptomes psicòtics perquè es puguin gestionar millor tants els tractaments farmacològics i els psicològics específics (25).

També s'han pogut comprovar les diverses intervencions segons l'impacte, com s'ha vist la pèrdua de feina i estar a l'atur es relaciona a tenir nivells més alts d'estigma, per això, oferir una rehabilitació laboral i suport laboral pot donar resultats positius en l'autoestigma i promoure la recuperació^(22,25).

Ja s'ha vist que hi ha molts de països que en comparació als països occidentals no tenen consciència de la malaltia mental, per això són necessàries iniciatives per conscienciar la comunitat a països en desenvolupament⁽¹⁷⁾. A més, com hem vist hi ha cultures on és molt important el suport familiar, així que una psicoeducació familiar centrada a millorar les percepcions, els coneixements i les habilitats ajudarien molt a saber gestionar la malaltia i proporcionarien un millor suport⁽²⁵⁾, ja que són les primeres persones a reconèixer els canvis de comportament de la persona i també tenen un paper positiu a l'hora de reduir els efectes de la psicosi no tractada⁽²³⁾. Hi ha moltes vies diverses per poder mostrar el coneixement a la societat, com els mitjans públics i privats, pel·lícules, educació per la ciutadania, col·laboració dels governs i també és molt crucial donar una formació adequada als professionals de la salut mental perquè puguin actuar davant les famílies afectades i fer prevenció als centres de salut comunitaris⁽²⁵⁾.

També es necessiten millores tant als nivells macro, meso i micro i que les millores d'un podrien alleugerar els problemes dels altres nivells i que es necessiten intervencions

dirigides a la població general i professionals implicats en la prestació de l'atenció a les famílies i la comunitat⁽²⁶⁾. També és important mostrar a la societat sobre el coneixement de les persones que tenen risc a desenvolupar la malaltia, ja que la majoria són adolescents i amb de tenir en compte la seva insensibilitat i tenen dificultats per anar als serveis de salut mental, per això s'han de fer intervencions cap a la difusió de coneixements tenint en compte aquest col·lectiu^(24,25).

Dins les intervencions més recents que s'han trobat un dels autors fa referència a dos tipus de recuperació. Per una banda, hi ha la recuperació clínica que es basa a aconseguir la remissió dels símptomes psicòtics i la regressió al nivell de funcionament premòrbid. I per l'altra banda, hi ha la recuperació subjectiva que es relaciona amb l'autoajuda, tenir aspiracions, tenir una visió més enllà dels límits de la malaltia i poder viure una vida significativa, satisfactòria i amb autocontrol. Els resultats indicaren que les persones amb psicosis als països de baixos ingressos tenen millors nivells de recuperació clínica, subjectiva i psicosocial, ja que ho associa a què poden tenir vides menys estressants i competitives, vincles socials més estrets, objectius més realistes i menor grau d'urbanització. Després també va concloure tres predictors importants en la recuperació subjectiva, al primer que les persones amb psicosis tenen més risc de patir problemes de salut, pels efectes de la medicació o el sedentarisme, la qualitat de vida i l'esperança milloren la recuperació i que tenir una bona salut física s'associa a una millor qualitat de vida i una millor recuperació⁽⁸⁾.

A l'estudi més recent, parla d'una teràpia cognitiva-conductual basada en una teràpia d'acceptació i compromís que dona importància a una relació no defensiva amb els símptomes i fomenta la recerca d'una vida centrada en els valors personals. Ja que s'ha demostrat que augmenta la resistència a l'estigma, promou la recuperació personal, redueix els efectes de l'autoestigma, disminueix l'angoixa, millora l'enfrontament sense eliminar o reduir símptomes i s'ha vist una reducció de taxes d'hospitalització. I que tenir una bona flexibilitat psicològica, és a dir, ser una persona més oberta, conscient i compromesa amb els valors que són realment importants i tenir conductes positives, no només milloraria a l'àmbit del funcionament social sinó també dona un enfocament més integral de la psicosis, i que s'han de implementar més les intervencions com ara les tècniques de difusió cognitiva o mindfulness⁽²⁰⁾.

Per acabar en el terme de les intervencions d'infermeria anomenar a Tong⁽³¹⁾, que dona importància a la teràpia a l'adherència que és una combinació de tècniques d'entrevista motivacional, teràpia cognitiva-conductual i psicoeducació al qual amb el seu estudi els resultats varen ser molt positius en la millora dels símptomes positius i negatius en aquells pacients lleus-moderats, la reducció de taxes de recaiguda i una millora en l'adherència.

Quee⁽³²⁾, indica que les teràpies complementàries són essencial pel funcionament de la vida diària en persones amb esquizofrènia i proposa l'entrenament d'adaptació cognitiva amb estratègies de comprensió i la utilització de dispositius com alarmes o calendaris per evitar dèficits cognitius i símptomes negatius. Els resultats donaren una millora en el funcionament global general i en l'activitat laboral. A més, que les intervencions d'infermeria poden ser crucial perquè els pacients puguin integrar i mantenir els seus tractaments, ja que les relacions terapèutiques amb les infermeres són més constants i estables.

Com a resum de les intervencions de l'esquizofrènia, s'ha vist l'ús de diverses teràpies per fer front a l'esquizofrènia, però les més anomenades són les tècniques cognitives-conductuals on també combinades amb altres mètodes com la psicoeducació grupal, psicoteràpia narrativa i teràpies d'acceptació i compromís han pogut millorar alguns resultats psicosocials. També s'han utilitzat tècniques en l'augment de la resistència a l'estigma, ús d'estratègies positives, rehabilitació laboral i millores en la conscienciació en la població. En termes generals, la finalitat de les intervencions és eliminar les creences negatives, augmentar l'apoderament, l'autoconcepte i l'autoestima i donar eines per poder millorar les habilitats d'afrontament i d'aquesta manera, que puguin arribar aconseguir una bona qualitat de vida, un tractament adequat i puguin viure de manera igualitària com la resta de societat.

Les implicacions relacionades que precisen millorar relacionat amb l'estigma de les persones que pateixen esquizofrènia, dir que de cada vegada s'estudia més i es pot veure la necessitat de trobar les millors teràpies perquè puguin fer una vida totalment normal i estar bé amb ells mateixos. Les persones amb esquizofrènia a causa de la gravetat de la

malaltia, necessiten un seguiment adequat, constant i continuat i un control acurat dels tractaments, tant sigui de la medicació o de les teràpies, per això unes de les implicacions que s'hauria de fomentar més és l'assistència a l'àmbit comunitari perquè així les infermeres poden fer un seguiment més correcte i poder promocionar una educació sanitària de qualitat. I per poder donar aquesta informació adequada tant als usuaris i població es necessita més formació per tots els professionals sanitaris perquè puguin transmetre millor una visió destinada a la recuperació de la malaltia i no a la visió de malaltia crònica al qual estem emergits pels estereotips que hem viscut. També és important tenir en compte les diferències culturals, ja que s'ha vist les perspectives diverses de com poden veure la malaltia i per això s'haurien de crear més polítiques de conscienciació de les malalties mentals en països en desenvolupament.

A les Illes Balears, hi ha l'existència de l'Estratègia Social de Promoció de la Salut de les Illes Balears 2016-2026 anomenada *FEM SALUT, faig salut* al qual està destinada a enfortir una vida saludable per tota la població relacionada amb els Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS). Indiquen que com a govern tenen la responsabilitat de disminuir les desigualtats en salut i fer activitats i polítiques destinades a promoure l'equitat de tal manera que tota la població pugui experimentar el seu màxim en salut independent al seu estatus socials o altres factors socials. També donen importància a la promoció en salut i que l'individu sigui el centre per poder augmentar els processos d'aprenentatge i les seves capacitats, a més, millorar els estils saludables i augmentar els entorns saludables. Aquesta estratègia perquè pugui funcionar s'han d'implicar tots els nivells, ha de ser un treball intersectorial i s'han d'implicar polítics, legisladors i tècnics⁽³³⁾.

Les metodologies dels articles en el treball s'ha realitzat a través de diverses metodologies d'estudi, la majoria han estat estudis qualitius i transversals on s'han estudiat diverses variables sociodemogràfiques, psicosocials i clíniques d'un grup específic o població amb el resultat de tretze articles. Després hi ha tres articles d'assaigs clínics d'estudis controlats aleatoritzats, tres articles d'estudis qualitius on dos són entrevistes semiestructurades i una entrevista estructurada, un article d'estudi longitudinal, un estudi de correlació, un estudi de cohort i finalment una revisió sistemàtica.

Els instruments de mesura més utilitzada han estat les escales de valoració, que les més utilitzades han estat (de més a menys): *Internalized Stigma of Mental Illness* (ISMI), *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS), *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES) per avaluar l'autoestima, *The Calgary Depression Scale for Schizophrenia* (CDSS) i *Beck Depression Inventory* segona edició (BDI-II) per avaluar la depressió, *Devaluation-Discrimination Scale* (PDDS) per avaluar la percepció de l'estigma públic, *WHO Quality of Life* (BREF) que és l'escala de l'Organització Mundial per la Salut (OMS) per avaluar la qualitat de vida, *The Global Clinical Impression-Schizophrenia Scale* (GCI-SCH), *Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) per mesurar el funcionament social i ocupacional i *The Assessment of Functioning* per avaluar el funcionament global, també altres escales per avaluar diferents estigmes, la desesperança, l'apoderament, grau de discapacitat, entre altres variables per mesurar. A més de les escales s'han utilitzat qüestionaris i entrevistes per poder recollir dades. També s'usa el DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual Disorders*) i CIE-10 (Classificació internacional de malalties) per l'afirmació dels diagnòstics de les malalties.

Les limitacions dels articles s'han trobar que dels estudis transversals perquè és molt difícil saber la causa-efecte de les variables en el temps i necessitat d'estudis longitudinals, ja que són més rigorosos i per poder confirmar els resultats dels estudis transversals. Als estudis qualitius on entrevisten les famílies en persones amb esquizofrènia poden tenir una conducta més positiva i cooperativa i les entrevistes als pacients poden tenir una conducta més col·laborativa, amb disposició a la recerca de tractament que això pot ser molt diferent d'altres situacions. Altres limitacions que més han aparegut són mostra molt selectiva, falta de participants femenins, falta de dades sociodemogràfiques, resultats molts generalitzats, no tenir en compte altres variables, respostes socialment desitjables, falta de control del tractament farmacològic, nivell educatiu dels participants i falta d'estudis posteriors.

6. Conclusió

Tots els éssers humans tenim la necessitat de sentir-nos acceptats i estimats i les desigualtats a les persones amb esquizofrènia tenen molts d'efectes perjudicials, fins al punt de no voler-se identificar amb el seu col·lectiu per poder formar part de la societat i sentir-se acceptat i "normal".

S'ha pogut observar com l'impacte de l'estigmatització i l'autoestigma afecta segons el grau de coneixement que tinguis sobre la malaltia, les creences estigmatitzades interioritzades, les estratègies d'afrontament que apliques per fer front a la discriminació, la resistència a l'estigma, el suport familiar, social i institucional, l'etapa de la malaltia, l'assistència sanitària i les creences estigmatitzats dels professionals, la feina i la cultura i lloc demogràfic on visquis, al qual tots aquests factors afecten diversos resultats psicosocials, el retard a la recerca d'ajuda i al tractament adequat, taxes de recaigudes, aïllament social i voler ocultar la malaltia a la resta de la població i suïcidis. També s'ha vist que l'estigmatització afecta més a l'àmbit hospitalari que no l'àmbit comunitari perquè els pacients ambulatoris tenen millor resultats a l'hora de la recuperació i per poder enfrontar les creences estigmatitzades.

Les intervencions observades també han estat molt diverses, però la majoria són tècniques conductuals-cognitives a més de teràpies grupals al qual donen molta importància, per una banda, en eliminar totes les creences estereotipades per fer front a l'estigma i millorar els seus resultats psicosocials i per una altra banda compartir experiències amb persones que estan a la mateixa situació o persones que han aconseguit recuperar-se per poder donar una visió més positiva de la malaltia.

Com infermeres tenim unes funcions molt importants, primer en el rol interpretatiu hem de saber interpretar la malaltia i explicar-la de tal manera que els usuaris ho puguin entendre de manera correcta i al mateix temps evitar la deshumanització basada en els estereotips i prejudicis negatius cap a l'esquizofrènia per poder evitar que aquest col·lectiu se senti discriminat. En el rol participatiu, a l'àmbit comunitari s'ha de potenciar encara més el tracte amb aquest col·lectiu, ja que poden dur a terme moltes activitats i programes destinats a millorar la seva malaltia, augmentar la seva autoestima, confiança i capacitats per poder fer front a qualsevol esdeveniment de la seva vida d'una manera positiva i sempre intentar que el pacient sigui el protagonista de tot el seguiment i que la

nostra funció sigui només un procés d'acompanyament i motivació. En el rol professional, a part d'implicar-te en totes les activitats i programes, és comunicar-te amb la resta de professionals perquè els pacients puguin tenir una atenció més completa i interdisciplinària, a més també observar els entorns familiars, ja que com s'ha vist són una font molt important en la recuperació del pacient i com a professional també haurem de fer que l'àmbit familiar sigui el més adient i confortable a través d'una bona comunicació.

Encara avui en dia falten molts d'estudis per poder saber quines són les millors intervencions i estratègies més efectives per la recuperació i al mateix temps eliminar els factors negatius de l'estigmatització i que les infermeres de l'entorn comunitari haurien d'implantar més intervencions per poder ajudar a totes les persones que pateixen d'esquizofrènia.

7. Bibliografia

1. Salaverry, O., 2012. La piedra de la locura: Inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, [Internet] 29(1), pp.143-48. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a22v29n1.pdf>. [Accés 13 Maig 2022].
2. Quiles del Castillo, MN. *El estigma social: Convivir con la mirada negativa del otro*. 1ª ed. Espanya (Madrid) Alianza Editorial, 2019.
3. Agüero de Trenqualye, MJ., Correa, G., 2018. Salud mental y ciudadana: Una aproximación genealògica. *Revista de Historia de la Psicología*, [Internet] 39(1), pp.40-46. Disponible en: <https://doi.org/10.5093/rhp2018a6>. [Accés 4 Abril 2022].
4. Stiekema, APM., Quee, PJ., Dethmers, M., Van den Heuvel, ER., Redmeijer, JE., Rietberg, K., et al., 2015. Effectiveness and cost-effectiveness of cognitive adaptation training as a nursing intervention in long-term residential patients with severe mental illness: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, [Internet] 16(49), pp.1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0566-8>. [Accés 1 Abril 2022].
5. Holubova, M., Prasko, J., Ociskova, M., Vanek, J., Slepecky, M., Zatkova, M., 2018. Three diagnostic psychiatric subgroups in comparison to self-stigma, quality of life, disorder severity and coping management cross-sectorial outpatient study. *Neuroendocrinology Letters*, [Internet] 39(4), pp.331-341. Disponible en: PMID: 30531709. [Accés 14 Març 2022].
6. Galderisi, S., Rucci, P., Kirkpatrick, B., Mucci, A., Gibertoni, D., Rocca, P., 2018. Interplay among psychopathologic variables, personal resources, context-related factors, and real-life functioning in individuals with schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, [Internet] 75(4), pp.396-404. Disponible en: doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4607. [Accés 14 Març 2022].
7. American Psychiatric Association - APA. *Manual Diagnòstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales DSM-5*. 5a. ed. --. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
8. Animaw, W., Wai, C., Bressington, D., 2020. Factors influencing recovery of people with recent-onset psychosis: A cross-sectorial study in a low-income sub-

- Sahara country. *Psychiatry Research*, [Internet] 287, pp.1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.107>. [Accés 14 Març 2022].
9. Valery, KM., Prouteau, A., 2020. Schizophrenia stigma in mental professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, [Internet] 290, pp.1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>. [Accés 14 Març 2022].
 10. Bengochea, R., Arrieta, M., Fernández, M., Santacoloma, I., Gómez de Tojeiro, J., García, B., et al., 2018. Adaptación al espanyol de la escala *Internalized Stigma of Mental Illness* para valorar el estigma personal. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, [Internet] 11(4), pp.244-254. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.007>. [Accés 1 Abril 2022].
 11. Yanos, P., Lysaker, P., Silverstein, S., Vayshenker, B., Gonzales, L., West, M., Roe, D., 2019. A randomized-controlled trial of treatment for self-stigma among persons diagnosed with schizophrenia-spectrum disorders. *Springer Link*, [Internet] 54, pp.1363-1378. Disponible en doi: 10.1007/s00127-019-01702-0. [Accés 14 Març].
 12. Caqueo, A., Urzúa, A., Habib, J., Loundou, A., Boucekine, M., Boyer, L., Fond, G., 2019. Relationships between social stigma, stigma experience and self-stigma and impaired quality of life in schizophrenia across three Latin-American countries. *Springer Link*, [Internet] 270, pp.513-520. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01035-8>. [Accés 14 Març 2022].
 13. Vrbova, K., Prasko, J., Holubova, M., Slepecky, M., Ociskova, M., 2018. Positive and negative symptoms in schizophrenia and their relation to depression, anxiety, hope, self-stigma and personality traits – a cross-sectional study. *Neuroendocrinology Letters*, [Internet] 39(1), pp.9-18. Disponible en: PMID:29604619. [Accés 14 Març 2022].
 14. Záske, H., Linden, M., Degner, D., Jockers, M., Klingberg, S., Klosterkötter, J., et al., 2019. Stigma experiences and perceived stigma in patients with first-episode schizophrenia in the course of 1 year after their first in-patient treatment. *Springer Link*, [Internet] 269, pp.459-468. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0892-4>. [Accés 14 Març 2022].
 15. Touriño, R., Acosta, FJ., Giráldez, A., Álvarez, J., González, JM., Abelleira, C., et al., 2018. Suicidal risk, hopelessness and depression in patients with

- schizophrenia and internalized stigma. *Actas Esp Psiquiatr*, [Internet], 46(2), pp.33-41. Disponible en: PMID: 29616711. [Accés 14 Març 2022].
16. Štrkalj, S., Alfonso, M., Mužinić, L., 2017. EFFECTS OF A GROUP PSYCHOEDUCATION PROGRAM ON SELF-STIGMA, EMPOWERMENT AND PERCEIVED DISCRIMINATION OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA. *Psychiatria Danubina*, [Internet] 29(1), pp.66-73. Disponible en: PMID: 28292976. [Accés 14 Març 2022].
 17. Picco, L., Andin, E., Pang, S., Vaingankar, JA., Jeyagurunathan, A., Chong, SA., Subramaniam, M., 2018. Association between recognition and help-seeking preferences and stigma towards people with mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, [Internet] 27, pp.84-93. Disponible en: doi:10.1017/S2045796016000998. [Accés 24 febrer 2022].
 18. Vidovič, D., Brečić, P., Vilibič, M., Jukič, V., 2016. INSIGHT AND SELF-STIGMA IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA. *Acta Clin Croat*, [Internet] 55(1), pp.23-28. Disponible en: doi: 10.20471/acc.2016.55.01.4. [Accés 14 Març 2022].
 19. Lien, Y., Chang, H., Kao, Y., Tzeng, N., Lu, C., Loh, C., 2018. Insight, self-stigma and psychosocial outcomes in Schizophrenia: a structural equation modelling approach. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, [Internet] 27, pp.176-186. Disponible en: doi:10.1017/S2045796016000950. [Accés 14 Març 2022].
 20. González, A., Arboleya, T., González, D., Ordoñez, N., García, E., Paino, M., 2021. Psychological Inflexibility in People with Chronic Psychosis: The Mediating Role of Self-Stigma and Social Functioning. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [Internet] 12376(18), pp.1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph182312376>. [Accés 14 Març 2022].
 21. Zäske, H., Degner, D., Jokors-Scherübl, M., Klingberg, S., Klosterkötter, J., Maier, W., et al 2016. Erleben von Stigma und Diskriminierung bei ersterkrankten Schizophreniepatienten. *Der Nervenarzt*, [Internet] 87(1), pp.82-87. Disponible en: DOI 10.1007/s00115-015-4340-7. [Accés 14 Març 2022].
 22. Kifle, Y., Amare, T., Haile, K., Damene, W., Tesfaye, G., Minichil, W., 2020. Prevalence and correlates of job loss among schizophrenia outpatients at St. AmanuelMental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia; cross sectional

- study. PLoS One, [Internet] 15(12), pp.1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242352>. [Accés 14 Març 2022].
23. Alhadi, A., Musleh, M., 2017. Barriers to Seeking Early Psychiatric Treatment amongst First-episode Psychosis Patients: A Qualitative Study. *Issues in Mental Health Nursing*, [Internet] 38(8), pp.669-677. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.13173017>. [Accés 14 Març 2022].
24. Baba, Y., Nemoto, T., Tsujino, N., Yamaguchi, T., Katagiri, N., Mizuno, M., 2017. Stigma toward psychosis and its formulation process: prejudice and discrimination against early stages of schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, [Internet] 73, pp.181-186. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.11.005>. [Accés 14 Març 2022].
25. Pribadi, T., Lin, E., Chen, P., Lee, S., Fitryasari, R., Chen, C., 2020. Factors associated with internalized stigma for Indonesian individuals diagnosed with schizophrenia in a community setting. *Wiley*, [Internet] 27(5), pp.1-11. Disponible en: DOI: 10.1111/jpm.12611. [Accés 14 Març 2022].
26. Krupchanka, D., Chrtková, D., Víková, M., Munzel, D., Čihařová, M., Růžicková, T., et al., 2018. Experience of stigma and discrimination in families of persons with T schizophrenia in the Czech Republic. *Social Science & Medicine*, [Internet] 212, pp.129-135. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.015>. [Accés 14 Març 2022].
27. Pellet, J., Golay, P., Nguyen, A., Suter, C., Ismailaj, A., Bonsack, C., Favrod, J., 2019. The relationship between self-stigma and depression among people with T schizophrenia-spectrum disorders: A longitudinal study. *Psychiatry Research*, [Internet] 275, pp.115-119. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.022>. [Accés 14 Març 2022].
28. Wen, Y., Picco L., Pang, S., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Ann, S., Subramaniam, M., 2017. Stigma resistance and its association with internalised stigma and psychosocial outcomes among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, [Internet] 257, pp.72-78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.027>. [Accés 24 Febrer 2022].
29. Hofer, A., Post, F., Pardeller, S., Frajo-Apor, B., Hoertnagl, CM., Kemmler, G., Fleischhacker, WW., 2019. Self-stigma versus stigma resistance in schizophrenia: Associations with T resilience, premorbid adjustment, and clinical symptoms.

- Psychiatry Research, [Internet], 271, pp.396-401. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.029>. [Accés 14 Març 2022].
30. Picco, L., Wen, Y., Pang, S., Abdin, E., Vaingankar, JA., Chong, SA., Subramaniam, M., 2017. Mediating effects of self-stigma on the relationship between perceived stigma and psychosocial outcomes among psychiatric outpatients: findings from a cross-sectional survey in Singapore. *BMJ Open*, [Internet] 7(8), pp.1-10. Disponible en: doi:10.1136/bmjopen-2017-018228. [Accés 14 Març 2022].
31. Tong, Wai., Mui, J., Cheung, E., Gray, R., 2015. Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials*, [Internet] 270(16), pp.1-14. Disponible en: DOI 10.1186/s13063-015-0785-z. [Accés 1 Abril 2022].
32. Quee, PJ., Stiekema, AP., Wigman, JT., Scheneider, H., Van der Meer, L., Maples, NJ., et al., 2014. Improving functional outcomes for schizophrenia patients in the Netherlands using Cognitive Adaptation Training as a nursing intervention — A pilot study. *Schizophrenia Research*, [Internet] 158, pp.120-125. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2014.06.020>. [Accés 1 Abril 2022].
33. Cabeza, E., Ramos, MJ., March, S., Núñez, C., Vidal, C., Font, MA., et al., 2019. FEM SALUT, faig salut: Estratègia Social de Promoció de la Salut de les Illes Balears 2016-2026. Conselleria de Salut del Govern de les Illes Balears, [Internet]. Disponible en: <https://www.caib.es/sites/promociosalut/f/294440>.