

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 11, Número 2



2013

EDITORIAL

El «criterio clínico» y el diagnóstico de depresión mayor según el DSM-5
M. MAJ

89

ARTÍCULOS ESPECIALES

El DSM-5: cambios en la clasificación y los criterios
D.A. REGIER, E.A. KUHL, D.J. KUPFER

92

Perspectivas para el futuro del tratamiento de las disfunciones cognitivas y los síntomas negativos de la esquizofrenia
D.C. GOFF

99

PERSPECTIVAS

Factores cognitivos y sociales que influyen en el criterio clínico en el ejercicio de la psiquiatría
H.N. GARB

108

El pasado, el presente y el futuro del diagnóstico psiquiátrico
A. FRANCES

111

Más allá del DSM y la ICD: planteamiento de un «diagnóstico de precisión» en psiquiatría mediante técnicas de valoración momentánea
J. VAN OS, P. DELESPAUL, J. WIGMAN, I. MYIN-GERMEYS, M. WICHERS

113

FORUM: PSICOFARMACOLOGÍA PEDIÁTRICA: ¿DEMASIADO O MUY POCO?

Psicofarmacología pediátrica ¿demasiado o muy poco?
J.L. RAPOPORT

118

Comentarios

Psicofarmacología pediátrica: demasiado y muy poco
E. TAYLOR

124

¿Cuál es el siguiente paso para la psiquiatría del desarrollo?
J.F. LECKMAN

125

La prescripción de psicoactivos a niños y adolescentes: ¿quo vadis?
C.U. CORRELL, T. GERHARD, M. OLFSO

127

Neuropsicofarmacología infantil: buenas noticias... el vaso está medio lleno
C. ARANGO

128

De lo demasiado y muy poco hacia la psiquiatría estratificada y la fisiopatología
F.X. CASTELLANOS

130

Una perspectiva europea de la farmacoepidemiología psiquiátrica pediátrica
H.-C. STEINHAUSEN

131

¿Estamos ante el mismo dilema en torno a la psicofarmacología pediátrica en los países con ingresos bajos y medianos?
L.A. ROHDE

132

Psicofarmacología pediátrica: ¿Cuánto hemos avanzado?
S. GROVER, N. KATE

133

Tratamiento psicofarmacológico en los niños y en los adolescentes. ¿Uso adecuado o abuso?
H. REMSCHMIDT

135

ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

La eficacia de la psicoterapia y la farmacoterapia en el tratamiento de los trastornos depresivos y por ansiedad: un metanálisis de comparaciones directas
P. CUIJPERS, M. SIJBRANDIJ, S.L. KOOLE, G. ANDERSSON, A.T. BEEKMAN Y COL.

137

El abuso sexual en la infancia temprana aumenta la tentativa de suicidio
J. LOPEZ-CASTROMAN, N. MELHEM, B. BIRMAHER, L. GREENHILL, D. KOLKO Y COLS.

149

Estigma personal en los trastornos de la gama de la esquizofrenia: un análisis sistemático de las tasas de prevalencia, correlaciones, repercusión e intervención
G. GERLINGER, M. HAUSER, M. DE HERT, K. LACLUYSE, M. WAMPERS Y COL.

155

Prioridades para la investigación de la salud mental en Europa: una encuesta entre las asociaciones nacionales de interesados que integran el proyecto ROAMER
A. FIORILLO, M. LUCIANO, V. DEL VECCHIO, G. SAMPOGNA, C. OBRADORS-TARRAGÓ Y COL.

165

CARTAS AL EDITOR

171

NOTICIAS DE LA WPA

El estudio internacional sobre la selección de la especialidad en psiquiatría: un informe preliminar
D. BHUGRA, POR PARTE DEL GRUPO DIRECTIVO (K. FAROOQ, G. LYDALL, A. MALIK, R. HOWARD)

181

Actividades educativas de la WPA
E. BELFORT

181

Congresos científicos de la WPA
T. OKASHA

182

Contribución de la WPA a la elaboración del capítulo sobre trastornos mentales de la ICD-11: una actualización
U. VOLPE

183

Estigma personal en los trastornos de la gama de la esquizofrenia: un análisis sistemático de las tasas de prevalencia, correlaciones, repercusión e intervención

GABRIEL GERLINGER¹, MARTA HAUSER^{2,3}, MARC DE HERT⁴, KATHLEEN LACLUYSE⁴,
MARTIEN WAMPERS⁴, CHRISTOPH U. CORRELL^{2,5-7}

¹Institute of Medical Psychology, Charité e Universitätsmedizin, Berlin, Germany; ²Zucker Hillside Hospital, Psychiatry Research, North Shore - Long Island Jewish Health System, Glen Oaks, New York, NY, USA; ³Department of Psychiatry and Psychotherapy, Charité e Universitätsmedizin, Berlin, Germany; ⁴University Psychiatric Center campus Kortenberg, Catholic University Leuven, Kortenberg, Belgium; ⁵Albert Einstein College of Medicine, Bronx, New York, NY, USA; ⁶Hofstra North Shore LIJ School of Medicine, Hempstead, NY, USA; ⁷Feinstein Institute for Medical Research, Manhasset, New York, NY, USA

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática en las bases de datos electrónica de PubMed, Medline y Web of Science con respecto a la prevalencia, las correlaciones y los efectos del estigma personal (es decir, la estigmatización percibida y padecida y el autoestigma) en pacientes con trastornos de la gama de la esquizofrenia. De 54 estudios (n = 5.871), publicados entre 1994 y 2011, 23 (42,6%) comunicaron tasas de prevalencia y 44 (81,5%) informaron correlaciones o consecuencias de la estigmatización percibida o padecida o autoestigma. Sólo se identificaron dos estudios específicos sobre intervención en el estigma personal. En promedio, 64,5% (intervalo: 45,0 a 80,0%) de los pacientes percibieron el estigma, 55,9% (intervalo: 22,5 a 96,0%) padecieron en efecto el estigma y 49,2% (intervalo: 27,9 a 77,0%) comunicaron la alienación (vergüenza) como el aspecto más frecuente del autoestigma. Si bien las variables sociodemográficas sólo se relacionaron en grado mínimo con el estigma, las variables psicosociales, sobre todo la menor calidad de vida, mostraron correlaciones significativas en general y los factores relacionados con la enfermedad mostraron interrelaciones heterogéneas, excepto por la ansiedad social que inequívocamente se asoció a estigma personal. Están bien caracterizadas la prevalencia y la repercusión del estigma personal en los desenlaces individuales en pacientes con trastorno de la gama de la esquizofrenia y sin embargo son muy diferentes las medidas y los métodos. Por el contrario, lamentablemente se carece de investigación en torno a la evolución del estigma personal durante el curso de la enfermedad y, sobre todo, de estudios de intervenciones específicas que debieran realizarse utilizando métodos y variables normalizados.

Palabras clave: Esquizofrenia, psicosis, estigma. Autoestigma, estigma personal, estigma percibido, correlaciones.

(*World Psychiatry* 2013;12:155-164)

La investigación sobre el estigma psiquiátrico hasta en tiempos recientes se ha enfocado principalmente en los conceptos de salud mental del público y las reacciones negativas de individuos o grupos sociales hacia las personas con enfermedades mentales (1-3). Se han identificado varias características de enfermedades y pacientes como factores que influyen en la estigmatización (4,5) y se han establecido iniciativas contra el estigma para disminuir las actitudes estigmatizantes y las acciones discriminativas en los individuos y la sociedad en general (6,7). Sin embargo, en el último decenio una mejor comprensión del proceso del estigma ha desviado la atención del estigma del público a la experiencia subjetiva de las personas estigmatizadas. La investigación ha identificado variables interindividuales que podrían incrementar o reducir la repercusión del estigma en el individuo (8), al igual que las variables intraindividuales que modifican la repercusión del estigma sobre los resultados relativos a la salud. Este nuevo centro de interés se acompañó de un aumento de la serie de investigaciones en torno a las intervenciones terapéuticas que abordan las características intraindividuales e interindividuales en las personas con enfermedades mentales y que están dirigidas a reducir la prevalencia y los efectos negativos del estigma (9-12).

En los últimos años, la incorporación propuesta del síndrome de psicosis atenuada en el DSM-5 ha planteado inquietudes en torno a que la estigmatización potencial de los pacientes se designe como «con riesgo» (13-16), sobre todo tomando en cuenta el considerable número de resultados positivos falsos (sólo alrededor de un 30% de los pacientes muestran síntomas prodrómicos iniciales putativos que tarde o temprano avanzan a la psicosis en los siguientes 2,5 años) (17-19). Esto plantea la

duda de si las diferentes etapas de los trastornos de la gama de la esquizofrenia —es decir, el síndrome de alto riesgo clínico, el primer episodio y la enfermedad crónica— puedan tener una influencia diferente del estigma y el autoestigma.

A fin de valorar la investigación en torno al estigma, es pertinente una definición precisa de «estigma». En la mayor parte de los estudios, la propuesta clásica de Goffman de que el estigma es un «atributo que es profundamente desacreditador» y que reduce a quien lo tiene «de una persona integral y habitual a una empañada y desmerecida» (20) es la definición básica en la que se expanden los autores. Sin embargo, Link Y Phelan (21) critican la notable variabilidad de las definiciones de estigma que utilizan integrantes de diferentes disciplinas y redefinen el estigma como la presentación simultánea de «encasillamiento, adopción de estereotipos, separación, pérdida de condición y discriminación».

Otra diferenciación terminológica importante es la que existe entre el estigma público (es decir, «la población general aprueba el prejuicio y manifiesta la discriminación hacia las personas con enfermedad mental» (22) y el estigma personal (que consta del estigma percibido, el estigma padecido y el autoestigma). La percepción o anticipación del estigma hace referencia a las creencias de las personas en torno a las actitudes de la población general hacia su condición y hacia ellos mismos como miembros de un grupo potencialmente estigmatizado (23). El estigma padecido designa la discriminación o las restricciones que realmente afrontan las personas afectas. Por último, la interiorización y la adopción de puntos de vista estereotípicos o estigmatizantes, es decir, de estigma público, por el individuo estigmatizado se designan como autoestigma

o estigma interiorizado (12). Así mismo, se ha definido el autoestigma como un tipo de transformación de identidad que podría conducir a la pérdida de creencias previamente sostenidas (positivas) en torno a sí mismo, lo cual, a su vez genera consecuencias negativas para la persona, como una menor autoestima y autoeficacia (14). En este análisis sistemático, nos enfocamos exclusivamente en publicaciones que contienen datos sobre cualquiera de las tres definiciones antes señaladas del estigma personal.

Pese a la importancia del estigma personal, a nuestro entender, hasta el momento no se ha publicado ningún análisis sistemático sobre este tema. Por tanto, quisimos analizar sistemáticamente la prevalencia, las correlaciones y las consecuencias del estigma personal en personas que padecen trastornos de la gama de la esquizofrenia. Por otra parte, nuestro propósito fue evaluar si existen diferencias cuantitativas o cualitativas en el estigma personal dependiendo de la fase de la enfermedad, y planteamos la hipótesis de que el estigma personal se incrementaría conforme aumentase la duración y el padecimiento de la enfermedad. También quisimos evaluar si se han valorado las intervenciones específicamente dirigidas al estigma personal en pacientes con trastornos de la gama de la esquizofrenia. Por último, otro de nuestros propósitos fue valorar las fortalezas y las deficiencias de la base de evidencia científica actual a fin de identificar lagunas que deban llenarse mediante investigaciones adicionales.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un análisis sistemático de la literatura para identificar estudios que informan sobre la prevalencia, las correlaciones y los efectos del estigma personal en pacientes con trastornos de la gama de la esquizofrenia. Llevamos a cabo una búsqueda electrónica en PubMed, Medline y Web of Science para localizar artículos publicados, especializados, utilizando las siguientes palabras clave: esquizofrenia/«psicosis»/ «pródromo»/riesgo ultraelevado/«riesgo clínico alto» Y «estigma»/«autoestigma», sin restricciones de tiempo o idioma. Además, se revisaron las listas bibliográficas de los artículos identificados y de dos revisiones de las escalas de estigma (25,26) y dos análisis descriptivos del estigma personal (16,27) para identificar artículos adicionales. Los artículos a incluirse en este análisis debían cumplir todos los siguientes criterios de inclusión: a) informar sobre el estigma personal, no público; b) una mayoría de la muestra ($\geq 70\%$) debía tener el diagnóstico de esquizofrenia o de un trastorno de la gama de la esquizofrenia, o que los resultados para este subgrupo diagnóstico se comunicasen por separado; c) datos cuantitativos o semicuantitativos disponibles sobre prevalencia, correlaciones o repercusión del estigma personal o con respecto a una intervención dirigida al estigma personal.

Por lo que respecta a los datos de prevalencia, se ponderaron las medias y los porcentajes para el número de casos incluidos en un estudio específico, cuando fue posible. Para calcular los porcentajes ponderados de las dimensiones del estigma personal, sólo se utilizaron proporciones de las calificaciones de escala de valoración. Si una escala medía más de dos niveles («sí» frente a «no»), se utilizaron las proporciones comunicadas de las calificaciones superiores al punto medio de la escala. No se resumió la media de las calificaciones de las escalas y no se comunica aquí, ya que muy pocos estudios utilizaron las mismas escalas o subescalas.

Para clasificar los resultados relativos a la prevalencia de estigma previsto/percibido y padecido, utilizamos el modelo conceptual implementado en el Inventario de Experiencias de Estigma de Pacientes Psiquiátricos (28), que contiene los siguientes cuatro dominios: a) interacción interpersonal, b) imagen pública de personas con enfermedades mentales, c) acceso a roles sociales y d) discriminación estructural. A fin de indicar cuál proporción de los pacientes tenía estigma previsto/percibido o padecido siquiera (en por lo menos una de las categorías), se creó un dominio global utilizando el dominio con la prevalencia más alta comunicada de estigma por estudio y muestra.

Para clasificar los resultados en torno al autoestigma, utilizamos las subescalas alienación, aceptación de estereotipo (acuerdo de estereotipo), merma de la autoestima y resistencia al estigma de la Escala de Estigma Interiorizado de las Enfermedades Mentales (ISMI, 25) y la Escala de Autoestigma de las Enfermedades Mentales (SSMIS, 22). La subescala resistencia al estigma indica la capacidad del individuo para contravenir la interiorización del estigma y tiene una correlación negativa con todos los demás dominios del autoestigma. Puesto que los dominios del autoestigma están interrelacionados e interactúan de manera jerárquica, no se creó ninguna categoría global.

RESULTADOS

La búsqueda de «esquizofrenia» Y «estigma» produjo 377 aciertos, «psicosis» Y «estigma» 136, «pródromo» Y «estigma» 4, «riesgo ultraelevado» Y «estigma» 0, «riesgo clínico alto» Y «estigma» 2, «esquizofrenia» Y «autoestigma» 16 y «psicosis» Y «autoestigma» 6 aciertos, sumando un total global de 541 aciertos. Después de descartar los duplicados, quedaron 457 artículos, todos en inglés.

Con base en el título y el resumen, se excluyeron 365 artículos debido a la falta de relevancia. La mayor parte de estos artículos excluidos se enfocaban en las actitudes del público y los estereotipos hacia las personas con trastornos de la gama de la esquizofrenia (público, estigma) o la carga para los familiares y parientes de pacientes psiquiátricos, o que comunicaban la necesidad y la utilidad de las iniciativas antiestigma público en torno a las enfermedades mentales o a la esquizofrenia. Algunos analizaban la necesidad de «renombrar» la esquizofrenia a fin de disminuir el estigma (29). Se añadieron tres artículos después de verificar las listas bibliográficas adicionales. Después de analizar a fondo 95 estudios, 54 artículos, publicados entre 1994 y 2011, cumplieron nuestros criterios de inclusión (fig. 1).

Prevalencia del estigma personal

Veintitrés (42,6%) de las 54 publicaciones incluidas informaron sobre la prevalencia del estigma previsto ($n = 12$), el estigma padecido ($n = 17$) o el autoestigma ($n = 6$). De éstos, 15 estudios comunicaban principalmente correlaciones del estigma personal, en tanto que la valoración de la prevalencia era sólo secundaria. Los tamaños de las muestras fluctuaron de 31 a 1.229 participantes (total $n = 5.871$, media: $n = 267$), la media de edad fluctuó de 24,5 años (DE = 6,3) a 54,3 (DE = 16,6) años, y el porcentaje de participantes del género masculino fluctuó entre un 38% y un 71%. Los participantes en su mayor parte eran ambulatorios y sin un foco específico o restricción

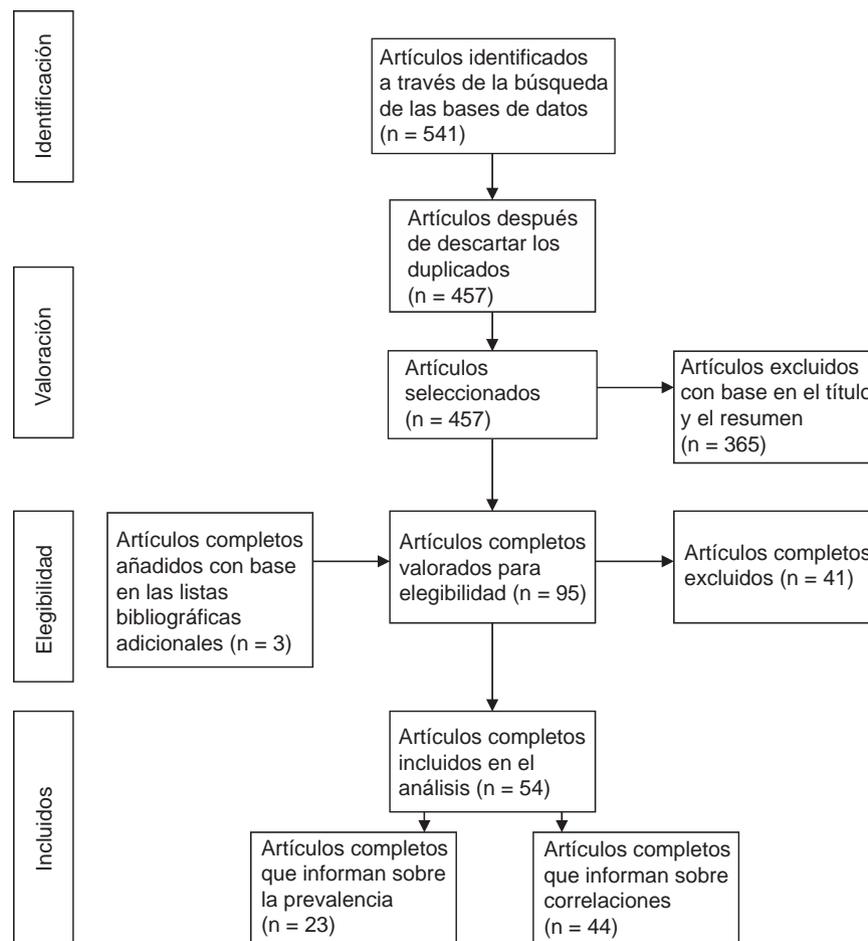


Figura 1. Proceso de análisis

en las etapas de las enfermedades individuales o la gravedad de las enfermedades. Aunque se implementaron encuestas y entrevistas hasta en 40 países, la mayoría de los sujetos (71,7%) fue valorada en Europa y en Estados Unidos.

Las tasas del estigma previsto/percibido fluctuaron del 33,7% en la discriminación estructural relacionada con seguro médico (28) al 80% en las interacciones personales (30); un porcentaje ponderado del 64,5% de todos los pacientes previó/percibió el estigma en relación con un mínimo de una de las categorías especificadas (tabla 1).

Por lo que respecta al estigma padecido, las tasas fluctuaron del 6% para el estigma estructural (31) hasta el 87% de los pacientes con rechazo experimentado en las relaciones interpersonales (31), y una proporción ponderada del 55,9% de todos los pacientes había encontrado estigma en por lo menos uno de los contextos notificados (tabla 2).

Un porcentaje ponderado del 52,6% de los pacientes notificó la resistencia al estigma, un 49,2% alienación (vergüenza), un 35,2% disminución de la autoestima y un 26,8% aceptación/acuerdo de estereotipo (tabla 3).

Correlaciones y efectos del estigma personal

En 44 estudios (81,5%) se comunicaron correlaciones o efectos del estigma personal. De estos, en 24 se analizaron las

relaciones con el estigma percibido o padecido y en 23 con el autoestigma. Los estudios incluidos se caracterizaron por la heterogeneidad de las características de la muestra y los métodos. El tamaño de la muestra fluctuó de 35 a 1.229 participantes (total $n = 8.132$; media $n = 185$), la media de edad fluctuó de 24,5 (DE = 6,3) a 64,7 (DE = 8,7) años y el porcentaje de participantes del género masculino fluctuó entre un 39,7% y un 100%. En 32 estudios, los participantes del género masculino representaron la mayoría. La mayor parte de los estudios utilizaron un diseño de cuestionario con una fecha de medición. Los participantes incorporados provenían de todos los tipos de centros de asistencia sanitaria, de entornos rurales y urbanos, y se hallaban en todas las etapas y gravedad de la enfermedad. Casi todos los estudios fueron realizados en Europa, Norteamérica, Australia y Asia, en tanto que no se comunicaron datos sobre las poblaciones sudamericanas o africanas.

En general, las variables concernientes al funcionamiento psicosocial y el bienestar general de los participantes, como la calidad de vida, el empoderamiento, la autoestima y la autoeficacia, tuvieron una relación inversa con el estigma personal en la mayor parte de los estudios. Los resultados demostraron que de todas las variables antes señaladas, la calidad de vida fue la analizada con más detalle y se observó que estaba inversamente relacionada con el estigma percibido/padecido y con el autoestigma en todos los estudios que abordaron esta

Tabla 1. Prevalencia de la estigmatización prevista/percibida

	Estudio	N	Prevalencia (%)	
Global	Angermeyer et al (28)	101	69.0	
	Berge & Ranney (30)	31	80.0	
	Cechnicki et al (31)	202	58.0	
	Dickerson et al (32)	74	70.0	
	Ertugrul & Ulug (33)	60	45.0	
	Karidi et al (34)	150	66.7	
	Kleim et al (35)	127	64.0	
	Lai et al (36)	72	51.0	
	Lee et al (37)	320	69.7	
	McCann et al (38)	81	74.0	
	TARRIER et al (39)	35	53.1	
	Thornicroft et al (40)	732	64.0	
		1985	64.5	
	Interacción interpersonal			
Rechazo				
Angermeyer et al (28)		101	64.4	
Cechnicki et al (31)		202	58.0	
Kleim et al (35)	127	64.0		
Lai et al (36)	72	51.0		
Evitación	Angermeyer et al (28)	101	66.3	
Karidi et al (34)	150	67.7		
Otros	Berge & Ranney (30)	31	80.0	
McCann et al (38)	81	74.0		
	865	63.9		
Imagen pública de personas con enfermedades mentales				
	Cobertura de medios de comunicación	Angermeyer et al (28)	101	66.0
	Representación en largometrajes	Angermeyer et al (28)	101	66.0
	General	Cechnicki et al (31)	202	41.0
	Dickerson et al (32)	74	70.0	
	478	56.3		
Acceso a roles sociales				
	Ocupación			
	Angermeyer et al (28)	101	69.0	
	Berge & Ranney (30)	31	51.6	
	Cechnicki et al (31)	202	55.0	
	McCann et al (38)	81	51.4	
	Thornicroft et al (40)	732	64.0	
	Asociación	Angermeyer et al (28)	101	44.6
	Berge & Ranney (30)	31	74.2	
	Cechnicki et al (31)	202	40.0	
Thornicroft et al (40)	732	55.0		
Amistad	Berge & Ranney (30)	31	53.3	
	2244	56.8		

Tabla 1. Prevalencia de la estigmatización prevista/percibida (continuación)

	Estudio	N	Prevalencia (%)	
Discriminación estructural				
	Seguro médico	Angermeyer et al (28)	101	33.7
	Rehabilitación	Angermeyer et al (28)	101	42.6
	General	Cechnicki et al (31)	202	49.0
		404	43.6	

Para determinar el porcentaje total, se ponderaron los valores medios para el número de casos incluidos en un estudio específico.

relación. Los síntomas positivos, la depresión (solamente estigma percibido o padecido) y la psicopatología general fueron abordadas en varios estudios y resultaron relacionadas con el estigma personal en la mayoría de los casos, en tanto que fueron infrecuentes los estudios dirigidos a actitudes, creencias y personalidad de los pacientes, pero produjeron correlaciones en su mayor parte significativas (52,53).

El alfabetismo (es decir, la capacidad para leer y escribir) se relacionó con el estigma percibido/padecido en el único estudio que midió esta relación (52). Otras variables sociodemográficas no se relacionaron con el estigma percibido/padecido o el autoestigma. Esto también se aplicó al contexto del tratamiento y a la mayor parte de las características de la enfermedad, tales como la duración de la enfermedad (sólo el estigma percibido o experimentado), el número de hospitalizaciones en el curso de la vida, los síntomas negativos (solamente estigma percibido o experimentado) y la introspección.

Por último, los datos fueron equívocos con respecto a la interrelación entre una serie de variables y el estigma personal. Si bien la edad no se correlacionó con el estigma percibido/padecido, los resultados fueron contradictorios por lo que respecta al autoestigma. Karidi et al (34) observaron que una mayor edad se correlacionaba negativamente con el autoestigma, en tanto que otros estudios comunicaron que la mayor edad se relacionaba con una escasa resistencia al estigma (54), vivencia de más discriminación y más aislamiento relacionado con el estigma (49). En cinco de ocho estudios no se comunicó ninguna relación entre la edad y el autoestigma. Así mismo, se observó que el género sexual masculino se relacionaba con el autoestigma en sentidos opuestos (34,51). La mayor edad al inicio de la enfermedad o la primera hospitalización se correlacionó negativamente con el estigma percibido/experimentado en uno de los dos estudios (48). Los hallazgos en torno al autoestigma y la edad de inicio fueron contradictorios; un estudio comunicó una relación positiva (34), otro comunicó una relación negativa (12) y dos estudios no comunicaron ninguna relación. Por otra parte, la duración de la enfermedad (sólo autoestigma), los síntomas negativos (sólo autoestigma), la depresión (sólo el autoestigma), el cumplimiento del tratamiento (sólo el estigma percibido o padecido) y el funcionamiento social (sólo estigma percibido o padecido) mostraron relaciones ambiguas con los aspectos del estigma personal (tabla 4).

Estigma personal como indicador de resultado

En 15 estudios (27,8%) se comunicaron los coeficientes de estigma percibido/padecido (seis estudios) y autoestigma (dos

Tabla 2. Prevalencia de estigmatización vivida

	Estudio	N	Prevalencia (%)
General	Angermeyer et al (28)	101	60.0
	Baldwin & Marcus (41)	86	29.0
	Botha et al (42)	100	65.0
	Brohan et al (43)	904	69.4
	Cechnicki et al (31)	202	87.0
	Chee et al (44)	306	39.0
	Dickerson et al (32)	74	55.0
	Ertugrul & Ulug (33)	60	45.0
	Jenkins & Carpenter-Song (45)	90	96.0
	Karidi et al (34)	150	32.5
	Lai et al (36)	72	73.0
	Lee et al (37)	320	68.0
	Loganathan & Murthy (46)	200	22.5
	Sibitz et al (47)	157	37.6
	Switaj (48)	153	69.0
	Thornicroft et al (40)	732	47.0
	Werner et al (49)	86	27.4
		3793	55.9
Interacción personal			
Rechazo	Angermeyer et al (28)	101	60.0
	Cechnicki et al (31)	202	87.0
	Jenkins & Carpenter-Song (45)	90	18.6
	Lee et al (50)	320	48.0
Evitación	Angermeyer et al (28)	101	51.5
	Karidi et al (34)	150	32.5
	Switaj (48)	153	41.2
Ofensa	Botha et al (42)	100	58.0
	Dickerson et al	74	55.0
	Loganathan & Murthy (46)	200	22.5
	Murthy (46)	153	69.0
Otros	Switaj (48)	100	39.0
	Cechnicki et al (31)	202	50.0
	Jenkins & Carpenter-Song (45)	90	47.7
	Karidi et al (34)	150	10.0
	Lee et al (37)	320	68.0
	Switaj (48)	153	59.0
			2659
Imagen pública de personas con enfermedades mentales			
Cobertura de medios de comunicación	Angermeyer et al (28)	101	38.0
	Dickerson et al (32)	74	43.0
	Lai et al (36)	72	46.0
	Switaj (48)	153	45.0
	Angermeyer et al (28)	101	40.6

Tabla 2. Prevalencia de estigmatización vivida (continuación)

	Estudio	N	Prevalencia (%)
Representación en largometrajes			
Otros	Cechnicki et al (31)	202	38.0
	Jenkins & Carpenter-Song (45)	90	24.4
	Switaj (48)	153	63.0
		946	42.8
Acceso a roles sociales			
Ocupación	Angermeyer et al (28)	101	19.0
	Baldwin & Marcus (41)	86	29.0
	Cechnicki et al (31)	202	31.0
	Jenkins & Carpenter-Song (45)	90	36.0
	Lai et al (36)	72	73.0
	Lee et al (37)	320	46.8
	Thornicroft et al (40)	732	29.0
Asociación	Angermeyer et al (28)	101	21.6
	Cechnicki et al (31)	202	42.0
	Jenkins & Carpenter-Song (45)	90	32.6
	Thornicroft et al (40)	732	27.0
Otros	Thornicroft et al (40)	732	47.0
	Thornicroft et al (40)	732	43.0
		4192	36.9
Discriminación estructural			
Seguro médico	Angermeyer et al (28)	101	15.8
	Lai et al (36)	72	40.0
Rehabilitación	Angermeyer et al (28)	101	13.9
	Lee et al (50)	320	44.0
Otros	Cechnicki et al (31)	202	6.0
			796

Para determinar el porcentaje total, los valores medios se ponderaron para el número de casos incluidos en un estudio específico.

estudios) como variables indicadoras de los resultados para el paciente. Se observó que el estigma percibido/padecido pronosticaba más depresión, más ansiedad social y más secretismo y aislamiento como estrategias de adaptación, así como menos calidad de vida, menos autoeficacia, menos autoestima, menos funcionamiento social, menos apoyo y menos dominio. El autostigma pronosticó más depresión, más ansiedad social, menos calidad de vida, menos autoestima, menos funcionamiento social, menos esperanza, menos funcionamiento vocacional, menos restablecimiento, menos apoyo y menos cumplimiento del tratamiento (en las subescalas de asistencia al consultorio y participación) (tabla 5).

Resultados adicionales

Nuestra búsqueda en la bibliografía no generó muchos estudios que comunicasen o comparasen datos de pacientes en di-

Tabla 3. Prevalencia del autoestigma y el estigma interiorizado

	Estudio	N	Prevalencia (%)
Autoestigma general	Brohan et al (43)	904	41.7
Vergüenza por alienación	Botha et al (42)	100	77.0
	Lai et al (36)	72	47.0
	Sibitz et al (47)	157	43.9
	Werner et al (49)	86	27.9
		415	49.2
Aceptación/acuerdo de estereotipo	Botha et al (42)	100	42.0
	Sibitz et al (47)	157	15.2
	Werner et al (49)	86	30.0
		343	26.8
Autodecremento, disminución de la autoestima	Jenkins & Carpenter-Song (51)	90	20.9
	Lai et al (36)	72	53.0
		162	35.2
Resistencia al estigma	Botha et al (42)	100	84.0
	Brohan et al (43)	904	49.2
	Sibitz et al (47)	157	63.3
	Werner et al (49)	86	32.5
		1247	52.6

Para determinar el porcentaje total, los valores medios fueron ponderados para el número de casos incluidos en un estudio específico.

ferentes etapas de la enfermedad (es decir, en pródromo inicial, primer episodio, esquizofrenia de múltiples episodios). Sólo dos estudios comunicaron explícitamente las relaciones con el estigma personal en la psicosis de primer episodio (39,60). Al igual que en las muestras crónicas, los pacientes con el primer episodio mostraron un aumento del estigma percibido cuando tenían ansiedad social (69). Esto no difiere de los resultados concernientes a la relación del autoestigma y la ansiedad social en una muestra de pacientes ancianos con múltiples episodios de enfermedad (media de edad = 64,7; DE = 8,7) (66). Así mismo, Los resultados de la segunda muestra de pacientes con psicosis de primer episodio tenían que ver con las tasas de prevalencia y la relación entre los síntomas positivos y el estigma percibido (59) y no fueron diferentes de los resultados con respecto a los pacientes en sus etapas de enfermedad más avanzadas (5,48,53).

Por lo que respecta a las intervenciones dirigidas al estigma personal en concreto, la búsqueda sólo generó dos estudios. En el primer estudio no se identificó ningún efecto de una psicoterapia cognitiva conductual de grupo durante seis semanas sobre la discriminación percibida en 21 pacientes con esquizofrenia que fueron objeto de seguimiento por 18 semanas, pero sí una mejora significativa de la autoestima (78). No se incluyó ningún grupo de control. El segundo estudio, un estudio randomizado y comparativo, analizó el efecto de un programa psicoeducativo de grupo culturalmente pertinente de 10 semanas sobre la percepción del estigma en 48 pacientes con esquizofrenia y demostró una disminución significativa de la calificación de discriminación percibida y mayores capacidades de adaptación en el grupo experimental (79).

DISCUSIÓN

Los resultados de este análisis esquemático indican que el estigma percibido y vivido así como el autoestigma son fenómenos que afectan a un alto porcentaje de pacientes con trastornos de la gama de la esquizofrenia. Un promedio de 64,5% de los pacientes tuvo estigma percibido, un 55,9% de hecho había padecido estigma y un 49,2% comunicó alienación (vergüenza) como el aspecto más frecuente del autoestigma.

Las variables sociodemográficas se relacionaron sólo en grado mínimo con el estigma personal, aunque se observó cierto indicio de una relación significativa con el alfabetismo. Por el contrario, es bastante evidente que los factores psicosociales, como la calidad de vida, se relacionan inversamente con el estigma personal. El panorama concerniente a las variables relacionadas con la enfermedad es bastante ambiguo. Por una parte, la edad de inicio, la duración de la enfermedad y el número de hospitalizaciones en el curso de la vida mostraron escasas interrelaciones significativas o contradictorias con el estigma personal y la necesidad de analizarse con más detalle. Por otra parte, los síntomas positivos, la depresión y la psicopatología general en su mayor parte resultaron correlacionados significativamente con el estigma personal. Sin embargo, ninguna variable relativa a la enfermedad se correlacionó de manera indudable con el estigma personal, excepto por la ansiedad social, que se evaluó únicamente en dos estudios, uno sobre el estigma percibido (60) y uno sobre el autoestigma (66). Estos resultados son congruentes con otro estudio que se excluyó de nuestro análisis debido a la heterogeneidad de su muestra (80). Sin embargo, la relación de la depresión y la ansiedad social con el estigma personal puede ser un artefacto en el sentido de que las personas deprimidas tienden a percibir las reacciones de su entorno social de una manera negativa. En este caso, la percepción de la estigmatización sería un síntoma de la patología subyacente más que de una variable independiente.

No pudimos identificar un solo estudio que abordase las diferencias concernientes a la repercusión del estigma personal sobre los pacientes en diferentes etapas de la enfermedad. Los únicos dos estudios (39,60) que explícitamente analizaron muestras de pacientes con primer episodio comunicaron resultados que eran similares a los de cohortes con enfermedad crónica. Sin embargo, estas observaciones no pueden reemplazar a las comparaciones de grupo cuantitativas. En consecuencia, la evolución y los efectos del estigma personal en las primeras etapas de la enfermedad siguen siendo una cuestión importante abierta a la investigación, sobre todo dado el enfoque actual en la identificación temprana y prevención de los trastornos de la gama de la esquizofrenia y las inquietudes en torno a la estigmatización del público y, sobre todo, personal de adolescentes y adultos jóvenes a quienes se les puede haber asignado el nombre de un trastorno que podrían nunca presentar. Tal investigación es muy apremiante, dada la introducción del síndrome de psicosis atenuada en la Sección 3 del DSM-5 (81).

La búsqueda bibliográfica identificó sólo dos estudios enfocados en el desarrollo o la evaluación de intervenciones dirigidas a reducir el estigma personal en pacientes con trastornos de la gama de la esquizofrenia. Por otra parte, esto es sorprendente, dada la gran cantidad de investigación sobre las variables intrapersonales e interpersonales que modifican el estigma personal y sobre sus efectos adversos, lo que podría guiar el desa-

Tabla 4. Grado de evidencia de las relaciones de variables específicas con el estigma personal

	Correlaciones de la estigmatización percibida/padecida	Correlaciones del autoestigma
Asociación existente		
Factores de riesgo <i>(relación positiva)</i>	Alfabetismo (52)	Evitación de daño (53)
	Estigma percibido de familiares (52) y evaluación del estigma del paciente (52)	Síntomas positivos (12,64,65)
	Creencia en que el trastorno es una enfermedad (52) debida al karma (52) o a los malos espíritus (52)	Psicopatología general (34)
	Número de alguna (52) y de creencias causales no médicas (52)	Ansiedad social (66)
	Diagnóstico de esquizofrenia (28,55)	Evitación social (12)
	Síntomas positivos (5,32,33,35,39,48,52,56,57)	Aislamiento como estrategia de adaptación (12)
	Psicopatología general (33,35,48,56,57)	Comprensión del efecto de la medicación (67)
	Depresión (32,35,48,57-59) o culpa (62)	Experiencia de discriminación (62)
	Ansiedad social (60)	Malestar emocional (64)
	Discapacidad (33)	
Factores protectores <i>(relaciones negativas)</i>	Estrategia de adaptación: aislamiento (35,57) o secretismo (35,57)	
	Experiencia de discriminación (62)	
	Integración social (32,58,61)	Autodirectividad (53) y persistencia (53)
	Calidad de vida (32,48,55,58,59,61,63)	Integración social (64) y apoyo (72)
	Empoderamiento (57,58)	Cumplimiento del tratamiento (67-70)
	Autoestima (30,47,59) y autoeficacia (35,57)	Esperanza (65,71) y empoderamiento (58)
	Satisfacción con las finanzas (32)	Calidad de vida (58,65,72,73)
	Apoyo (63)	Autoestima (12,54,47,49)
	Dominio (63)	Funcionamiento social (43,62) y laboral (73)
		Restablecimiento (62,74)
Falta de relación		
Estado civil casado (33,48,58)	Estado civil casado (58)	
Viviendo solo (48,58)	Vive solo (58)	
Educación (32,33,40,48)	Formación educativa (10,54,64,65,75)	
Edad (33,35,48,52,56,58)	Número de hospitalizaciones en el curso de la vida (34,58,64,65)	
Género sexual masculino (5,32,33,35,40,48,52,58)	Diagnóstico de esquizofrenia (64)	
Características étnicas (5)	Entendimiento (12)	
Residencia (52)	Cumplimiento de medicación (76)	
Empleo (33,35,40,48,52) e ingresos (32,41,52)		
Número de sistemas de tratamiento utilizados (52)		
Tipo de hospital (40,48)		
Creencia en que la enfermedad se debe a castigo de Dios (52) o magia negra (52)		
Creencia en que la enfermedad debe tratarla un médico o en un hospital (52), un curandero tradicional (52), un charlatán o chaman (52), curarse con ir a un templo o un santuario (52)		
Número de creencias de tratamiento (52) o creencias de tratamiento no médico (52)		
Duración de la enfermedad (48,58)		
Número de hospitalizaciones en el curso de la vida (48,58)		
Síntomas negativos (5,32,33,35,48,52,56)		
Entendimiento (32,33,40,74)		
Resultados mixtos/no claros		
Edad de inicio/primer hospitalización (48,58)	Edad (10,34,49,54,58,64,65,75)	
Cumplimiento del tratamiento (38,59)	Género masculino (10,34,45,58)	
Funcionamiento social (5,32,58,62)	Edad de inicio/primer hospitalización (12,34,58,65)	
	Duración de la enfermedad (34,58)	
	Depresión (12,58)	
	Síntomas negativos (64,65)	

Tabla 5. Estigma personal como predictor de resultado

Estigma percibido/experimentado	Autoestigma
Depresión (58)	Depresión (58)
Ansiedad social (60)	Ansiedad social (66)
Aislamiento (35)	Calidad de vida (72)
Secretismo (35)	Autoestima (12)
Calidad de vida (63)	Funcionamiento social (43,62)
Funcionamiento social (62)	Esperanza (71)
Autoeficacia (35)	Funcionamiento vocacional (73)
Autoestima (77)	Restablecimiento (75)
Apoyo (63)	Apoyo (72)
Dominio (63)	Cumplimiento del tratamiento: asistencia al consultorio (67)
	Cumplimiento del tratamiento: participación (69)

rollo de tales intervenciones terapéuticas. De hecho, muchos estudios incluidos en este análisis describen las repercusiones de sus hallazgos en la creación de intervenciones terapéuticas (30). Esto contrasta con las numerosas intervenciones dirigidas a reducir el estigma público (6,7). Por otra parte, nuestro enfoque en las muestras con trastornos de la gama de la esquizofrenia puede haber excluido estudios realizados en muestras más generales de personas con enfermedades mentales. Además, es posible que hayamos pasado por alto estudios que abordaron de manera indirecta el estigma sin mencionarlo de manera explícita. No obstante, la falta de intervenciones dirigidas al estigma personal es notoria. De ahí que, aunque las intervenciones psicosociales a menudo comprenden el tema general del estigma público y personal en las técnicas de intervención psicoeducativa y otras, los resultados de este análisis resaltan la necesidad de intervenciones para abordar de manera más específica la aceptación y la incorporación del estigma por los pacientes e incrementar la resistencia al estigma en los pacientes. Esto es muy importante pues la eficacia de las iniciativas contra el estigma dirigidas a reducir el estigma público ha sido deficiente (82,83). Por el contrario, un estudio preliminar en individuos con riesgo clínico elevado para la psicosis señaló que la psicoeducación general ayuda a reducir el autoestigma, lo cual en ese estudio no fue el tema de atención principal (84).

Los hallazgos de este análisis han de interpretarse tomando en cuenta sus limitaciones. Estas comprenden los tamaños pequeños de las muestras en algunos de los estudios incluidos, la utilización de diversos diseños y escalas de valoración y la selección de resultados y variables predictivas con frecuencia muy heterogéneas. Así mismo, por lo general no se contó con grupos de comparación, lo que impide valorar la especificidad o las diferencias cuantitativas de los hallazgos en pacientes con trastornos de la gama de la esquizofrenia en comparación con los otros trastornos mentales.

En resumen, el estigma percibido y padecido, lo mismo que el autoestigma, es frecuente en pacientes con trastornos de la gama de la esquizofrenia. Diez años después que Link y Phelan instaron a la creación de «intervenciones multifacéticas y multinivel» para lograr un «cambio real» (21) en los procesos

relacionados con el estigma, se ha llevado a cabo investigación descriptiva pedida sobre los factores y las características subyacentes que brinda información para implementar tales intervenciones. No obstante, la implementación práctica de estas intervenciones es el siguiente paso importante, para tratar de optimizar los resultados a través de una mejor integración social y funcionamiento. Cabe esperar que el próximo decenio se logre avances importantes en esta dirección.

Reconocimientos

Este estudio fue respaldado en parte por el Zucker Hillside Hospital Mental Advanced Center for Intervention and Services Research for the Study of Schizophrenia, donación (MH090590) del National Institute of Mental Health.

Bibliografía

1. Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness in Germany: a trend analysis. *Int J Soc Psychiatry* 2005;51:276-84.
2. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol* 1999;54:765-76.
3. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M et al. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health* 1999;89:1328-33.
4. Corrigan PW, Lurie BD, Goldman HH et al. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatr Serv* 2005;56:544-50.
5. Penn DL, Kohlmaier JR, Corrigan PW. Interpersonal factors contributing to the stigma of schizophrenia: social skills, perceived attractiveness, and symptoms. *Schizophr Res* 2000;45:37-45.
6. Penn DL, Kommanna S, Mansfield M et al. Dispelling the stigma of schizophrenia: II. The impact of information on dangerousness. *Schizophr Bull* 1999;25:437-46.
7. Rusch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* 2005;20:529-39.
8. Mueller B, Nordt C, Lauber C et al. Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: a longitudinal approach. *Soc Sci Med* 2006;62:39-49.
9. Corrigan PW. Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatr Q* 2002;73:217-28.
10. Mak WW, Wu CF. Cognitive insight and causal attribution in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006;57:1800-2.
11. McCann TV, Clark E. Advancing self-determination with Young adults who have schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11:12-20.
12. Yanos PT, Roe D, Markus K et al. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 2008;59:1437-42.
13. Ben-Zeev D, Young MA, Corrigan PW. DSM-5 and the stigma of mental illness. *J Ment Health* 2010;19:318-27.
14. Corcoran CM, First MB, Cornblatt B. The psychosis risk syndrome and its proposed inclusion in the DSM-5: a risk-benefit analysis. *Schizophr Res* 2010;120:16-22.
15. Linscott RJ, Cross FV. The burden of awareness of psychometric risk for schizophrenia. *Psychiatry Res* 2009;166:184-91.
16. Yang LH, Wonpat-Borja AJ, Opler MG et al. Potential stigma associated with inclusion of the psychosis risk syndrome in the DSM-5: an empirical question. *Schizophr Res* 2010;120:42-8.

17. Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:28-37.
18. Klosterkotter J, Schultze-Lutter F, Bechdolf A et al. Prediction and prevention of schizophrenia: what has been achieved and where to go next? *World Psychiatry* 2011;10:165-74.
19. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Maier W et al. Pharmacological intervention in the initial prodromal phase of psychosis. *Eur Psychiatry* 2005;20:1-6.
20. Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1963.
21. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001;27:363-85.
22. Corrigan PA, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol* 2006;25:875-84.
23. Lebel T. Perceptions of and responses to stigma. *Sociol Comp* 2008;2:409-32.
24. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002;1:16-20.
25. Brohan E, Slade M, Clement S et al. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Serv Res* 2010;10:80-91.
26. Link BG, Yang LH, Phelan JC et al. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull* 2004;30:511-41.
27. Harrison J, Gill A. The experience and consequences of people with mental health problems, the impact of stigma upon people with schizophrenia: a way forward. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010;17:242-50.
28. Angermeyer MC, Beck M, Dietrich S et al. The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. *Int J Soc Psychiatry* 2004;50:153-62.
29. Luchins DJ. At issue: will the term brain disease reduce stigma and promote parity for mental illnesses? *Schizophr Bull* 2004;30:1043-8.
30. Berge M, Ranney M. Self-esteem and stigma among persons with schizophrenia: implications for mental health. *Care Manag J* 2005;6:139-44.
31. Cechnicki A, Angermeyer MC, Bielanska A. Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46:643-50.
32. Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE et al. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002;28:143-55.
33. Ertugrul A, Ulug B. Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:73-7.
34. Karidi MV, Stefanis CN, Theleritis C et al. Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2010;51:19-30.
35. Kleim B, Vauth R, Adam G et al. Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *J Mental Health* 2008;17:482-91.
36. Lai YM, Hong CP, Chee CY. Stigma of mental illness. *Singapore Med J* 2001;42:111-4.
37. Lee S, Lee MT, Chiu MY et al. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *Br J Psychiatry* 2005;186:153-7.
38. McCann TV, Boardman G, Clark E et al. Risk profiles for nonadherence to antipsychotic medications. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008;15:622-9.
39. Tarrier N, Khan S, Cater J et al. The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: trauma and suicide behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:29-35.
40. Thornicroft G, Brohan E, Rose D et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009;373:408-15.
41. Baldwin ML, Marcus SC. Perceived and measured stigma among workers with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2006;57:388-92.
42. Botha UA, Koen L, Niehaus DJ. Perceptions of a South African schizophrenia population with regards to community attitudes towards their illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:619-23.
43. Brohan E, Elgie R, Sartorius N et al. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res* 2010;122:232-8.
44. Chee CY, Ng TP, Kua EH. Comparing the stigma of mental illness in a general hospital with a state mental hospital: a Singapore study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:648-53.
45. Jenkins JH, Carpenter-Song EA. Awareness of stigma among persons with schizophrenia: marking the contexts of lived experience. *J Nerv Ment Dis* 2009;197:520-9.
46. Loganathan S, Murthy SR. Experiences of stigma and discrimination endured by people suffering from schizophrenia. *Indian J Psychiatry* 2008;50:39-46.
47. Sibitz I, Unger A, Woppmann A et al. Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;37:316-23.
48. Switaj P, Wciorka J, Smolarska-Switaj J et al. Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2009;24:513-20.
49. Werner P, Aviv A, Barak Y. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *Int Psychogeriatr* 2008;20:174-87.
50. Lee S, Chiu MY, Tsang A et al. Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong. *Soc Sci Med* 2006;62:1685-96.
51. Jenkins JH, Carpenter-Song EA. Stigma despite recovery: strategies for living in the aftermath of psychosis. *Med Anthropol Q* 2008;22:381-409.
52. Charles H, Manoranjitham SD, Jacob KS. Stigma and explanatory models among people with schizophrenia and their relatives in Vellore, South India. *Int J Soc Psychiatry* 2007;53:325-32.
53. Margetic BA, Jakovljevic M, Ivanec D et al. Relations of internalized stigma with temperament and character in patients with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2010;51:603-6.
54. Lysaker PH, Tsai J, Yanos P et al. Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophr Res* 2008;98:194-200.
55. Lundberg B, Hansson L, Wentz E et al. Are stigma experiences among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009;16:516-22.
56. Margetic B, Aukst-Margetic B, Ivanec D et al. Perception of stigmatization in forensic patients with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 2008;54:502-13.
57. Vauth R, Kleim B, Wirtz M et al. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007;150:71-80.
58. Sibitz I, Amering M, Unger A et al. The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2011;26:28-33.

59. Staring AB, Van der Gaag M, Van den BergeMet al. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* 2009;115:363-9.
60. Birchwood M, Trower P, Brunet K et al. Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis. *Behav Res Ther* 2007;45:1025-37.
61. Mechanic D, McAlpine D, Rosenfield S et al. Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Soc Sci Med* 1994;39:155-64.
62. Munoz M, Sanz M, Perez-Santos E et al. Proposal of a socio-cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Res* 2010;186:402-8.
63. Hsiung PC, Pan AW, Liu SK et al. Mastery and stigma in predicting the subjective quality of life of patients with schizophrenia in Taiwan. *J Nerv Ment Dis* 2010;198:494-500.
64. Lysaker PH, Davis LW, Warman DM et al. Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations across 6 months. *Psychiatry Res* 2007;149:89-95.
65. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2007;33:192-9.
66. Lysaker PH, Yanos PT, Outcalt J et al. Association of stigma, self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2010;4:41-8.
67. Fung KM, Tsang HW, Chan F. Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:561-8.
68. Fung KM, Tsang HW, Corrigan PW. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatr Rehabil J* 2008;32:95-104.
69. Tsang HW, Fung KM, Chung RC. Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2010;180:10-5.
70. Tsang HW, Fung KM, Corrigan PW. Psychosocial treatment compliance scale for people with psychotic disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:561-9.
71. Lysaker PH, Salyers MP, Tsai J et al. Clinical and psychological correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia. *J Rehabil Res Dev* 2008;45:911-9.
72. Ho WW, Chiu MY, Lo WT et al. Recovery components as determinants of the health-related quality of life among patients with schizophrenia: structural equation modelling analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44:71-84.
73. Yanos PT, Lysaker PH, Roe D. Internalized stigma as a barrier to improvement in vocational functioning among people with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res* 2010;178:211-3.
74. Pyne JM, Bean D, Sullivan G. Characteristics of patients with schizophrenia who do not believe they are mentally ill. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:146-53.
75. Lysaker PH, Buck KD, Taylor AC et al. Associations of meta-cognition and internalized stigma with quantitative assessments of self-experience in narratives of schizophrenia. *Psychiatry Res* 2008;157:31-8.
76. Tsang HW, Fung KM, Corrigan PW. Psychosocial and sociodemographic correlates of medication compliance among people with schizophrenia. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009;40: 3-14.
77. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S et al. Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv* 2001;52:1621-6.
78. Knight MTD, Wykes T, Hayward P. Group treatment of perceived stigma and self-esteem in schizophrenia: a waiting list trial of efficacy. *Behav Cogn Psychother* 2006;34:305-18.
79. Shin SK, Lukens EP. Effects of psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness. *Psychiatr Serv* 2002;53: 1125-31.
80. Rusch N, Corrigan PW, Powell K et al. A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophr Res* 2009;110:65-71.
81. Correll CU, Hauser M, Auther AM et al. Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51:390-431.
82. Gaebel W, Zasko H, Baumann AE et al. Evaluation of the German WPA "Program against stigma and discrimination because of schizophrenia – Open the Doors": results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. *Schizophr Res* 2008;98:184-93.
83. Rosen A, Walter G, Casey D et al. Combatting psychiatric stigma: an overview of contemporary initiatives. *Australas Psychiatry* 2000;8:19-26.
84. Hauser M, Lautenschläger M, Gudlowski Y et al. Psychoeducation with patients at-risk for schizophrenia – an exploratory pilot study. *Patient Educ Couns* 2009;76:138-42.

