



Universitat
de Girona

Estigma i esquizofrènia: relació amb l'emoció expressada i el retard en l'inici del tractament



Anna Prunell Castañé

4RT GRAU EN INFERMERIA. TREBALL DE FI DE GRAU
CURS ACADÈMIC 2014-2015
TUTOR: DAVID BALLESTER FERRANDO

"Pensamos que pensamos con nuestros cerebros, pero personalmente yo pienso con mis pies. Esa es la única manera por la que puedo entrar en contacto con algo sólido. En ocasiones pienso con mi cabeza, como cuando choco con algo. Pero he visto suficientes encefalogramas para saber que no hay indicios de pensamiento en el cerebro"

- Jean Jacques Lacan

No sé si en Marcos em recordarà. El vaig veure per primera i última vegada assentat a les cadires de l'estació del tren. Tenia un aspecte peculiar i desarreglat. Des del primer moment em vaig adonar que al seu voltant hi havia un perímetre de seguretat invisible que la gent no s'atrevia a creuar. Jo em vaig asseure al seu costat, no vaig veure cap signe d'alarma en una persona vestida amb roba d'esport, una gorra i una motxilla. De seguida vaig veure que no es trobava bé. S'arronsava i estava somnolent. Abans de preguntar-li si necessitava alguna cosa vaig donar-me tres minuts de marge per observar què feien les persones del meu voltant. Tres minuts per tornar a creure en la bondat de les persones, suposo. Ningú va fer res. La gent es parava, se'l mirava, girava la cara i continuava amb el seu camí. Així que vaig decidir presentar-me, dir-li que era estudiant d'infermeria i que si es trobava malament jo el podria ajudar. Les seves primeres paraules van ser "Tinc esquizofrènia. Et prometo que no et faré mal, de veritat. No sóc perillós".

Crec que si tingués més d'un cor, en aquell moment se m'haguessin trencat tots. Les malalties que patim no són les que ens treuen valor, però suposo que en Marcos, a l'haver hagut d'escoltar repetidament el contrari, s'ho va acabar creient.

Ell és la raó d'aquest treball. Em va fer veure com la societat estima l'estigma i el paper que jo volia començar a tenir per canviar-ho. Així que això va per tu, Marcos: gràcies pels quinze minuts més reveladors de la meva vida.

Agraïments

És fàcil perdre's al emprendre un camí desconegut, i més quan un camina en solitari. És per això que agraeixo profundament al meu tutor, David Ballester, que m'hagi acompanyat al llarg d'aquests mesos. Res d'aquest treball hagués estat possible si no m'hagués regalat una brúixola per orientar-me, una llanterna per ajudar-me a veure millor el camí i unes paraules per recolzar-me i animar-me. Per tot això, gràcies.

A la Gemma i la mama, gràcies per haver sigut l'alegria de cada un dels meus dies. Suposo que el que més em meravella és no entendre com hem arribat on hem arribat, i com hem aconseguit fer-ho juntes. Sou els meus superpoders. Gràcies.

I a l'Albert, gràcies per estar present a trenta quilòmetres de distància, per ensenyar-me a estimar allò dionisiac i per atrevir-te a formar part de la meva vida. "*Cap ou pas cap? Cap.*" Gràcies.

Índex

Resum

Abstract

| | |
|---|----|
| 1. Introducció | 1 |
| 2. Marc teòric | |
| 2.1. L'esquizofrènia | |
| 2.1.1. Definició..... | 2 |
| 2.1.2. Simptomatologia..... | 2 |
| 2.1.3. Criteris diagnòstics | 4 |
| 2.1.4. Tipus d'esquizofrènia..... | 5 |
| 2.1.5. Epidemiologia | 5 |
| 2.1.6. Morbimortalitat..... | 6 |
| 2.1.7. Etiologia..... | 6 |
| 2.1.8. Història natural de l'esquizofrènia | 7 |
| 2.1.9. Pronòstic..... | 9 |
| 2.1.10. Tractament | 9 |
| 2.2. L'emoció expressada | |
| 2.2.1. Definició..... | 10 |
| 2.2.2. Variables personals i ambientals i la seva relació amb l'emoció expressada..... | 11 |
| 2.2.3. Relació entre la personalitat dels cuidadors i l'emoció expressada | 12 |
| 2.2.4. Tipus de control de conducta en l'alta emoció expressada..... | 13 |
| 2.2.5. L'efecte protector de la baixa emoció expressada | 13 |
| 2.3. L'estigma en l'esquizofrènia | |
| 2.3.1. Definició..... | 14 |
| 2.3.2. La construcció social de l'estigma..... | 14 |
| 2.3.3. Les conseqüències de l'estigma | 15 |
| 2.3.4. L'estigma i la seva relació amb l'emoció expressada | 15 |
| 2.4. El paper d'infermeria | 16 |
| 3. Objectius | 17 |
| 4. Material i mètodes..... | 18 |
| 5. Resultats | 22 |
| 6. Discussió | 33 |
| 7. Conclusions..... | 35 |
| 7. Bibliografia..... | 36 |

Resum

Introducció: L'esquizofrènia és un trastorn psicòtic greu caracteritzat per disfuncions cognitives, conductuals i emocionals que dissocien la vida psíquica de la persona que la pateix. L'estigma implícit en aquesta malaltia mental afectarà a tot el sistema psicosocial de la persona afectada, incloent el familiar i l'institucional. El coneixement de l'efecte de l'estigma en el desenvolupament, pronòstic i diagnòstic de la malaltia permetria establir teràpies especialitzades per reduir-ne les seves conseqüències.

Objectius: Conèixer la relació entre l'estigma i temps de psicosis no tractada (TPNT) i conèixer la relació entre l'estigma en l'esquizofrènia i l'alta emoció expressada (EE) familiar

Metodologia: S'ha dut a terme una revisió de la literatura a les bases de dades electròniques: Medline, Scopus i Psycinfo, en els últims 10 anys utilitzant les paraules clau "esquizofrènia", "estigma social" i "emoció expressada". Els articles seleccionats complien tots els criteris d'inclusió i cap d'exclusió.

Resultats: Es troben 5 articles que relacionen l'estigma i TPNT i 4 que relacionen l'estigma i l'EE. La majoria dels articles revisats coincideixen en que l'estigma és un dels causants d'un major TPNT, i que l'estigma i l'EE estan altament correlacionats

Conclusions: L'estigma és una condició clínica que afecta negativament en el pronòstic social, simptomàtic i funcional de la persona amb esquizofrènia i allarga el seu diagnòstic. L'estigma, a més, està relacionat amb l'emoció expressada: l'EE és un dels millors predictors de l'estigma percebut en les persones amb esquizofrènia.

Paraules clau: "esquizofrènia", "estigma social", "emoció expressada"

Abstract

Background: Schizophrenia is a psychotic disorder characterized by severe cognitive, behavioural and emotional dysfunction that dissociates the psychic life of the mentally ill person. The stigma involved in this mental illness will affect his entire psychosocial system, including family and institutional one. Knowledge of the effect of stigma in the development, diagnosis and prognosis of the disease would establish specialized therapies to reduce its consequences.

Aim: To know the relation between stigma and the duration of untreated psychosis (DUP) and the relation between stigma in schizophrenia and high expressed emotion (EE).

Methods: We conducted a literature review in electronic databases: Medline, Scopus and Psycinfo in the last 10 years using the keywords “schizophrenia”, “social stigma” and “expressed emotion. All the reviewed articles complied the inclusion and exclusion criteria.

Results: In the review, five studies related stigma with DUP, and four related stigma with EE. Most of the reviewed articles showed a causal link between stigma and DUP. Stigma and EE are highly correlated.

Conclusions: Stigma is a clinical condition that affects negatively the social, symptomatic and functional prognosis of the person with schizophrenia, and delays his diagnosis. Stigma is also related to expressed emotion: EE is one of the best predictors of perceived stigma in people with schizophrenia.

Key words: *“schizophrenia”, “social stigma”, “expressed emotion”*

1. Introducció

L'esquizofrènia no és una malaltia hermètica, s'estén al sistema familiar i social més immediat de la persona que la pateix. Així, les persones afectades no només s'hauran d'enfrontar a un trastorn psicòtic greu que els farà perdre la unitat en la seva vida psíquica; sinó que a més, s'hauran d'enfrontar a una segona malaltia: l'etiqueta social associada a aquest trastorn.¹

Les barreres emocionals construïdes per aïllar a aquestes persones construiran, al mateix temps, unes barreres que impediran la seva total recuperació.² Així, l'estrès secundari a aquest estigma, augmentarà el risc de recaigudes i de suïcidi en les persones amb esquizofrènia.¹

L'estigma, però, no només és percebut per la persona afectada, sinó que abraça també al seu sistema familiar. D'aquesta manera, el seu estil de comunicació prevalent – conegut com a emoció expressada – tendirà a ser més hostil, crític i sobreprotector.³

2. Marc teòric

2.1. L'esquizofrènia

2.1.1 Definició

L'esquizofrènia és un trastorn psicòtic greu caracteritzat per un ventall de disfuncions cognitives, conductuals i emocionals. Comporta una marcada dissociació de la vida psíquica, fent que perdi la seva unitat. Ve acompanyada per la presència de símptomes psicòtics positius, i de símptomes negatius i cognitius que s'associen a un grau variable de discapacitat.⁴ El seu diagnòstic comporta la identificació d'una constel·lació de signes i símptomes associats a un deteriorament del funcionament laboral i/o social. No obstant això, els subjectes amb aquest trastorn variaran de manera substancial en la majoria de característiques, ja que és una síndrome caracteritzada per una gran heterogeneïtat entre les persones afectades i una gran variabilitat en cada una d'elles al llarg del temps.^{4,5}

2.1.2. Simptomatologia

Els símptomes característics de l'esquizofrènia engloben tot un conjunt de disfuncions cognitives, conductuals i emocionals que seran associades posteriorment al deteriorament laboral i social de la persona.⁵

Observacions realitzades en anàlisis longitudinals i transversals han arribat a la conceptualització de dos àmbits psicopatològics de símptomes reproduïbles: el dels símptomes positius i els negatius.⁶

Els símptomes positius formen la coneguda simptomatologia psicòtica. Aquesta es caracteritza per al·lucinacions, deliris i trastorns del pensament:⁵

- **Al·lucinacions:** són percepcions no subjectes al control voluntari que són viscudes de manera clara i real per les persones afectades i que tenen lloc sense la presència d'un estímul extern. Poden donar-se en qualsevol modalitat sensorial, però les auditives són les més freqüents en l'esquizofrènia.
- **Deliris:** són creences fixes no susceptibles a ser canviades davant proves en contra seva. El seu contingut pot incloure diversos temes, tot i que els deliris persecutoris són els més freqüents. Altres serien: deliris referencials, de grandesa, erotomaníacs, nihilistes i somàtics.

- **Trastorn del pensament:** el pensament desorganitzat de la persona amb esquizofrènia s'identifica a partir del seu discurs. Aquest pot arribar a ser incompreensible, estar indirectament relacionat amb la conversa o no estar-ho en absolut i pot no seguir el fil de la conversa, anant canviant intermitentment de tema.

Segons el DSM-V⁵: *“La cronificació de la simptomatologia negativa és el major obstacle actual per millorar el funcionament del pacient en la vida diària en quant a la seva reinserció social.”* Aquesta es caracteritza per una disminució de l'expressió emotiva, abúlia, alògia, anhedonisme, associabilitat i aïllament social:

- **Disminució de l'expressió emotiva:** disminució de l'expressió de les emocions mitjançant la cara, el contacte ocular, l'entonació de la parla i els moviments de les mans, el cap i la cara, que habitualment donen èmfasis emotiu al discurs.
- **Abúlia:** disminució de les activitats realitzades per iniciativa pròpia i motivades per un propòsit. La persona pot estar assentada durant llargs períodes de temps i mostrar escàs interès en participar en activitats laborals i/o socials.
- **Alògia:** reducció de la parla.
- **Anhedònia:** disminució de la capacitat d'experimentar plaer a partir d'estímul positius o el record del plaer experimentat prèviament.
- **Associabilitat:** és la falta d'interès per les interaccions socials, pot estar associada a l'abúlia, però també pot ser indicativa de que hi ha escasses oportunitats per la interacció social.
- **Aïllament social**

La simptomatologia positiva pot controlar-se amb ajuda del tractament farmacològic i psicològic. No obstant, la simptomatologia negativa tendeix a persistir una vegada la positiva ha remés⁷, sent així una de les grans responsables de la morbiditat associada a l'esquizofrènia.⁵

2.1.3. Criteris diagnòstics

Actualment, el diagnòstic de l'esquizofrènia segueix uns criteris consensuats per experts, que s'agrupen en dues grans classificacions: el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-V)⁵ i la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10).⁸ En aquest treball adjuntem els criteris diagnòstics del DSM-V (Taula 1):

Taula 1: Criteris diagnòstics de l'esquizofrènia

A. Síntomes característics: Dos o més dels següents, cada un d'ells presents durant una part significativa en el període d'un mes (o menys si ha sigut tractat amb èxit)

- Idees delirants
- Al·lucinacions
- Llenguatge desorganitzat (per exemple: incoherència)
- Comportament catatònic o greument desorganitzat
- Síntomes negatius: aplanament afectiu, alògia, abúlia..

Nota: Només es requereix un símptoma del criteri A si les idees delirants són estranyes, o si les idees delirants consisteixen en una veu que comenta contínuament els pensaments o el comportament del subjecte, o si dos o més veus parlen entre elles.

B. Disfunció social / laboral: Durant una part significativa de temps des de l'inici de l'alteració, una o més àrees importants de l'activitat, com són la feina, les relacions interpersonals o el cuidar d'un mateix, estan clarament per sota del nivell previ a l'inici del trastorn (o, quan l'inici es dona en la infància, no s'assoleix el nivell esperat de rendiment interpersonal, acadèmic o laboral).

C. Durada: Persisteixen signes continuats de l'alteració almenys durant 6 mesos. Aquest període de 6 mesos ha d'incloure al menys 1 mes de símptomes que compleixin el criteri A (o menys si s'ha tractat amb èxit) i pot incloure els períodes de símptomes prodròmics i residuals.

Durant aquests períodes prodròmics o residuals, els signes de l'alteració poden manifestar-se només per símptomes negatius o per dos o més símptomes de la llista del criteri A, presents en forma atenuada (per exemple, creences estranyes, experiències perceptives no habituals).

D. Exclusió dels trastorns esquizoafectiu i de l'estat d'ànim: El trastorn esquizoafectiu i el trastorn de l'estat d'ànim com a símptomes psicòtics s'han descartat degut a:

- No hi ha hagut cap episodi depressiu major, maníac o mixt concurrent amb els símptomes de la fase activa
- Els episodis de l'alteració anímica han aparegut durant els símptomes de la fase activa i la seva durada total ha sigut breu en relació amb la durada dels períodes actiu i residual.

E. Exclusió de consum de substàncies i de malaltia mèdica: El trastorn no és degut als efectes fisiològics directes d'alguna substància (per exemple, una droga d'abús, un fàrmac) o d'una malaltia mèdica.

F. Relació amb un trastorn generalitzat del desenvolupament: Si hi ha història de trastorn autista o d'un altre trastorn generalitzat del desenvolupament, el diagnòstic addicional d'esquizofrènia només es farà si les idees delirants o les al·lucinacions també es mantenen com a mínim durant 1 mes (o menys si s'han tractat amb èxit).

2.1.4. Tipus d'esquizofrènia

L'esquizofrènia pot classificar-se en diferents grups o subclasses, depenent de quin sigui el quadre clínic en el moment de l'avaluació.⁵ Tot i que en la majoria de vegades les persones afectades presenten símptomes de més d'un grup, el diagnòstic es realitza basant-se en els símptomes o conductes més predominants. Així, cada tipus d'esquizofrènia tindrà un curs clínic i pronòstic diferent, exigint, en cada cas, un tractament integral i personalitzat.

- **Paranoide:** És el tipus més freqüent d'esquizofrènia. Hi ha la presència d'una o més idees delirant o al·lucinacions auditives freqüents. Ocasionalment s'observa una excessiva religiositat o un comportament hostil i agressiu. No hi ha la presència d'un llenguatge desorganitzat, comportament catatònic ni afectivitat aplanada.
- **Desorganitzada:** es caracteritza per la presència d'un llenguatge i comportament desorganitzat i unes alteracions emocionals molt marcades.
- **Catatònica:** es caracteritza per la presència d'alteracions psicomotores (immobilitat motora i activitat motora excessiva), negativisme extrem, mutisme, manierismes (moviments estranys i extravagants), ecolàlia (repetició involuntària de les paraules de l'interlocutor) i ecopràxia (repetició automàtica dels moviments d'una altra persona).
- **Indiferenciada:** està formada pels signes i símptomes característics de dos o més de les esquizofrènies anteriorment mencionades, així com alteracions en l'afecte, el pensament i el comportament.
- .
- **Residual:** es caracteritza per l'aparició d'un episodi esquizofrènic en el qual el quadre clínic no presentava quasi idees delirants, al·lucinacions, comportament o llenguatge desorganitzat, sobresortint principalment els símptomes negatius (aïllament emocional, social, aplanament afectiu).

2.1.5. Epidemiologia

L'esquizofrènia es caracteritza per tenir una distribució uniforme sobre la població general, afectant a l'1% d'aquesta.⁹ Tot i que la incidència de la malaltia és relativament baixa (hi ha 15.2 persones afectades de cada 100.000 habitants per any), l'esquizofrènia és un dels

trastorns que contribueix de forma més important a una major carga de malaltia a nivell mundial.¹⁰

La prevalença pot fluctuar en algunes zones davant la presència de diversos factors de risc. Per exemple, les zones urbanes presenten una major incidència del trastorn que les rurals, i les persones emigrants presenten una major incidència que les autòctones. Altres factors com el consum de cànnabis, l'abús infantil o formar part d'una família desestructurada poden ser determinants per una futura presència del trastorn.^{9,11}

Les diferències de gènere en la incidència i prevalença de l'esquizofrènia estan ben establertes. En els homes, la incidència augmenta sobre els vint anys, i en les dones uns anys més tard. Fins als 35 anys, les taxes són d'1.5 a 2 superiors en els homes que en les dones. Després, les taxes declinen pel dos sexes; fins a la meitat de la quarantena, quan es produeix un pic d'incidència en dones.¹²

2.1.6. Morbimortalitat

L'esperança de vida és més curta en les persones amb esquizofrènia degut a les afeccions mèdiques associades.⁵ En una revisió sistemàtica publicada per Os i Kapur al 2009¹³ es va concloure que el pacients diagnosticats d'esquizofrènia morien de 12 a 15 anys abans que la població general i que els problemes d'aquests no eren exclusivament de salut mental. Tot i que el suïcidi n'és una de les causes – del 5 al 6% de les persones amb esquizofrènia moren per suïcidi, un 20% ha fet un intent de suïcidi almenys en una ocasió i la majoria tenen una considerable ideació suïcida que pot correspondre a les al·lucinacions, al consum comòrbid de substàncies o a símptomes depressius⁵– l'alta incidència de factors de risc associats: malnutrició, sedentarisme, obesitat i tabaquisme, explicaria l'augment en la mortalitat.¹³

2.1.7. Etiologia

Si bé les nombroses teories sobre l'esquizofrènia expliquen el trastorn fracturant les diverses parts que el formen, la falta d'un model integrat que englobi la totalitat del trastorn evidencia la indefinició existent de la malaltia. Hi ha diverses teories sobre l'etiologia de l'esquizofrènia entre les que destaquen la hipòtesi dopaminèrgica, que faria referència als mecanismes

patogènics del desordre, i la del neurodesenvolupament, que estaria relacionada amb els seus orígens.⁹

En aquest apartat ens centrarem en la hipòtesis dopaminèrgica, doncs, tot i que aïllada no explicaria la totalitat del trastorn, és la que més referència fa a l'estrès psicosocial.

En un estudi longitudinal, Howes et al.¹⁴, van observar un increment de la capacitat de sintetitzar dopamina durant la progressió de l'estadi prodròmic al psicòtic. Fet que evidencia una relació de causalitat entre la disfunció de dopamina i el desenvolupament d'una major simptomatologia psicòtica, suggerint per tant, que la disfunció és dinàmica, incrementant a mesura que empitjora el trastorn.

Aquest procés contrasta les antigues hipòtesis dopaminèrgiques que no contemplaven la possibilitat de recaigudes en la malaltia. D'aquesta manera, la desregulació de dopamina minva a mesura que l'agent estressant disminueix, tot i que no es normalitza completament en la majoria dels pacients. Això explica no només perquè un 10% del pacients no tenen més episodis psicòtics després del primer, sinó perquè les persones que han tingut un episodi psicòtic presenten el risc de patir més episodis fins i tot anys després; i el rol de l'estrès social en les recaigudes.⁹

2.1.8. Història natural de la malaltia

La història natural i el curs evolutiu de l'esquizofrènia va més enllà de la mera aparició del trastorn amb la seva conseqüent presentació clínica. Abans de la instauració del mateix, les persones que en seran afectades, inicien una sèrie d'alteracions conductuals que advertiran la futura aparició del primer episodi psicòtic.

Les persones amb esquizofrènia, ja en la infància, comencen a desenvolupar subtils dificultats socials, motores i cognitives. Aquestes són, de moment, insuficients per realitzar un diagnòstic. Amb l'inici de l'adolescència i l'edat adulta, se'ls instaura l'ansietat, el baix estat d'ànim, l'aïllament social i els primers símptomes prodròmics (pèrdua d'interès, conducta poc habitual, dèficit en l'autocura, episodis sobtats d'ira...).⁹ Així, en la majoria de casos, la simptomatologia s'anirà exacerbant fins la final aparició del primer episodi psicòtic

En la Figura 1 s'expliquen les fases amb les que cursa l'esquizofrènia, concretament la paranoide, des de l'aparició dels símptomes prodròmics a la possible cronificació de la malaltia, passant pel primer episodi psicòtic, la remissió parcial i la fase subcrònica. Volem remarcar, però, que els diversos tipus subclínic d'esquizofrènia cursen de manera diferent i el seu pronòstic variarà en funció de quin es pateixi, així com de l'adherència al tractament, la presència de factors de risc i el tipus d'emoció expressada familiar, entre altres.

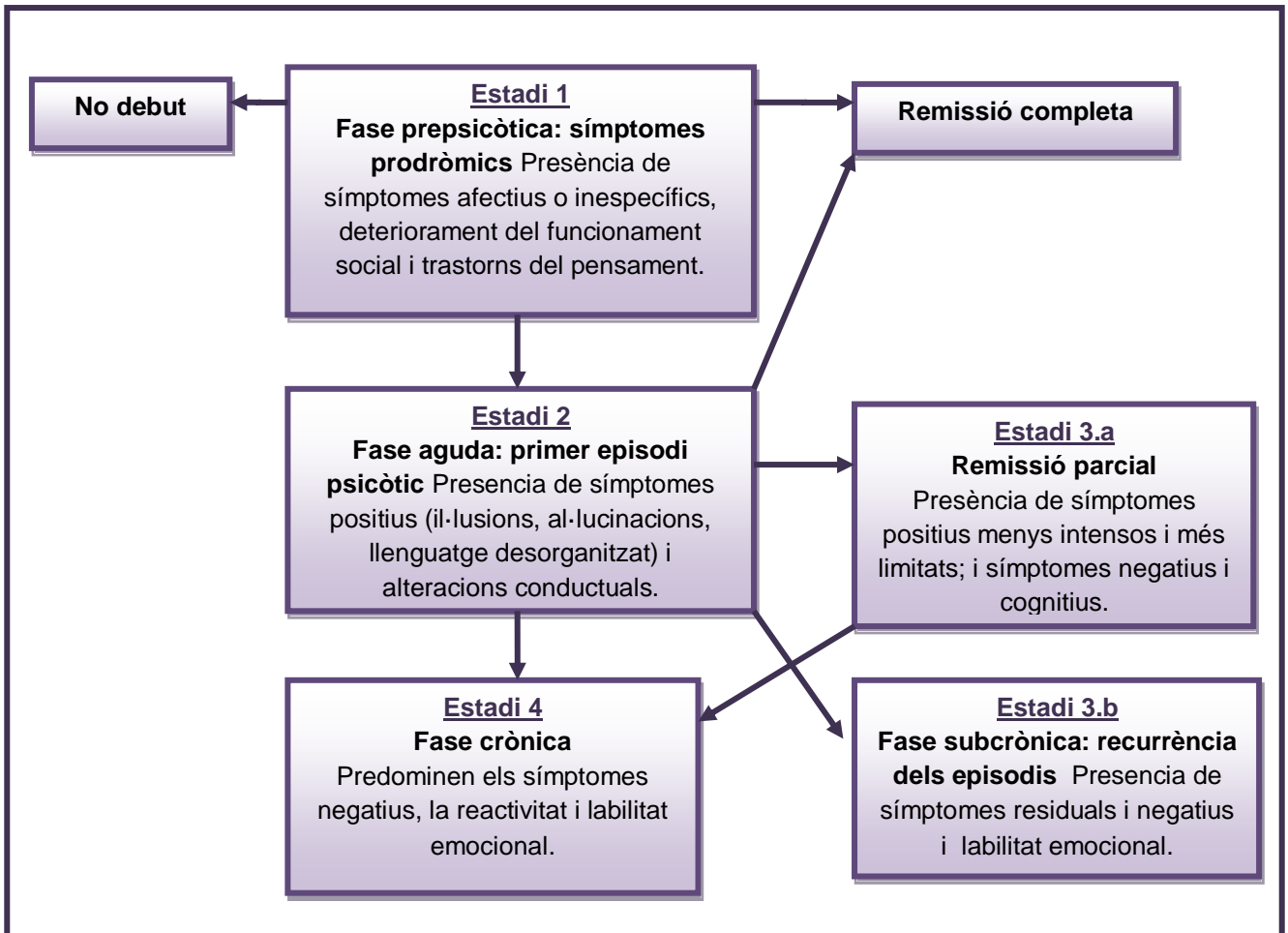


Figura 1: Esquema dels estadis de l'esquizofrènia. Font: adaptat de Ruiz M ¹⁵

Alguns pacients no presenten nous episodis psicòtics. Tot i això, la remissió completa –el restabliment de la funció prèvia a l'aparició del trastorn– no és freqüent en l'esquizofrènia. La majoria de pacients presenta exacerbacions i remissions; i en menor proporció, en alguns d'ells persisteix un estat psicòtic greu de forma crònica.⁴

2.1.9. Pronòstic

Diversos factors anticipen el pronòstic de l'esquizofrènia (Taula 2). Aquests tenen relació amb factors personals i no modificables: tipus d'inici, edat d'inici, sexe, simptomatologia i antecedents familiars; i amb factors personals i interpersonals modificables: factors precipitants, emoció expressada familiar, recaigudes prèvies, adaptació social i durada de la psicosis no tractada.

Taula 2: Factors pronòstics de l'esquizofrènia

| | BON PRONÒSTIC | MAL PRONÒSTIC |
|-----------------------------------|---------------|---------------|
| TIPUS D'INICI | Agut | Insidiós |
| EDAT D'INICI | Edat adulta | Adolescència |
| SEXE | Femení | Masculí |
| SIMPTOMATOLOGIA | Positiva | Negativa |
| ANTECEDENTS FAMILIARS | No presents | Presentes |
| EMOCIÓ EXPRESSADA | Baixa | Alta |
| FACTORS PRECIPITANTS | Presentes | Absents |
| RECAIGUDES PRÈVIES | Absents | Presentes |
| ADAPTACIÓ SOCIAL | Bona | Escassa |
| DURADA DE LA PSICOSIS NO TRACTADA | Breu | Extensa |

Font: Modificat de Howas O⁹ i Oliver EA¹¹

2.1.10. Tractament

L'abordatge d'una síndrome tan complexa i heterogènia com l'esquizofrènia requereix la col·laboració d'un equip multidisciplinari que permeti oferir a la persona afectada un tractament integral i personalitzat.

El tractament psicofarmacològic de primera elecció en l'esquizofrènia són els antipsicòtics. Aquests tracten els símptomes positius i redueixen el risc de recaigudes, però no pal·lien els altres aspectes de la malaltia i tenen nombrosos efectes secundaris. La seva instauració precoç millora el pronòstic de la malaltia. És necessari, però, aconseguir una continuïtat en el mateix i adaptar-lo en funció de les fases del trastorn.⁴

Per les seves característiques, efectes sobre la simptomatologia psicòtica i els seus efectes adversos, s'ha classificat els antipsicòtics en dos grans grups: antipsicòtics de primer generació o convencionals, i antipsicòtics de segona generació o atípics. En pacients que inicien el tractament per primera vegada, es recomana l'elecció dels antipsicòtics atípics, doncs presenten una major tolerància i un menor risc de discinèsia.¹⁶

Com a tractament coadjuvant als antipsicòtics, es pot afegir l'ús de benzodiazepines, antidepressius antiepilèptics i liti.⁴

Molts pacients deixen de prendre's la medicació, augmentant així el risc de recaigudes. Les raons d'aquesta discontinuïtat en el tractament antipsicòtic són: l'estigma de ser etiquetat com a psicòtics i els nombrosos efectes secundaris dels fàrmacs.¹³

2.2. L'emoció expressada

2.2.1. Definició

El concepte d'emoció expressada es remonta als anys 1950. En un estudi, George Brown et al.¹⁷, van observar que tot i el tractament antipsicòtic, la majoria de pacients havien de ser readmesos a l'hospital psiquiàtric al cap de poc temps d'haver aconseguit l'alta perquè havien recaigut de nou en la simptomatologia psicòtica aguda. D'aquesta manera van començar a investigar la relació de les recaigudes amb el tipus d'ambient familiar amb el què convivia una vegada tenien l'alta. Havien, per tant, de trobar un mètode per mesurar les relacions emocionals dels pacients amb els seus familiar més pròxims. Va sorgir així el concepte d'emoció expressada (EE), composta per cinc ítems diferents (Figura 2).

L'EE es defineix com l'estil de comunicació prevalent dins d'una família. Es distingeixen dos tipus d'EE: l'alta que es caracteritzaria per alts nivells de criticisme, hostilitat o sobreimplicació emocional cap a la persona amb esquizofrènia, i la baixa, que es caracteritzaria per la presència d'afecte, calidesa i reforç positiu cap a la persona amb esquizofrènia.¹⁸

La *ratio* de recaigudes dels pacients procedents de famílies amb alta EE és entre 2.5 i 4 vegades superior als de baixa EE, el que suggereix que té un valor clínic similar a la medicació. Per aquest motiu, l'alta EE familiar està reconeguda com un dels millors predictors ambientals de recaiguda en l'esquizofrènia coneguts fins el moment ¹⁷.

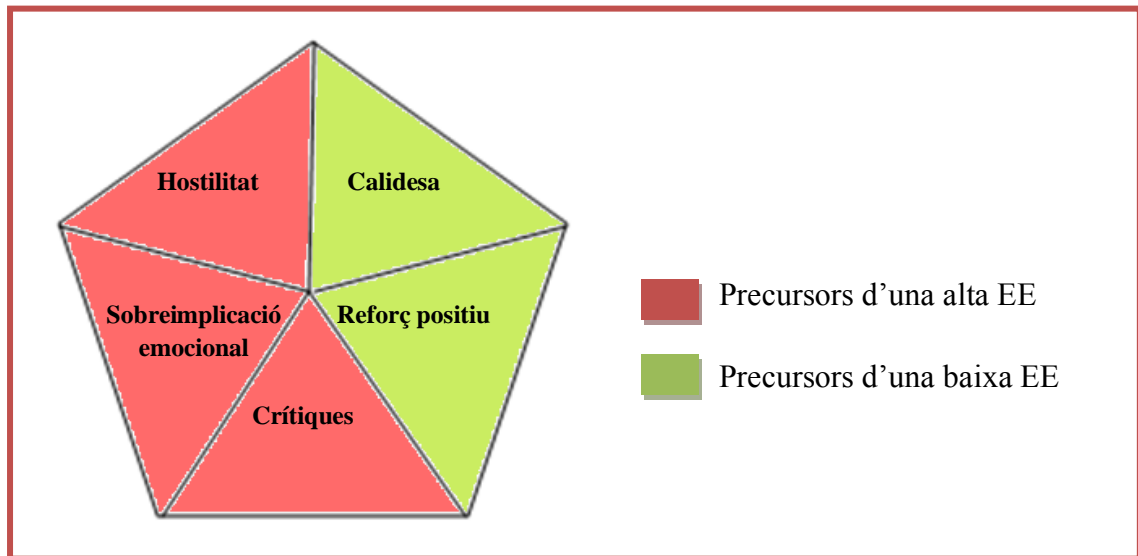


Figura 2: Components de l'emoció expressada

Familiars amb una alta EE semblen estar menys informats sobre l'esquizofrènia i tendeixen a responsabilitzar al pacient de les seves conductes disruptives, assumint que aquestes poden ser controlades.¹⁷

El 70% de les crítiques que es donen per part dels cuidadors fan referència a la simptomatologia negativa del pacient.¹⁸ El coneixement de la psicopatologia dins l'àmbit familiar permetria diferenciar una actitud passiva de base d'una manifestació de la simptomatologia negativa.

Per altra banda, familiars amb una baixa EE tenen més capacitat de reconèixer els aspectes del comportament del pacient que formen part de la manifestació de la malaltia i quins no.¹⁷

El sentiment de culpa secundari al desenvolupament de l'esquizofrènia per part del fill desemboca en una excessiva emotivitat, abnegació i sobreprotecció que acaba malmetent les seves capacitats i autoconfiança, tornant-se així dependent i necessitant un cuidat continu per part dels seus progenitors.¹⁷

2.2.2. Variables personals i ambientals i la seva relació amb l'emoció expressada

Es defineix l'estil afectiu familiar com el comportament emocional i verbal del familiar mentre interactua amb la persona amb esquizofrènia. L'EE sembla preveure i correlacionar-se amb

el to afectiu expressat durant les interaccions familiars. D'aquesta manera, un estil afectiu negatiu seria considerat com a predictor de recaiguda en l'esquizofrènia.¹⁸

Les diferents expectatives culturals dipositades pels pares als fills en funció del seu sexe explicaria perquè hi ha una major EE en famílies on el pacient és un home. A més, s'ha suggerit que les famílies monoparentals mostren, amb major probabilitat, una alta EE. Per altra banda, diversos autors han descrit la pobre xarxa social present en els familiars dels pacients amb esquizofrènia, associant-se aquesta a una prolongació de la malaltia.¹⁸

La medicació és un pilar fonamental per reduir les recaigudes en l'esquizofrènia, però no suficient. Un estudi va mostrar que el 40% dels pacients que formaven part del grup de l'alta EE, tenia una recaiguda a la malaltia en els 9 mesos següents, contràriament al 0% de recaigudes en el grup de baixa EE.¹⁸

Tot i que en la bibliografia hi ha algunes contradiccions, la majoria d'estudis recolzen que la relació entre EE i recaiguda no s'explica per característiques com la severitat simptomàtica i l'estat premòrbid del pacient. En quant a la psicopatologia dels familiars, els pares amb antecedents personals de trastorn psiquiàtric major tenien tendència a mostrar una alta EE.¹⁸

2.2.3. Relació entre la personalitat dels cuidadors i l'emoció expressada

Tot i que no s'ha establert una causalitat clara que expliqui perquè certes famílies desenvolupen una alta o una baixa EE, s'ha suggerit que podria estar relacionat amb la personalitat dels cuidadors. Així, el grau de criticisme no dependria tant de la simptomatologia del pacient, sinó de la manera de ser del que el cuida.¹⁷

Els familiars amb una alta EE es caracteritzen per tenir una menor autosatisfacció, autoeficiència i optimisme. Tendeixen, a més a més, a responsabilitzar-se del trastorn del seu fill. S'incrementa així el seu sentiment de culpa, el que acaba derivant en una sobreimplicació emocional que incita el voler controlar el pacient, tenint tendència a criticar-lo per aconseguir modificar el seu comportament.¹⁷

L'objectiu de les intervencions familiars és millorar l'estil comunicatiu familiar, les relacions interpersonals familiars i augmentar l'adherència al tractament, el que finalment acabaria reduint les hospitalitzacions per recaigudes.¹⁷

2.2.4. Tipus de control de conducta en l'alta emoció expressada

Existeix una basta evidència que demostra que una de les diferències principals entre els familiars amb una alta i una baixa EE són les seves creences sobre els problemes i les dificultats de la persona amb esquizofrènia. Les famílies amb una alta EE creuen que aquesta podria esforçar-se més per controlar els seus símptomes i problemes de conducta. Així, aquestes famílies exerciran majors atribucions de control envers la persona amb esquizofrènia: fent suggeriments directes, supervisant la majoria d'accions que realitza o, en casos més extrems, coaccionant-la.¹⁹

Es creu que pot haver-hi una relació entre el tipus de creences de control que tenen els familiars i el seu tipus de control de conducta predominant. D'aquesta manera, si els familiars creuen que els símptomes i problemes conductuals de la persona amb esquizofrènia poden ser controlats per aquesta, tendiran a persuadir-la perquè retorni a l'estat que ells consideren com a desitjable; mentre que si creuen que el seu comportament no pot ser modificat per la seva pròpia voluntat, però sí per altres factors externs, tendiran a emprendre actituds de sobreimplicació emocional, prenent el control i fent coses per la persona afectada.¹⁹

2.2.5. L'efecte protector de la baixa emoció expressada

La baixa EE es caracteritza per un estil de comunicació familiar basat en la calidesa i el reforç positiu. Alts nivells de calidesa s'han relacionat amb millors resultats funcionals, com una millor qualitat de vida i adaptació social en les persones amb esquizofrènia, o en persones amb un risc imminent de patir psicosis.²⁰

En estudi longitudinal de 6 mesos, O'Brien M. et al,²¹ van demostrar que un alt nivell de calidesa estava estretament relacionat amb una menor proporció de símptomes prodròmics en persones considerades d'alt risc de desenvolupar psicosis, suggerint que els afectes positius dins l'ambient familiar podrien exercir de factors protectors contra la simptomatologia psicòtica emergent. Lee G. et al.²⁰ van observar que la percepció de l'afecte positiu familiar per part de la persona amb esquizofrènia va contribuir a disminuir en un 66% les recaigudes al cap de 6 mesos, i en un 45% al cap de 12 mesos.

2.3. L'estigma social en l'esquizofrènia

2.3.1. Definició

Etimològicament, estigma deriva de la paraula llatina *stigma*, que significa “marca feta amb un ferro roent”. Al llarg del temps se li ha adjudicat a aquest vocable diferents significats: des de marca o senyal al cos –en forma de talls, cremades, llagues, etc.– a veu transmissora d'una missatge negatiu sobre la persona a qui se li atribueix. L'estigma indica, així, una errada, deficiència o minusvàlua de la persona que el porta, ja sigui en un sentit físic o social. Aquest inclou, a més, actituds negatives, sentiments, creences i comportaments influenciats per la cultura, els valors i les normes socials del moment cap a la persona “marcada”. Així, a partir de l'acte diagnòstic, es determina l'alteració o “desviació biològica” de la persona, que generarà la conseqüent desviació social.²

D'aquesta manera, i tal i com afirma Sontag²² : *“la malaltia es comprèn metafòricament com un procés en el qual la persona, una vegada diagnosticada, encara que ocultí davant el seu entorn la malaltia, queda definitivament instal·lada en l'imaginari social com una persona dotada de tots els estereotips assignats a tal categoria social.”*

No obstant, *“si bé és cert que l'estigma afecta a qualsevol persona que pateixi un trastorn mental, les actituds socials cap a les persones amb esquizofrènia –més properes a la imatge tradicional de la “bogeria”– no són exactament les mateixes que les relacionades a altres síndromes o trastorns, com l'ansietat o la depressió.”*²

2.3.2. La construcció social de l'estigma

Antropològicament, els éssers humans hem desenvolupat mecanismes de defensa fòbica davant les possibles amenaces sentides pel grup, i és precisament aquí on radica l'estigmatització del diferent.²

Al llarg de la història s'han exclòs a nombrosos grups socials: persones amb lepra, tuberculosi o amb malalties mentals. A aquestes últimes se les cremava a la foguera, se les torturava o se les castigava a pena de mort. Després van ser expulsades del seu lloc d'origen, i amb el pas dels anys, i gràcies al “refinament” de l'estigma, se les va clausurar i amagar als *manicomis*. Amb el canvi de les dinàmiques assistencials, se les va “alliberar” dels centres de salut mental, donant peu a construir unes barreres encara més perilloses: les

emocionals, que continuen aïllant i impeding la total recuperació de les persones amb malalties mentals.¹

El procés d'estigmatització comença identificant i etiquetant una determinada diferència o marca que afecta a un grup de persones. S'associen posteriorment aquestes persones a una sèrie de característiques desagradables estereotipades, fins a acabar considerant-les part d'un grup diferent ("ells" vs "nosaltres"). Es segueix així la seva pèrdua d'estatus social, amb la consegüent discriminació percebuda –que es tradueix en discriminacions de la vida diària que les persones amb malalties mentals troben tant en les interaccions personals, com en els estereotips o imatges negatives de la malaltia mental en els mitjans de comunicació– i la discriminació estructural, que inclou a institucions públiques i privades que, de manera intencionada o no, restringeixen les oportunitats de les persones amb malalties mentals.²

2.3.3. Les conseqüències de l'estigma

A part de la simptomatologia pròpia de la malaltia, les persones amb esquizofrènia pateixen una "segona malaltia": l'etiqueta social associada al trastorn.² Així, l'esquizofrènia afectarà a totes les seves relacions interpersonals (Taula 3), i, fins i tot, a la relació que tenen amb si mateixes.

L'autoestigma es refereix a les reaccions de les persones que pertanyen a un grup estigmatitzat i que dirigeixen les actituds estigmatitzadores cap a elles. Al girar el prejudici contra si mateixes aproven l'estereotip, i això comporta reaccions emocionals negatives: rebuig, baixa autoestima, escassa autoeficàcia, percepció d'un menor recolzament social, vergonya i dificultat per demanar ajuda. L'estrès que això genera augmenta el risc de recaigudes i de suïcidi.²

2.3.4. L'estigma i la seva relació amb l'emoció expressada

L'estigma, com a actitud social negativa cap a la persona amb esquizofrènia i la família, crea relacions més estressants en el sistema familiar i magnifica els nivells d'emoció expressada.³

En un estudi, Phillips M et al.,³ van observar l'estreta relació entre l'alta EE i l'efecte de l'estigma en la persona amb esquizofrènia i els seus familiars. Van considerar així, que el nivell d'emoció expressada era el predictor més important de la magnitud de l'estigma

percebut. Donada la naturalesa de l'estudi, no es podia fer una associació directa d'aquestes dues variables, però els resultats suggerien que l'alta emoció expressada i la sensibilitat als efectes de l'estigma es reforçaven mútuament.

Taula 3: Les conseqüències de l'estigma en les relacions interpersonals i els diferents sistemes socials de la persona amb esquizofrènia.

| ÀMBIT | CONSEQÜÈNCIES |
|------------------|--|
| Sistema de salut | Relació paternalista metge – pacient |
| | Falta d'informació i vulneració del principi d'autonomia |
| | Discriminació estructural |
| | No es tenen en compte les queixes somàtiques del pacient, al·legant que aquestes són imaginàries |
| Sistema social | Reducció dels contactes socials a partir del diagnòstic |
| | Aïllament social |
| | Negació de les seves necessitats afectives i sexuals |
| | Discriminació laboral |
| | Imatge esbiaixada de la persona amb malaltia mental per part dels mitjans de comunicació |
| Sistema familiar | Actituds sobreprotectores i paternalistes |
| | Falta de comprensió |
| | Secretisme |

Font: Modificat de Mestdagh¹ i Karid²³

2.4. El paper d'infermeria

La relació professional d'infermeria té característiques diferents a les relacions socials que habitualment establim amb altres persones, ja que se situa en un marc professional concret on les implicacions d'aquesta relació adquireixen característiques específiques en quant als objectius que pretenen, les implicacions de les persones que intervenen, el temps de durada i les fases en què es produeix el procés. Així, a través de la relació terapèutica es produeixen canvis que no serien possibles fora d'aquest marc professional, encara que la finalitat fos la mateixa i es donés la mateixa circumstància.²⁴

La infermera és qui interacciona amb els pacients al llarg de les vint-i-quatre hores del dia, pel que ha de tenir present que aquesta relació ha de servir de model al pacient per adquirir patrons diferents de funcionament, que augmentin la seva autonomia i capacitat adaptativa.²⁴

A través d'aquesta relació, és possible que el pacient adquireixi una perspectiva diferent respecte a si mateix i els seus problemes. El fet de donar-li atenció i d'utilitzar els nostres coneixements i experiència en el procés de la relació, ha d'ajudar-lo a adquirir una perspectiva més ampla i realista sobre els seus problemes i sobre ell mateix, possibilitant la modificació de formes rígides de pensament i de comportament, i per tant, en l'adquisició d'una major competència personal i social.²⁴

La infermera psiquiàtrica, segons l'American Nurses Association, utilitza coneixements clínics experts individualment, en grup i psicoteràpia familiar, psicoteràpia infantil i altres formes de tractament per funcionar com una psicoterapeuta, i reconeix la responsabilitat professional per la pràctica infermera.²⁴

A més, la família de la persona amb esquizofrènia emprèn un rol molt important; tant que quan aquesta no està present hi ha un dèficit d'autocura per part del pacient, la contenció de les alteracions a les respostes humanes es complica i el tractament resulta més limitat. Així, la família pot tenir un efecte terapèutic que permeti una major evolució i uns majors nivells d'integració social a la persona amb esquizofrènia. No obstant, això suposa un gran cost afectiu, emocional i social per la família, que la majoria de vegades és incapaç de donar resposta per si sola a les demandes de salut de la persona amb esquizofrènia. Es segueix així l'aparició alts nivells d'emoció expressada, incomprensió, impotència, culpabilitzacions, etc.²⁵

És aquí on la infermeria ha d'incidir, donant atenció a la família, educant-la i ensenyant-la a autocuidar-se en la seva situació de salut, sent així l'objectiu final el millor cuidat pel pacient i la família.

3. Objectius

- Conèixer la relació de l'estigma en l'esquizofrènia i l'alta emoció expressada familiar
- Conèixer la relació entre l'estigma i temps de psicosis no tractada

4. Material i mètodes

S'ha realitzat una revisió bibliogràfica. El procediment emprat per la realització del present estudi ha estat l'anàlisi de la literatura centrada en l'estigma en l'esquizofrènia i l'alta emoció expressada familiar.

Les bases de dades bibliogràfiques utilitzades han sigut MEDLINE Pubmed, Elsevier Scopus, PsycNET, Cochrane Library, Cuiden i Cinahl. En les tres últimes bases de dades els resultats obtinguts no han sigut rellevants pel tema d'investigació, així doncs hem decidit no incloure el seu algoritme de recerca en el treball.

Les paraules clau utilitzades per la cerca han estat: "schizophrenia", "stigma", "social stigma", "expressed emotion", "family"; "relapse", "recurrence"

Totes les paraules han estat comprovades com a termes genèrics al Medical Subject Headings (MeSH) del Pubmed.

En la cerca en les bases de dades utilitzades s'han seleccionat i filtrat els diferents articles seguint una criteris d'inclusió i d'exclusió. Són els següents:

Criteris d'inclusió:

- Data de publicació entre el 2004 - 2014/2015
- Llengua anglesa i castellana

Criteris d'exclusió:

- Retard mental com a trastorn concomitant
- Familiars amb esquizofrènia

Es va visitar la base de dades del Medline: Pubmed (Figura 3). Com a paraula clau es va utilitzar el terme Mesh "Schizophrenia", trobant un total de 1.139.093 articles. Es va afegir l'operador booleà AND i el terme Mesh "Social stigma", trobant 445 articles. Després, es va afegir el terme Mesh "recurrence" amb l'operador booleà AND. Al no trobar articles rellevants per el tema d'investigació, es va decidir modificar la paraula clau "recurrence" per "relapse"; paraula que no entra dins el diccionari Mesh, però que va permetre ampliar el camp de cerca i trobar articles relacionats amb el tema d'estudi. Vam trobar així 15 articles, als quals vam filtrar per any de publicació "Publication dates: 10 years ago", quedant-ne 14. Vam aplicar

també el filtre de la llengua anglesa, quedant així un total de 12 articles. D'aquests se'n van excloure 6 pel títol, i dels 6 restants se'n van excloure 3 per criteris de selecció, quedant així un total de 3 articles inclosos a la revisió sistemàtica.

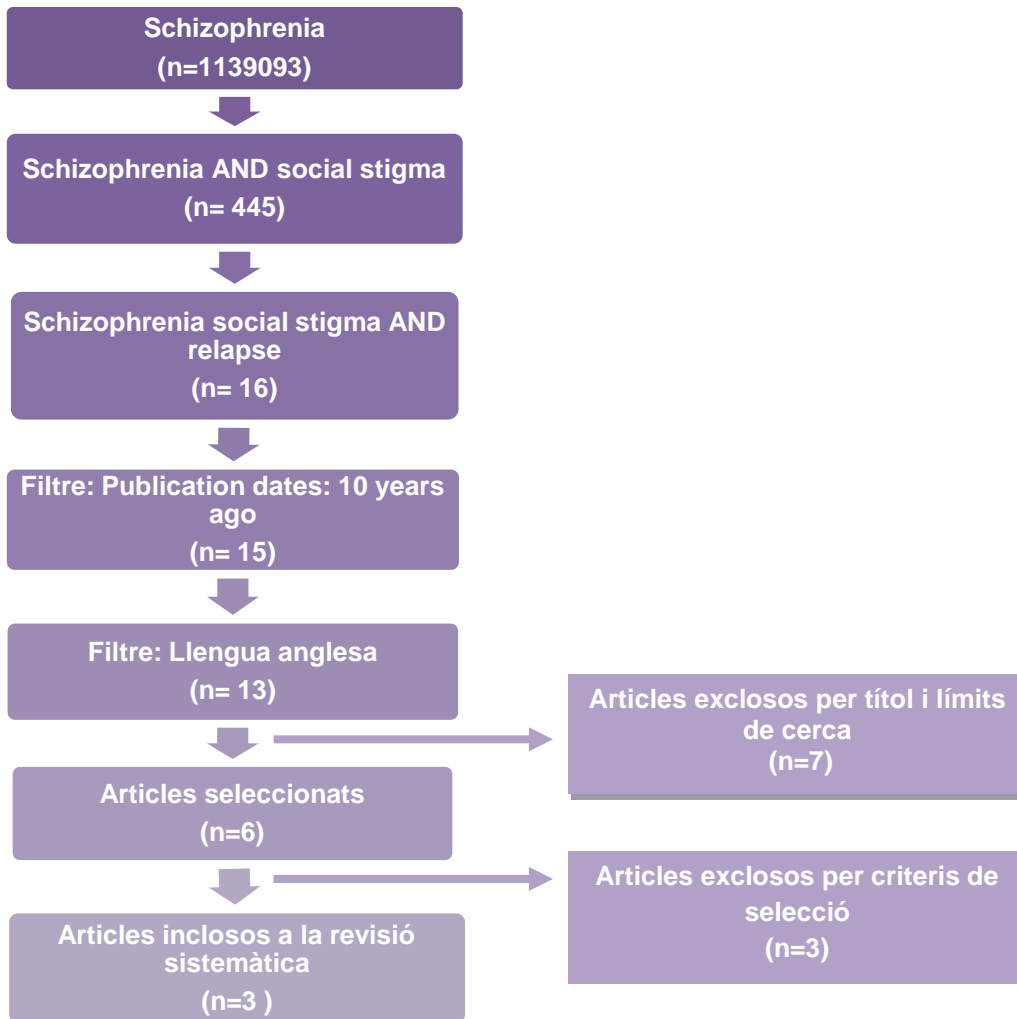


Figura 3: Esquema de cerca bibliogràfica al Medline: Pubmed

Es va fer la cerca a la base de dades Scopus (Figura 4). De nou, es va utilitzar com a paraula clau el terme Mesh "Schizophrenia", trobant 153262 articles. Es va afegir l'operador booleà AND i la paraula "stigma", que tot i que no és un terme Mesh, permet ampliar el camp de cerca, trobant 1264 articles. Es va afegir l'operador booleà AND i el terme Mesh "Expressed emotion", trobant 14 articles. Aquests es van filtrar manualment per data de publicació, seleccionant del 2005 al 2015, quedant-ne així 12. D'aquests, se'n van excloure 4 pel títol i 2 per duplicació. Dels 6 restants se'n van excloure 2 per criteris de selecció, quedant finalment un total de 2 articles inclosos a la revisió sistemàtica.

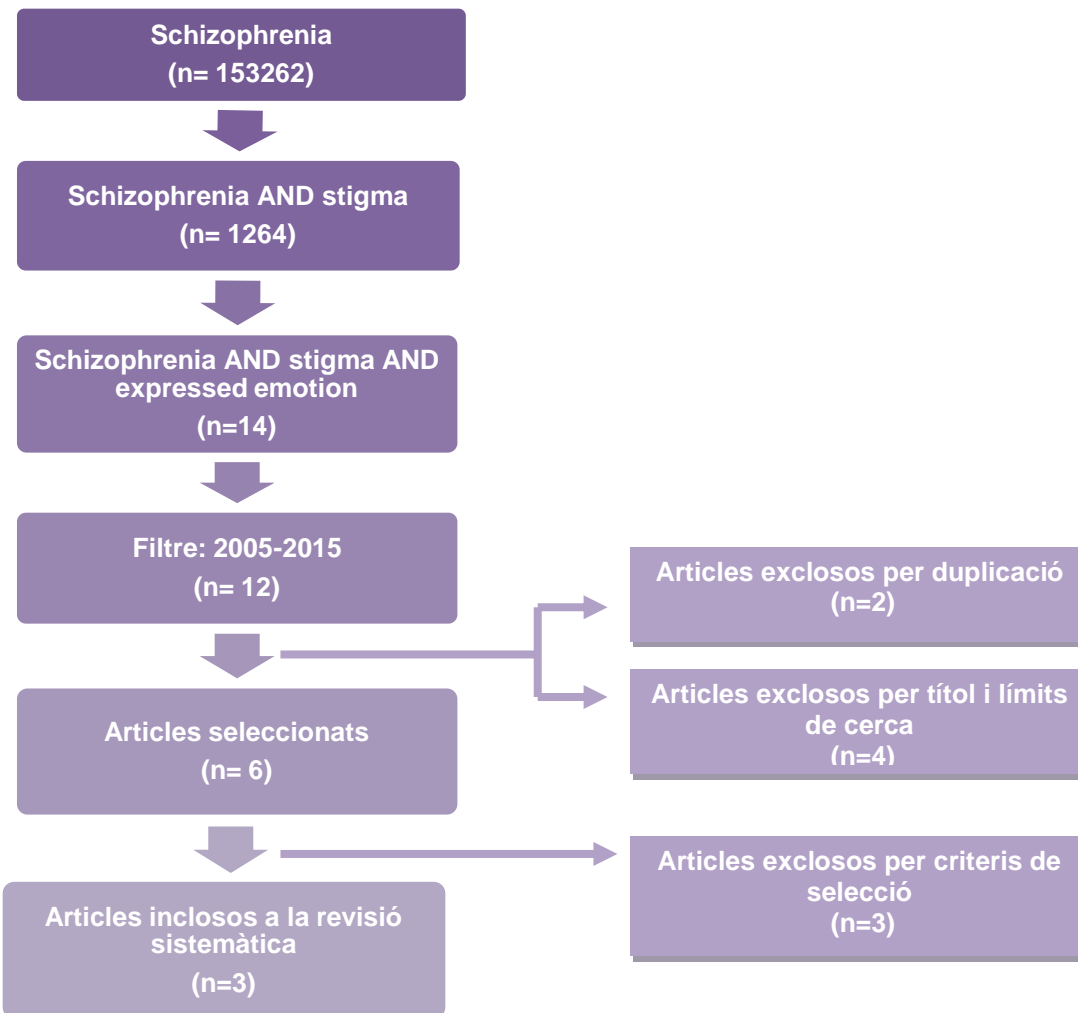


Figura 4: Esquema de cerca bibliogràfica a Scopus

Finalment, es va visitar la base de dades PsycINFO (Figura 5). Com a paraula clau es va utilitzar el terme Mesh “Schizophrenia”, trobant 115307 articles. Es va afegir l’operador booleà AND i el terme Mesh “Family”, trobant 12098 articles. Es va tornar a afegir l’operador booleà AND i la paraula “stigma”, que com s’ha explicat abans no és un terme Mesh però permet ampliar la cerca, trobant així 243 articles. De nou, es va afegir l’operador booleà AND i la paraula “relapse”, que tampoc és Mesh però permet ampliar la cerca, obtenint un total d’11 articles. D’aquests se’n van excloure 9 pel títol, quedant un total de 3 articles que complien amb els criteris de selecció i que es van incloure dins la revisió sistemàtica.

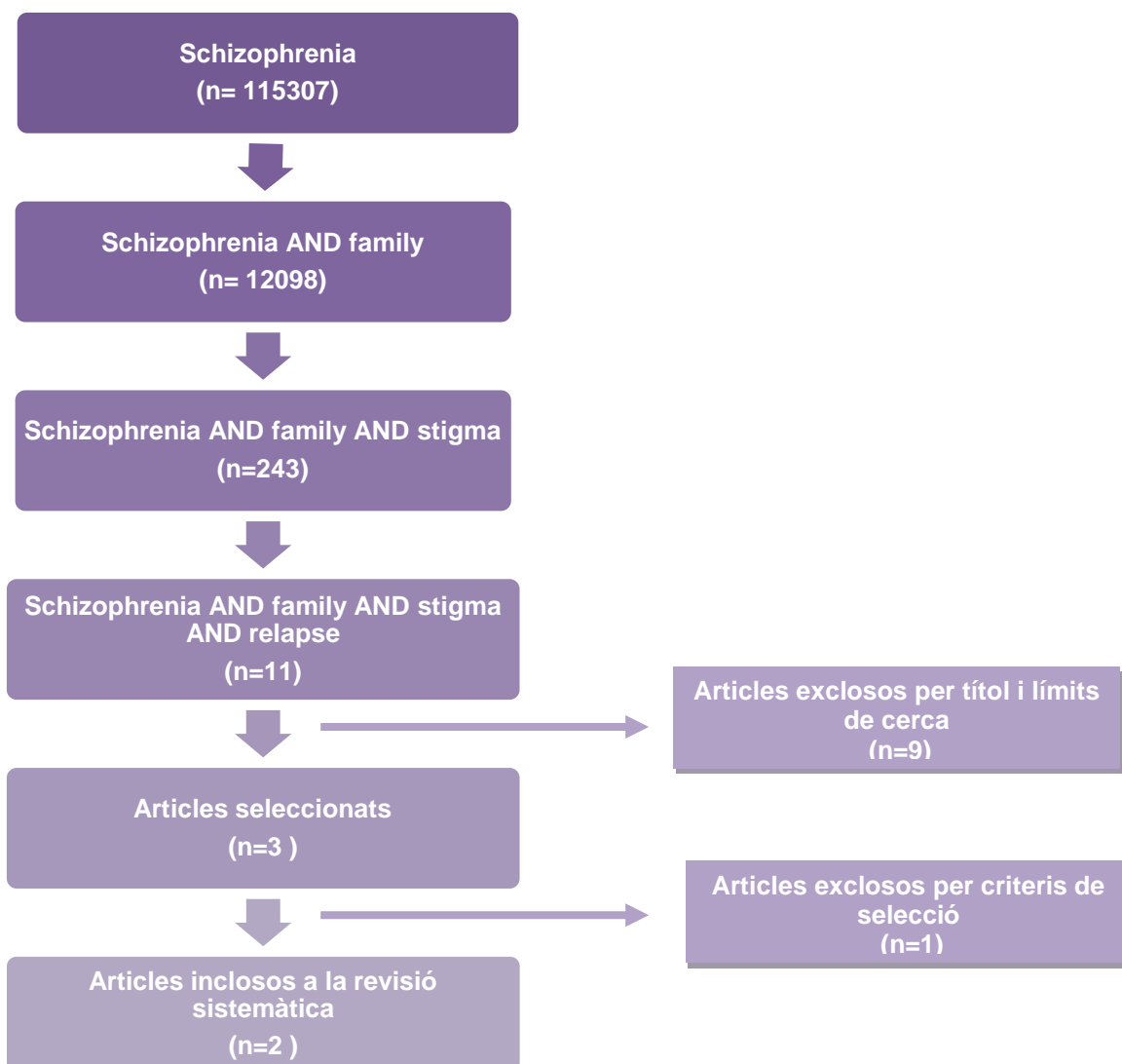


Figura 5: Esquema de cerca bibliogràfica a PsycINFO

Un dels articles inclosos a la revisió sistemàtica present s'ha obtingut fent una cerca secundària mitjançant la revisió de les referències bibliogràfiques d'un dels articles inicialment seleccionats al Pubmed (cita número 28), tot i que després de la seva lectura, aquest article prèviament seleccionat no es va incloure a la nostra revisió.

5. Resultats

| | Autors | Any | Tipus d'estudi | Resultats |
|--|--|------|----------------|--|
| | Zelst²⁶ | 2009 | Revisió | <p>L'estigma, considerat un factor ambiental modificable, té efectes nocius per la persona que el pateix. No només es trobarà dificultats addicionals en l'accés a l'atenció sanitària i a uns serveis sanitaris d'alta qualitat, sinó que l'estigma exercirà la funció d'estressant crònic, podent arribar a modificar el curs de la malaltia. La persona amb esquizofrènia transformarà l'estigma en ira, depressió, ansietat, sentiments de soledat, culpa, vergonya, evitació de buscar ajuda, disminució de la qualitat de vida, menys autoestima i abús de substàncies. A més, 1 de cada 3 persones amb esquizofrènia estan diagnosticades d'un trastorn d'ansietat social, trastorn altament relacionat amb l'estigma, que està associat a més al·lucinacions, aïllament, depressió, desesperança, pitjor funcionalitat i pitjor pronòstic.</p> <p>Així, integrar estratègies contra l'estigma en el tractament de la persona amb esquizofrènia seria una bona estratègia cost-efectiva per reduir el risc de recaigudes i el pitjor pronòstic associat a l'exposició crònica de l'estigma, doncs el mateix augmenta el temps de psicosis no tractada (TPNT), empitjora la simptomatologia psicòtica i afecta molt negativament en la qualitat de vida de la persona.</p> |
| | Shrivastava et al.²⁷ | 2013 | Revisió | <p>La importància de les intervencions precoces (IP) radica en la seva capacitat de frenar el deteriorament i les recaigudes de la persona amb esquizofrènia, millorant el seu pronòstic i qualitat de vida. No obstant, existeixen una sèrie de barreres fomentades en l'estigma que impedeixen o dificulten l'accés a les mateixes de les persones afectades. Entre elles es troben: la vergonya, la concepció exclusivament mèdica de l'esquizofrènia i la reticència de certs professionals a medicar amb antipsicòtics a adolescents.</p> <p>S'han proposat programes psicoeducatius per reduir l'estigma social i la intolerància social a les persones amb malalties mentals. Donat que l'estigma s'ha definit com una condició clínica, enfocar una part del tractament en treballar amb mesures anti-estigma a nivell individual és necessari. El fet de quantificar l'estigma com un paràmetre més permetria crear programes específics per treballar l'estigma i millorar la qualitat de vida de les persones que el pateixen.</p> |

| | | | |
|-------------------------------------|------|--------------------------------|---|
| Yung ²⁹ | 2012 | Revisió | <p>L'objectiu principal d'una IP en el primer episodi psicòtic és reduir el TPNT, derivar a la persona a un centre d'atenció especialitzada i centrar-se en la recuperació. Un major TPNT està directament associat a un pitjor pronòstic en quan als símptomes i al funcionament de la persona amb esquizofrènia. Es considera així que la raó fonamental de les IP és minvar els factors psicosocials que segueixen el primer episodi psicòtic, entre ells l'estigma i la claudicació familiar, que podrien empitjorar la recuperació de la persona.</p> <p>L'autor considera, així mateix, que acudir a un centre d'atenció especialitzada en el primer episodi psicòtic permet enfocar el tractament des d'un punt de vista biopsicosocial. Si aquest tractament especialitzat es pot mantenir durant els primers 5 anys, hi ha evidència que mostra millors resultats i pronòstic de la persona amb esquizofrènia. No obstant, degut a restriccions pressupostàries, l'atenció continuada acostuma a ser possible fins els 2 anys.</p> |
| Compton et al. ³¹ | 2009 | Estudi descriptiu transversal | <p>En aquest estudi es van determinar quin eren els factors predictors familiars de la psicosis no tractada (PNT) mitjançant una mostra de 109 participants. Es va mostrar una major consciència de malaltia, la presència de tensió i sobrecàrrega del cuidador com a factors que augmentaven el TPNT. Per altra banda, la presència de fortalesa familiar i un alt nivell d'afrontament es van evidenciar com factors que disminuïen el TPNT. A més, el nivell de coneixements sobre l'esquizofrènia per part dels familiars cuidadors i les seves percepcions de conductes estigmatitzadores cap a la persona amb esquizofrènia i la seva relació amb el TPNT no va resultar estadísticament significativa</p> |
| Alvarez et al. ³⁰ | 2011 | Estudi prospectiu longitudinal | <p>Determinar quins són els factors associats a patir un únic episodi psicòtic permet establir quins són els factors ambientals nocius que allargarien el curs de la malaltia. Així, en aquest estudi, es va fer un seguiment de 7 anys i mig a 274 participants. D'aquests, només 46 (16.5%) van experimentar un únic episodi psicòtic, mentre que els 228 restants (83.5%) van experimentar nombrosos episodis psicòtics. Van poder determinar d'aquesta manera quins eren els factors predictors de patir un únic episodi psicòtic: un TPNT inferior a 60 dies, una ràpida resposta al tractament farmacològic i la no pèrdua dels pares.</p> <p>Aquest ha sigut el primer estudi en determinar que aquelles persones que han tingut un major TPNT en el seu primer episodi psicòtic, presenten un major risc d'experimentar</p> |

| | | | |
|--|------|--|--|
| | | | múltiples episodis psicòtics en els primers 7 anys i mig. Consideren així que un major TPNT interromp el desenvolupament normal i saludable de la persona, comportant un pitjor pronòstic i incrementant els problemes socials i l'estigma. |
| Czuchta et al. ²⁸ | 2001 | Estudi quantitatiu descriptiu transversal i qualitatiu amb entrevistes en profunditat. | <p>Es van administrar 20 qüestionaris als participants referents a l'estigma, la sobrecàrrega familiar i la incertesa sobre la malaltia i en la cerca d'ajuda. Es va evidenciar que aquests tres factors determinen un TPNT més llarg i que van passar 4.89 mesos des de que els familiars van demanar ajuda a persones no professionals i 7.33 mesos per sol·licitar ajuda psiquiàtrica especialitzada.</p> <p>A més, es va mostrar una clara associació entre l'emoció expressada i l'estigma. Així mateix, es va revelar que a mesura que la simptomatologia augmenta, també ho fa la sobrecàrrega familiar, sent més intensa els primers anys de la malaltia i disminuint a partir dels 5 – 10 anys.</p> |
| El-Tantawy et al. ³² | 2014 | Estudi descriptiu transversal | <p>Es van realitzar 580 entrevistes a 386 familiars de 194 pacients amb TMS per avaluar la relació de l'estigma i l'EE en pacients amb TMS i les seves famílies. Els resultats van mostrar que els familiars mostraven alts nivells d'estigma i discriminació, que en el 70.72% dels casos l'alta EE predominava sobre la baixa EE, i que l'estigma i l'EE estaven associats a alts nivells en la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), major nivells de recaigudes, major durada d'anys de la malaltia, menors nivells en l'escala Assessment of Negative Symptoms (SANS) i en l'escala Global Assessment of Functioning (GAF).</p> <p>Es va concloure que la relació entre l'estigma i la EE és suficientment forta com perquè els professionals de la salut tractessin els seus efectes com a part de la teràpia psicològica/psiquiàtrica per tal de reduir-los.</p> |
| Chien et al. ³³ | 2014 | Estudi descriptiu transversal | <p>L'estudi va incloure 311 pacients amb trastorns mentals severos (TMS), els seus familiars que exercien el rol de cuidador i 73 professionals de salut mental. Als pacients se'ls hi va administrar escales sobre l'estigma percebut, la severitat de la simptomatologia, l'autoeficàcia, l'autoestima, l'utilització dels serveis comunitaris i l'EE familiar percebuda. Als familiars cuidadors se'ls hi va passar un qüestionari sobre el nivell de funcionament del</p> |

| | | | |
|---------------------------|------|------------|---|
| | | | <p>pacient i el seu grau de sobrecàrrega. Als professionals de salut mental se'ls hi va preguntar sobre els estereotips i les restriccions que s'imposaven sobre les persones amb malalties mentals.</p> <p>Els resultats van mostrar que un 70% de les persones amb TSM ha tingut experiències negatives de la seva hospitalització degut a les actituds negatives i a les excessives restriccions dels professionals de la salut. Un 66% dels professionals considerava que s'havia d'internar a la persona malalta a un hospital sense el seu consentiment, el 41% estava d'acord en retirar la llicència de conduir i en obligar a avortar en cas d'embaràs. A més, un 77% descrivia a les persones amb malalties mentals com impredecibles, un 74% com estranyes, un 71% anormals i un 66% emocionals.</p> <p>L'estudi va revelar, a més, que l'EE és un dels millors predictors de l'estigma percebut en els pacients. Una alta EE distorsiona l'autoconcepte del pacient, li imposa sentiments de culpa, baixa autoestima i vergonya.</p> |
| Brent et al. 34 | 2007 | Cas clínic | <p>Aquest article presenta un cas clínic d'un jove immigrant, fumador de marihuana i sense pare que va patir el seu primer episodi psicòtic a l'adolescència. Va estar hospitalitzat una setmana i se li van prescriure antipsicòtics i reguladors de l'estat d'ànim. Quan se li va donar l'alta no se li havien planificat intervencions familiars, i al llarg dels anys de malaltia el jove va patir nombroses rehospitalitzacions degut a la no adherència al tractament i va acabar sent tancat a la presó pel seu comportament disruptiu i amenaçador.</p> <p>El cas subratlla la importància d'oferir intervencions psicosocials als pacients en contacte estret amb la seva família d'almenys 9 mesos, i que inclogui educació sobre la malaltia, suport familiar, intervenció en les crisis i habilitats en la resolució de problemes, doncs aquestes redueixen significativament les recaigudes, l'estrès familiar, l'EE i l'estigma. No obstant, només el 10% de les famílies reben intervencions familiars a USA i un 15% als països europeus occidentals.</p> |

Objectiu 1: establir la relació entre l'estigma i el temps de psicosis no tractada

L'estigma i el temps de psicosis no tractada

Tal com afirma **Zelst**²⁶ en el seu estudi, es podria conceptualitzar l'estigma com un factor ambiental modificable que no només exerceix la seva influència una vegada s'ha realitzat el diagnòstic d'esquizofrènia, sinó fins i tot abans, quan la simptomatologia prodròmica comença a fer-se evident. Aquest estigma comporta una discriminació negativa que inclourà nombrosos desavantatges en l'accés a una atenció sanitària i a uns serveis sanitaris d'alta qualitat.

En aquesta línia, **Shrivastava et al.**²⁷, argumenten que l'estigma juga un paper molt important en l'accés al tractament, en la continuïtat del mateix i en l'obtenció de resultats favorables i un bon nivell funcional per part de la persona amb esquizofrènia. S'evidencia així un concepte molt rellevant: l'estigma és una condició clínica. Defensen que a vegades, els prejudicis i la vergonya interfereixen en buscar tractament i dificulten la seva adherència. A més, les concepcions exclusivament mèdiques dels trastorns mentals, particularment les genètiques, poden incrementar l'estigma i reduir l'optimisme sobre la recuperació, doncs la malaltia és concebuda com quelcom fix i crònic. Aquesta mala interpretació sobre la dimensió biològica dels trastorns mentals comporta en certes ocasions que els familiars formin part dels agents estigmatitzadors.

Czuchta et al.²⁸ van evidenciar que un dels factors que determinava un major TPNT era l'estigma. Les famílies no són immunes als seus efectes negatius, el que comporta que la majoria de vegades evitin buscar ajuda en les primeres fases de la malaltia per evitar l'etiquetatge d'ells mateixos i de la persona afectada. L'estudi va revelar que van passar 4.89 mesos des de que els familiars van demanar ajuda a persones no professionals i 7.33 mesos per sol·licitar ajuda psiquiàtrica especialitzada.

Yung²⁹ argumenta que quan més temps una persona roman psicòtica a la comunitat sense ser tractada, amb major probabilitat es veuran afectades les seves relacions i abandonarà la feina o els seus estudis. Aquesta noció es basa en l'evidència de l'associació entre el temps de psicosis no tractada (TPNT) i un pitjor pronòstic en quan als símptomes i al funcionament de la persona amb esquizofrènia, doncs hi ha evidència que menor TPNT està associat amb millors resultats en els 10 anys posteriors al primer episodi psicòtic. Així considera que la raó fonamental d'una intervenció precoç és que el deteriorament observat en les persones amb esquizofrènia no només és degut a l'inevitable procés biològic que comporta el trastorn, sinó

als factors psicosocials que intervenen en els anys que segueixen el primer episodi psicòtic. Aquests factors psicosocials inclouen: interrupció de l'educació i la trajectòria professional, estrès familiar i claudicació familiar, pèrdua d'amistats, depressió, desmoralització, estigma, interrupció en el desenvolupament de la personalitat, por a les recaigudes, ús de substàncies adictives, falta d'habitatge i estrès post-traumàtic.

Alvarez et al.³⁰, van determinar quins eren els factors predictors de patir un únic episodi psicòtic. Tres factors van resultar rellevants: un TPNT inferior a 60 dies, una ràpida resposta al tractament farmacològic i la no pèrdua dels pares. Segons el seu estudi, un major TPNT genera processos psicològics destructius que comporten un pitjor pronòstic, doncs interrompen el desenvolupament normal i saludable de la persona incrementant els problemes socials i l'estigma. Això comporta la pèrdua de factors protectors, com l'educació o el suport social. També implica l'exposició a dificultats socials i aïllament, el que se sap que són factors de risc per desenvolupar psicosis; i incrementen l'exposició a l'estrès social, la discriminació i les experiències traumàtiques.

Altres factors implicats en el temps de psicosis no tractada

Segons **Compton et al.**³¹, el TPNT està estretament relacionat amb els factors personals de la persona amb esquizofrènia, i addicionalment amb els factors familiars. Aquest és un concepte fonamental, ja que allibera de culpa als pares per haver retardat l'accés en el tractament. Així, la diversitat en els pacients, famílies i altres factors a nivell de serveis estan clarament en joc a l'hora de determinar la durada de la demora del tractament inicial. Només alguns factors familiars s'han considerat com a variables del TPNT. Altres factors, com la presa de decisions del propi pacient (l'acceptació o el rebuig de la cerca d'ajuda inicial) estan clarament involucrats en la durada del TPNT i en la percepció de sobrecàrrega per part del cuidador.

Els predictors familiars de la psicosis no tractada (PNT) obtinguts en el seu estudi són els següents:³¹

- Major consciència de malaltia
- Presència de tensió i sobrecàrrega del cuidador
- Presència de fortalesa familiar i d'un alt nivell d'afrontament
- Nivell de coneixements sobre l'esquizofrènia

- Percepcions de les conductes estigmatitzadores dirigides a la persona amb esquizofrènia

Els resultats mostren que un major coneixement i una major percepció d'esforç i implicació per part del cuidador s'associen a un major TPNT. Aquestes variables no són preliminars a la psicosis no tractada (PNT), sinó que en són una conseqüència. És a dir, la consciència de malaltia i l'esforç del cuidador probablement evolucioni com a conseqüència de la PNT. Per tant, pot haver major consciència de la necessitat del tractament i una major càrrega per part dels cuidadors a mesura que la malaltia progressa.³¹

Per altra banda, la presència d'una fortalesa familiar i un alt nivell d'afrontament està associat a un menor TPNT. El nivell de coneixements sobre l'esquizofrènia per part dels familiars cuidadors i les seves percepcions de conductes estigmatitzadores cap a la persona amb esquizofrènia i la seva relació amb la PNT no ha sigut estadísticament significativa.³¹

Taula 4: Resum de la relació entre l'estigma i el TPNT segons cada autor

| Autors | Resultats |
|----------------------------------|---|
| Zelst ²⁶ | L'estigma comporta una discriminació negativa que inclourà nombrosos desavantatges en l'accés a una atenció sanitària (augment del TPNT) i a uns serveis sanitaris d'alta qualitat. |
| Shrivastava et al. ²⁷ | Els prejudicis, la vergonya, la reticència de certs professionals a instaurar un tractament antipsicòtic a adolescents amb símptomes psicòtics per desconexió de l'efecte del mateix en un cervell en desenvolupament i la concepció exclusivament genètica-biològica de l'esquizofrènia, vista com quelcom fix, crònic i poc optimista, que en certes ocasions comporta que els familiars formin part dels agents estigmatitzadors, són manifestacions de l'estigma que implicaran una dificultat en l'accés al tractament, en la continuïtat del mateix i en l'obtenció de resultats favorables i un bon nivell funcional per part de la persona amb esquizofrènia. |
| Czuchta et al. ²⁸ | Van evidenciar que l'estigma determina un major TPNT. El secretisme familiar fonamentat en l'evitació de l'etiquetatge tant d'ells mateixos com de la persona amb esquizofrènia, demora la busca d'ajuda psiquiàtrica especialitzada. |
| Yung ²⁹ | Aquest autor no relaciona l'estigma com una causa d'un major TPNT, sinó com una conseqüència. Un major TPNT està associat a un pitjor pronòstic en quan els símptomes i al funcionament de la persona amb esquizofrènia, el que implicarà la potenciació dels factors psicosocials que intervenen en els anys que segueixen el primer episodi psicòtic:estrès i claudicació familiar, pèrdua d'amistats i estigma, entre altres. |
| Alvarez et al. ³⁰ | Van evidenciar que un TPNT inferior a 60 dies era un dels factors predictors a patir un únic episodi psicòtic. De la mateixa manera que Yung, considera l'estigma com una conseqüència d'un major TPNT, doncs aquest interromp el desenvolupament normal i saludable de la persona incrementant els problemes socials, aïllament, discriminació i estigma. |
| Compton et al. ³¹ | <p>El TPNT està estretament relacionat amb els factors personals de la persona amb esquizofrènia (per exemple, l'acceptació o el rebuig de la cerca d'ajuda inicial), els factors familiars i els factors a nivell de serveis. Els predictors familiars de la PNT són: una major consciència de malaltia, tensió i sobrecàrrega del cuidador augment el TPNT. Per altra banda, la presència d'una fortalesa familiar i un alt nivell d'afrontament està associat a un menor TPTN.</p> <p>El més rellevant d'aquest estudi, donat el tema d'investigació, és que no s'ha trobat una relació estadísticament significativa entre l'estigma i el TPNT</p> |

Objectiu 2: establir la relació entre l'estigma i l'alta emoció expressada familiar

L'estigma i l'alta emoció expressada familiar

Czuchta et al.²⁸ van descriure que l'esquizofrènia afecta a tots els aspectes de la persona que la pateix, però també a la seva família. En els primeres moments de la psicosis, moltes demandes són traslladades als familiars. No obstant, no tots ells tenen els mateixos recursos i habilitats per recolzar a la persona afectada. Descriuen així sentiments de dolor, ansietat, preocupació sobre el futur de la persona amb esquizofrènia i per les demandes que impliquen viure amb aquesta, que incrementen per moments. En l'anàlisi quantitatiu de l'estudi es va mostrar una clara associació entre l'emoció expressada i l'estigma. Així mateix, es va revelar que a mesura que la simptomatologia augmenta, també ho fa la sobrecàrrega familiar, sent més intensa els primers anys de la malaltia i disminuint a partir dels 5 – 10 anys.

EI-Tantawy et al.³², van evidenciar que l'estigma i una alta EE estan associats a alts nivells en la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), major nivells de recaigudes, major durada d'anys de la malaltia, menors nivells en l'escala Assessment of Negative Symptoms (SANS) i en l'escala Global Assessment of Functioning (GAF).

Tot i que la relació causal no estava ben definida, es va trobar una forta relació entre l'estigma i l'alta EE. L'estigma, com a actitud negativa cap al pacient i la família, pot afectar a la seva relació i potenciar l'EE. L'EE, al mateix temps, pot afectar a les respostes i percepcions que tenen sobre l'estigma i la discriminació. Donat que l'estigma té un gran efecte en la qualitat de vida dels pacients amb esquizofrènia i els seus familiars, els professionals de la salut l'haurien de tractar com a part de la teràpia psicològica i psiquiàtrica per reduir els seus efectes negatius.³²

Chien et al.³³ van descriure que en les societats asiàtiques, especialment les xineses, l'estigma social relacionat amb les malalties mentals pot ser un factor afegit a la sobrecàrrega familiar, on la família és considerada responsable dels comportaments disruptius dels seus fills. Aquesta càrrega addicional degut a l'estigmatització, des de la perspectiva dels cuidadors, estava associat a alts nivells d'emoció expressada i conflictes en la interacció familiar. L'estudi va mostrar que l'EE és un dels millors predictors de l'estigma percebut en els pacients.

Les intervencions familiars i l'emoció expressada

Brent et al.³⁴ afirmen que tot i que cuidar d'una persona amb esquizofrènia té efectes beneficiosos en la vida dels familiars, doncs els permet potenciar les seves qualitats personals, establir prioritats a la vida i augmentar la seva resiliència, també els hi implica una important restricció de les seves activitats socials, sentiments de pèrdua i aïllament, el que acabarà derivant en una sobrecàrrega i una possible alta EE. A les persones amb esquizofrènia que mantenen un contacte estret amb la seva família se'ls haurien d'oferir intervencions familiars d'almenys 9 mesos i que incloguessin educació sobre la malaltia, suport familiar, intervenció en les crisis i habilitats en la resolució de problemes, atès que una teràpia igual o superior a 9 mesos redueix significativament les recaigudes, l'EE, l'estrès familiar, l'estigma i incrementen el suport i la xarxa social. No obstant, a Estats Units només un 10% de les famílies reben intervencions familiars com a part del tractament, i en els països europeus occidentals un 15%.

L'estigma institucional i les dificultats per iniciar una intervenció precoç o una intervenció familiar

Shrivastava et al.²⁷ evidencien que les intervencions precoces en la psicosis no només són neuroprotectores, sinó que tenen la capacitat de frenar el deteriorament i les recaigudes de la persona amb esquizofrènia. Se'n deriva així de les mateixes, un millor pronòstic i qualitat de vida. No obstant, el tractament precoç en persones d'alt risc –la majoria de vegades persones joves– ha estat acusat d'estigmatitzar-les. Això es deu al desconeixement de l'efecte dels antipsicòtics en un cervell en desenvolupament, com en el cas dels adolescents. Aquestes opinions desemmascaren que és possible que l'estigma provingui dels mateixos centres de salut mental i que els professionals formin part del sistema de prejudici.

Brent et al.³⁴ descriu que en les unitats psiquiàtriques, les intervencions familiars normalment són considerades com quelcom que s'allunya de l'objectiu central del tractament psiquiàtric, convertint-se així en una teràpia addicional. A més, la majoria de psiquiatres no reben la formació suficient sobre com parlar amb les famílies de l'impacte de l'emoció expressada en el curs de la malaltia. Alguns temen estigmatitzar a la família si els inclouen dins les intervencions familiars, quan és precisament aquesta omisió d'una part fonamental del tractament el que augmenta l'EE i la percepció d'estigmatització per part de la família.

Chien et al.³³ mostren en el seu estudi que el 40% de les persones amb esquizofrènia ha tingut experiències traumàtiques en la seva hospitalització degut a les actituds negatives dels professionals i a les seves excessives restriccions. Descriuen, a més, que el 66% dels professionals considerava que un pacient amb una malaltia mental havia de ser internat en un hospital psiquiàtric sense el seu consentiment i que el 41% estava d'acord en retirar la llicència de conduir de les persones amb malalties mentals i en que s'havia d'obligar a avortar en cas d'embaràs.

6. Discussió

Un dels objectius del present estudi era establir una relació entre l'estigma i el TPNT. Alguns autors refereixen l'estigma com una causa d'un major TPNT^{26,27,28}, altres com una conseqüència d'aquest³⁰, i alguns no han trobat una relació estadísticament significativa entre aquestes dues variables.²⁹

Donat que l'estigma és una condició clínica²⁷ que dificulta l'accés a un tractament precoç a les persones amb esquizofrènia, comportant un pitjor pronòstic a nivell simptomàtic, social i funcional^{27,29,30}, hem considerat rellevant evidenciar quins són els sistemes implicats en aquesta construcció social-nociva de les malalties mentals.

Tot i que els factors personals de l'afectat d'esquizofrènia són determinants a l'hora de d'observar un major o menor TPNT, són també rellevants altres factors socials, familiars i institucionals. L'acceptació o rebuig del propi pacient en la cerca d'ajuda inicial, basada en la no consciència de malaltia, en la por o la vergonya; la temor dels familiars a l'etiquetatge si s'acudeix a un centre de salut mental, amb el conseqüent tractament antipsicòtic; i la reticència d'alguns professionals de la salut a tractar precoçment a joves amb simptomatologia psicòtica, són algunes de les raons que demoren l'inici del tractament.^{27,28,31}

El segon objectiu del treball era determinar la relació existent entre l'estigma i l'alta EE. Diversos estudis han mostrat una clara associació entre ambdós^{3,28,32,33}. No obstant, només un d'ells afirma que el tractament contra l'estigma s'hauria d'incloure com a part de la teràpia psicològica i psiquiàtrica de la persona afectada, donat els seus efectes nocius en tots els nivells.³² Per altra banda, Brent et al.³⁴ defensen les intervencions familiars com a mesura preventiva per evitar i reduir l'alta EE, el que disminuiria al mateix temps les recaigudes, l'estrès familiar i l'estigma. Tot i això, les intervencions familiars com a part del tractament no estan totalment implementades, ja que a Estats Units només un 10% de les famílies les reben i a Europa Occidental un 15%.

En aquesta línia, i donat els beneficis altament coneguts de les intervencions familiars, ens preguntem el perquè de la seva no estandardització. La falta de formació de psiquiatres sobre com parlar amb les famílies de l'impacte de l'EE en el curs de la malaltia, la por a estigmatitzar-les si se'ls hi proposa participar en les intervencions familiars i la creença de que aquestes s'allunyen de l'objectiu central del tractament psiquiàtric, podrien ser alguns dels motius.³⁴

Limitacions

Aquest estudi té tres limitacions principals: la primera és la poca informació obtinguda sobre el tema d'estudi. Pensem que una troballa bibliogràfica més extensa podria haver donat diferents resultats o evidenciar més els ja obtinguts. Per altra banda, el fet d'haver utilitzat estudis realitzats en països amb diferents cultures, pot haver esbiaixat en certa mesura els resultats degut a factors culturals. I per últim, donada la poca bibliografia trobada sobre el tema, s'han inclòs articles que parlaven de trastorns mentals severos, i no exclusivament d'esquizofrènia.

7. Conclusions

- L'estigma és una condició clínica que afecta negativament en el pronòstic social, simptomàtic i funcional de la persona amb esquizofrènia.
- L'estigma produeix un retard en la cerca d'ajuda inicial per part de les persones amb esquizofrènia i el seu cercle familiar, augmentant el temps de psicosis no tractada.
- Els professionals de la salut haurien de tractar l'estigma com a part de la teràpia psicològica/psiquiàtrica per reduir els seus efectes negatius: exacerbació de la simptomatologia, empitjorament del pronòstic, estrès, poca adherència al tractament, pèrdua d'amistats i claudicació familiar.
- L'emoció expressada és un dels millors predictors de l'estigma percebut en les persones amb esquizofrènia.
- L'estigma i l'emoció expressada estan associats a un pitjor pronòstic funcional i simptomàtic, un major nivell de recaigudes i major durada d'anys de malaltia
- La falta d'una implementació consensuada de les teràpies familiars en les persones amb esquizofrènia manifesta l'estigma institucional residual existent.

8. Bibliografia

1. Mestdagh A, Hansen B. Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2014 [citad 5 gener 2015];49(1):79–87. Disponible a: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-013-0729-4>
2. Pacheco G. La construcción social enfermo mental: su repercusión en el individuo, familia y en los cuidados de salud mental. Stuttgart: Editorial Académica Española; 2013.
3. Phillips MR. Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2002 Dec 1 [citad 5 gener 2015];181(6):488–93. Disponible a: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/bjp.181.6.488>
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. [Internet]. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009 [citad 5 gener 2015]. Disponible a: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_resum_cast_2009.pdf
5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2014.
6. Saiz J, Vega D, Sanchez P. Bases neurológicas de la esquizofrenia. *Clin Sal* [Internet]. 2010 [citad 20 novembre 2014];21(3):235-254. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742010000300004&script=sci_arttext
7. Videbeck SL, Miller CJ. Enfermería psiquiàtrica. 5a ed. Hospitalet de Llobregat: Lippincott Williams & Wilking; 2011.
8. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: con glosario y criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Médica Panamericana; 2000.
9. Howas O, Murray R. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental – cognitive model. *Lancet* [internet]. 2014 [citad 20 novembre 2014];383(9929):1677-87. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361362036X>

10. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. PLoS Med [Internet]. 2005 [citad 9 desembre 2014];2(5):e141. Disponible a: <http://www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pmed.0020141&representation=PDF>
11. Oliver EA, Fearon P. Schizophrenia: epidemiology and risk factors. Psychiatry Res[Internet]. 2008 [citad 28 novembre 2014];7(10):410-14. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1476179308001547>
12. Jackson D, Kirkbride J, Croudace T, Morgan C, Boydell J, Errazuriz A, et al. Meta-analytic approaches to determine gender differences in the age-incidence characteristics of schizophrenia and related psychoses. Int. J Methods Psychiatr Res. [Internet]. 2013 [citad 9 desembre 2014];22(1):36-46. Disponible a: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mpr.1376/epdf>
13. Os J, Kapur S. Schizophrenia. Lancet [internet]. 2009 [citad 29 novembre 2014]; 374(9690):635-45. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673609609958>
14. Howes O, Bose S, Turkheimer F, Valli I, Egerton A, Stahl D, et al. Progressive increase in striatal dopamine synthesis capacity as patients develop psychosis: a PET study. Mol Psychiatr [Internet]. 2011 [citad 10 desembre 2014];16(9):885-6. Disponible a: <http://search.proquest.com/docview/888293980?accountid=15295>
15. Ruiz M, Salaberria K, Echeburúa E. Schizophrenia: Analysis and psychological treatment according to the clinical staging. Actas Esp Psiquiatri [Internet]. 2013 [citad 22 desembre 2014];41(1):52-9. Disponible a: <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio//15/81/ENG/15-81-ENG-52-59-372646.pdf>
16. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of schizophrenia [Internet]. Edinburgh:SIGN; 2013 [citad 5 gener 2015]. Disponible a: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf>
17. Amaresha AC, Venkatasubramanian G. Expressed emotion in schizophrenia: an overview. Indian J Psychol Med [Internet]. 2012 [citad 5 de gener 2015];34(1):12–20. Disponible a: <http://search.proquest.com/docview/1030406119>

18. Llovera NF, Forteza L. Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia : implicaciones terapéuticas. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2012 [citad 8 gener 2015];32(116):739–56. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352012000400005&script=sci_arttext
19. Vasconcelos E, Wearden A, Barrowclough C. Expressed emotion, types of behavioural control and controllability attributions in relatives of people with recent-onset psychosis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2013 [citad 3 gener 2015];48(9):1377–88. Disponible a: http://download.springer.com/static/pdf/621/art%253A10.1007%252Fs00127-013-0659-1.pdf?auth66=1426147632_a385c5d200e39a88fda8bd0026fa994a&ext=.pdf
20. Lee G, Barrowclough C, Lobban F. Positive affect in the family environment protects against relapse in first-episode psychosis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2014 [citad 3 gener 2015];49(3):367–76. Disponible a: http://download.springer.com/static/pdf/199/art%253A10.1007%252Fs00127-013-0768-x.pdf?auth66=1426147784_aa175cdced7d6d2eec13b2db3533339d&ext=.pdf
21. O'Brien MP, Gordon JL, Bearden CE, Lopez SR, Kopelowicz A, Cannon TD. Positive family environment predicts improvement in symptoms and social functioning among adolescents at imminent risk for onset of psychosis. Schizophr Res [Internet]. 2006 [citad 3 gener 2015];81(2-3):269–75. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996405004676>
22. Sontag S. 1988. La enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas. Barcelona: Taurus, 2005.
23. Karidi MV, Stefanis CN, Theleritis C, Tzedaki M, Rabavilas AD, Stefanis NC. Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia. Compr Psychiatry [Internet]. 2010 [citad 24 desembre 2014];51(1):19–30. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X09000029>
24. Rigol A, Ugalde M. Enfermería de salud mental y psiquiàtrica. 2a ed. Barcelona: Masson; 2001.
25. Pacheco A. Los espacios de la enfermera de Salud Mental. Metas.1999;(16):41-49.

26. Zelst C. Stigmatization as an environmental risk in schizophrenia: a user perspective. *Schizophrenia Bull.* 2009; 35(2):293-296.
27. Shrivastava A, Bureau Y, Rewari N, Johnston M. Clinical risk of stigma and discrimination of mental illnesses: Need for objective assessment and quantification. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2013 [citat 25 març 2015];55(2):178-82. Disponible a: <http://www.indianjpsychiatry.org/article.asp?issn=0019-5545;year=2013;volume=55;issue=2;spage=178;epage=182;aulast=Shrivastava>
28. Czuchta D, McCay E. Help-seeking for parents of individuals experiencing a first episode of schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing* [Internet]. 2001 [citat 25 març 2015];15(4):159-170. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941701131936#>
29. Yung AR. Early intervention in psychosis: Evidence, evidence gaps, criticism, and confusion. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 2012; 46 (1):7-9.
30. Alvarez M, Gleeson JF, Henry LP, Harrigan SM, Harris MG, Amminger GP et al. Prediction of a single psychotic episode; a 7.5 year, prospective study in first-episode psychosis. *Schizophrenia research* [Internet]. 2011 [citat 25 març 2015];125(2):236-246. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996410015951>
31. Compton M, Goulding S, Gordon T, Weiss P, Kaslow N. Family-level predictors and correlates of the duration of untreated psychosis in african american first-episode patients. *Schizophrenia Research* [Internet]. 2009 [citat 25 març 2015];115(2-3):338-345. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996409004733>
32. El-Tantawy AM, Raya YM, Al-Yahya A, Mohamed SA, Youssef UM. Stigma and expressed emotions: A study of people with severe psychiatric illness. *MECPsych.* 2014; 21(4):258-267.

33. Chien W, Yeung F, Chan A. Percieved stigma of patients with severe mental illness in Hong Kong: relationships with patients' psychosocial conditions and attitudes of family caregivers and health professionals. *Adm Policy Ment Health* [Internet]. 2014 [citat 25 març 2015];41:237-251. Disponible a: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10488-012-0463-3>
34. Brent BK, Giuliano AJ. Psychotic-spectrum illness and family-based treatments: A case-based illustration of the underuse of. *Harv Rev Psychiatr*. 2007;15(4):161-168.