

Rafael Touriño¹
Francisco J. Acosta^{1,2,3}
Alba Giráldez¹
Jorge Álvarez¹
Jesús M^a González⁴
Cristina Abelleira⁵
Natalia Benitez¹
Ernesto Baena⁵
Jaime A. Fernández¹
Carlos J. Rodríguez⁶

Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con esquizofrenia y autoestigma

¹ Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Gran Canaria, Canarias, España
² Programa de Investigación en Salud Mental de Canarias. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales. Gran Canaria, Canarias, España
³ Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC). Instituto de Salud Carlos III

⁴ Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Gran Canaria, Canarias, España
⁵ Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Gran Canaria, Canarias, España
⁶ Servicio de Psiquiatría. Hospital General de Fuerteventura. Fuerteventura, Canarias, España

Introducción. El autoestigma tiene efectos negativos en aspectos subjetivos y objetivos de la recuperación en las personas con trastornos mentales. A pesar de su importancia, ha sido poco estudiado en la esquizofrenia.

Metodología. Evaluamos el autoestigma en 71 pacientes diagnosticados de esquizofrenia, en Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria. Se evaluó su prevalencia y su posible asociación con variables sociodemográficas, clínicas generales, psicopatológicas y aspectos psicológicos, así como la conducta suicida e ideación suicida.

Resultados. El 21,1% de los pacientes presentaron autoestigma. El autoestigma se asoció a mayor prevalencia de ideación suicida en el último año, mayor número total de tentativas suicidas, mayor riesgo suicida actual, peor autocompasión, mayor autoestima y peores puntuaciones en depresión, mayor prevalencia de depresión y mayor desesperanza. En el análisis multivariante, la desesperanza y la existencia de depresión se asociaron de manera independiente con el autoestigma, si bien la depresión lo hizo con tendencia a la significación.

Conclusiones. La asociación entre autoestigma y mayor desesperanza, depresión y riesgo suicida sugiere la necesidad de evaluar sistemáticamente el autoestigma en los pacientes con esquizofrenia, e intervenir para su reducción.

Palabras clave: Autoestigma, Esquizofrenia, Desesperanza, Riesgo suicida, Suicidio, Rehabilitación psicosocial

Correspondencia:

Francisco Javier Acosta Artilles
Servicio de Salud Mental
Dirección General de Programas Asistenciales
Servicio Canario de la Salud
Consejería de Sanidad. 3^a planta
C/ Pérez del Toro (Plaza Dr. Juan Bosch Millares, 1)
35004 Las Palmas de Gran Canaria
Tel.: 928 302764. Fax: 928 302797
Correo electrónico: fjacostaartilles@hotmail.com

Actas Esp Psiquiatr 2018;46(2):33-41

Suicidal risk, hopelessness and depression in patients with schizophrenia and internalized stigma

Background. Internalized stigma has negative consequences on subjective and objective aspects of the recovery in people diagnosed with mental disorders. Despite its relevance, it has been poorly studied in patients with schizophrenia.

Methods. A sample of 71 outpatients with a diagnosis of schizophrenia who attended Psychosocial Rehabilitation Centers of Gran Canaria, Spain, were evaluated. We assessed the prevalence of internalized stigma and its possible association with sociodemographic, clinical, psychological and psychopathological variables, as well as suicidal behaviour and suicidal ideation.

Results. 21.1% of the patients had internalized stigma. Internalized stigma was associated with higher prevalence of suicidal ideation during the last year, higher number of suicide attempts, higher current suicidal risk, worse self-compassion, higher self-esteem, higher scores on depression, higher prevalence of depression and higher hopelessness. After multivariate analysis, hopelessness and the existence of depression were independently associated with internalized stigma, although depression showed trend towards significance.

Conclusions. The association between internalized stigma and higher hopelessness, depression and higher suicidal risk suggests the necessity to systematically assess internalized stigma in patients with schizophrenia, and to intervene to reduce it.

Keywords: Internalized stigma, Schizophrenia, Hopelessness, Suicidal risk, Suicide, Psychosocial rehabilitation

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha habido un interés creciente por el efecto del estigma en el bienestar de los pacientes con trastornos psiquiátricos. Además, se ha hallado que el autoestigma tiene efectos negativos en los componentes subjetivos y objetivos de la recuperación en las personas con trastornos mentales^{1,2}.

El estigma internalizado o autoestigma se refiere al grado en que los pacientes con un trastorno psiquiátrico aceptan e internalizan las creencias estigmatizantes de la sociedad^{2,3}, conllevando reacciones emocionales como menores autoestima y autoeficacia^{1,3}. El proceso psicológico comienza con la toma de conciencia de los estereotipos negativos sobre la enfermedad mental por parte de la sociedad y cultura que rodea al individuo. El autoestigma comienza cuando se produce la aceptación de estos estereotipos. Por último, el proceso se convierte en dañino cuando se produce la aceptación de estos estereotipos aplicados sobre uno mismo¹.

El estigma internalizado se ha hallado como un moderador entre el *insight* y la desmoralización, de forma que la asociación entre *insight* y desmoralización es más fuerte a medida que el autoestigma es mayor⁴. En la misma línea, otros autores han hallado al estigma internalizado como un mediador entre el *insight* y elementos de la desmoralización, como la desesperanza y la menor autoestima. Así, los pacientes con mayor *insight* y estigma moderado fueron los que presentaron peor desesperanza y autoestima, frente a aquellos con bajo *insight* y estigma leve y aquellos con alto *insight* y estigma mínimo². Por su parte, también se ha hallado una asociación entre el estigma internalizado y peores niveles de bienestar⁵. Es más, la asociación entre el estigma y la desesperanza y menor autoestima condiciona unos peores resultados en la evolución, incluyendo los síntomas depresivos, evitación social y una preferencia por las estrategias de afrontamiento evitativas⁶.

A pesar de la potencial importancia del autoestigma como mediador o moderador del efecto de la conciencia de enfermedad en diversos aspectos psicopatológicos, psicológicos y de evolución, los estudios en la literatura aún son escasos. Por otra parte, hasta nuestro conocimiento no existen estudios que evalúen específicamente la posible asociación entre estigma y conductas suicidas en la esquizofrenia. De hecho, no existe mención alguna a su rol en las revisiones sistemáticas realizadas sobre esquizofrenia y suicidio^{7,8}.

En este contexto, se ha diseñado este estudio con los siguientes objetivos:

1. Evaluar la prevalencia de autoestigma en pacientes diagnosticados de esquizofrenia que asisten a programas de rehabilitación psicosocial.

2. Evaluar la relación entre el autoestigma internalizado y variables sociodemográficas, clínicas, psicopatológicas, aspectos psicológicos y conductas suicidas en pacientes con esquizofrenia.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo constituida por 71 pacientes diagnosticados de esquizofrenia que acudieron consecutivamente a 8 Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial (CDRP) de Gran Canaria, entre marzo y julio del 2014. Los criterios de inclusión fueron el diagnóstico de esquizofrenia según criterios CIE-10 y la edad mayor de 18 años. Se excluyeron los pacientes con retraso mental o aquellos con déficit cognitivo o educativo tal que impidiera la comprensión necesaria para la administración de las escalas y recogida de datos necesarios. Los pacientes fueron evaluados por 6 psicólogos clínicos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil y respetó las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial, Declaración de Helsinki. Tras su descripción a los pacientes, los participantes dieron su consentimiento informado por escrito.

Procedimiento

Todos los pacientes fueron evaluados en los CDRP, en régimen ambulatorio. Los CDRP participantes fueron los de Maspalomas, Vecindario, Telde, Teror, Gáldar, Pino, San Francisco I, San Francisco II, Casa del Mar. Estos CDRP admiten pacientes provenientes de 8 Unidades de Salud Mental Comunitarias que abarcan una población de referencia de 847.830 habitantes. Toda la información y administración de escalas se realizó en una única entrevista. Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas generales, psicopatológicas (depresión, desesperanza, *insight*, síntomas psicóticos, negativos, cognitivos), aspectos psicológicos (autoestigma, autoestima, autocompasión), conductas suicidas previas e ideación suicida actual. Las variables sociodemográficas incluyeron la edad, sexo, estado civil, nivel educativo, actividad laboral, nivel socioeconómico. Las clínicas generales incluyeron el tiempo de evolución, número de ingresos psiquiátricos previos, consumo de tóxicos actual y antecedentes, gravedad clínica y tipo de abordaje terapéutico.

El autoestigma se evaluó mediante la escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental (ISMI)⁹. Es autoadministrada. Incluye subescalas que miden la alienación, asunción del estereotipo o autoestigma, discriminación percibida, aislamiento social y resistencia al estigma. Todas las

escalas se puntúan en una escala Likert que va de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). Utilizamos la traducción realizada por el Servicio Andaluz de Salud¹⁰, que ha sido empleada en investigaciones en España. Establecimos un punto de corte en el punto intermedio del rango de puntuaciones para la existencia o no de autoestigma, tal como se ha realizado previamente¹¹. Consideramos autoestigma la puntuación final mayor o igual a 2,5. La autoestima se evaluó mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg, en su versión validada en España^{12,13}: Es una escala ampliamente utilizada, sencilla, autoadministrada. Su puntuación total oscila entre 10 y 40. A mayor puntuación, mayor autoestima. La auto-compasión fue evaluada mediante la Escala de autocompasión¹⁴ en su versión amplia (26 ítems) y validada en España¹⁵. Es autoadministrada, se compone de 26 ítems, cada uno de los cuales puntúa de 1 a 5. A mayor puntuación, mayor autocompasión. La escala mide los 3 componentes de la autocompasión utilizando 6 factores: bondad hacia uno mismo versus autojuicio, humanidad común versus aislamiento y atención versus sobreidentificación. La conciencia de enfermedad se evaluó mediante los primeros tres ítems de la *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD)¹⁶, en su versión española validada¹⁷. Es heteroadministrada; los 3 primeros ítems evalúan la conciencia general de enfermedad, y pueden utilizarse por separado del resto de la escala completa. Los autores no proporcionan puntos de corte. A mayor puntuación, menor conciencia de enfermedad¹⁸. La depresión se evaluó mediante la Escala de Depresión de Calgary¹⁹ en versión validada en España²⁰. Heteroadministrada, consta de 9 ítems. Los puntos de corte recomendados por los autores son de 0 a 5 (no depresión) y de 6 a 27 (depresión)¹⁸. La desesperanza se evaluó mediante la Escala de Desesperanza de Beck²¹. Es autoadministrada y está constituida por 20 ítems. Su puntuación total oscila entre el 0 y el 20. A mayor puntuación, mayor desesperanza. Los puntos de corte recomendados son: de 0 a 3 (ninguna o mínima); de 4 a 8 (leve); de 9 a 14 (moderada); de 15 a 20 (grave)¹⁸. Para la evaluación de la psicopatología se utilizó la escala ICG para la esquizofrenia (ICG-SCH)²², en su subescala de gravedad. Es heteroaplicada y evalúa 5 dimensiones: síntomas positivos, negativos, depresivos, cognitivos y global. Se puntúa mediante escala tipo Likert con 7 grados de libertad. Su puntuación oscila entre 5 y 35. Se evaluaron los antecedentes de intento de suicidio, definido como la "conducta autolesiva con un resultado no fatal, acompañado de evidencia (explícita o implícita) de que la persona tenía la intención de morir"²³; de autolesión deliberada, definida como la "realización de actos intencionados dolorosos, destructivos o lesivos sobre sí mismo sin la intención de morir"; y de ideación suicida, definida como los pensamientos de servir como el agente de su propia muerte. El riesgo suicida actual fue evaluado mediante el ítem 8 de la escala de depresión de Calgary.

Análisis estadístico

En este estudio observacional analítico transversal, las variables cuantitativas cuya distribución resultó similar a la normal se describen por medio de la media aritmética \pm la desviación típica. Las variables cuantitativas con una distribución alejada a la normal se describen con la mediana, el percentil 25 y el percentil 75. Se contrastó la hipótesis de normalidad mediante el test de Shapiro-Wilk. Las variables cualitativas se describen por medio de la frecuencia absoluta y porcentaje correspondiente presentado entre paréntesis.

Las comparaciones entre los pacientes con autoestigma y sin autoestigma en variables cualitativas se realizaron por medio de la prueba Ji cuadrado, o con el estadístico exacto de Fisher cuando no se cumplían condiciones para la primera, y el test de Ji cuadrado de tendencia lineal en variables ordinales. Para las comparaciones en variables cuantitativas y variables dicotómicas se empleó el t-test o la U de Mann Whitney, respectivamente, según se cumplieron o no los supuestos de normalidad.

El riesgo de autoestigma se analizó por medio de un modelo de regresión logística que incluyó todas aquellas variables que mostraron al menos diferencias marginalmente significativas en los análisis bivariados, así como las variables edad y tiempo de evolución, que se incluyeron forzosamente en el modelo.

El nivel de significación estadística se estableció para una $p < 0,05$, y la tendencia a la significación para $p = 0,05 - 0,1$. El programa estadístico utilizado ha sido R Core Team (2014), R: A language and environment for statistical computing, R Foundation for Statistical Computing, Viena, Austria. (URL, <http://www.R-project.org/>).

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 71 pacientes. La muestra tuvo una mayor proporción de hombres (80,28%), la media de edad fue de $40,07 \pm 9,85$ años y el tiempo de evolución tuvo una mediana de 17 años. El 78,26% de los pacientes presentaban esquizofrenia paranoide. El 12,68% de los pacientes presentaba consumo perjudicial o dependencia actual de tóxicos (alcohol, cocaína, cannabis, heroína, nicotina u otras drogas). El 30,43% de los pacientes tuvieron tentativas suicidas y el 49,28% tuvo ideación suicida. Las características de la muestra total en todas las variables evaluadas se muestran en la tabla 1.

El 21,13% de los pacientes presentaban autoestigma. No se halló asociación del autoestigma con ninguna variable sociodemográfica ni clínica general. En relación con las conductas suicidas previas, los pacientes con autoestigma, presentaron una mayor prevalencia de ideación suicida en

Tabla 1	Características de la muestra total (n=71)
<i>Variables sociodemográficas</i>	
Edad	40,07±9,85
Sexo Hombre	57 (80,28)
Estado civil	
Casado o pareja estable	0 (0)
Soltero	62 (87,32)
Separado, viudo o divorciado	9 (12,68)
Nivel educativo (n=70)	
No sabe ni leer ni escribir	1 (1,43)
Estudios primarios	15 (21,43)
Bachiller elemental, EGB o ESO completa (Graduado escolar)	32 (45,71)
Bachiller superior, FP, Estudios universitarios	22 (31,43)
Situación laboral (n=70)	
Activo o baja laboral	1 (1,43)
En paro	17 (24,29)
Incapacidad por trastorno mental	52 (74,29)
Nivel socioeconómico (n=68)	
Bajo (Menos de 1000 €)	40 (58,82)
Medio (De 1000 – 2500 €)	21 (30,88)
Alto (más de 2500 €)	3 (4,41)
NS/NC	4 (5,88)
<i>Variables clínicas generales</i>	
Diagnóstico (n=69)	
Esquizofrenia paranoide	54 (78,26)
Otras Esquizofrenias	15 (21,74)
Tiempo de evolución (años) (n=67)	17 (11–24,5)
Número de ingresos psiquiátricos previos	1 (1–3)
Consumo actual de tóxicos	
No	62 (87,32)
Consumo perjudicial	5 (7,04)
Dependencia	4 (5,63)
Antecedentes de consumo de tóxicos	
No	27 (38,03)
Consumo perjudicial	27 (38,03)
Dependencia	17 (23,94)

Tabla 1	Continuación
<i>Conductas suicidas previas</i>	
Tentativas suicidas (n=69)	21 (30,43)
Número total de tentativas suicidas (n=65)	0 (0-0)
Número de tentativas suicidas en el último año (n=69)	0 (0-0)
Ideación suicida (n=69)	34 (49,28)
Ideación suicida en el último año (n=68)	11 (16,18)
Autolesión deliberada (n=68)	6 (8,82)
Número total de autolesiones deliberadas (n=68)	0 (0-0)
Número de autolesiones deliberadas en el último año (n=68)	0 (0-0)
<i>Escala ISMI</i>	
Puntuación total	58 (48–69,5)
Puntuación media	10,36±2,68
Alienación, media	2 (1,5–2,5)
Asunción de estereotipo o autoestigma, media	1,85 (1,42–2,14)
Discriminación percibida o experiencia de discriminación, media	2,2 (1,4–2,4)
Aislamiento social, media	1,99±0,64
Resistencia al estigma, media de la inversa	2,48±0,71
Escala de Autocompasión	19,26±3,35
Escala de Autoestima de Rosenberg	21,25±5,26
Escala de Desesperanza de Beck	6 (3–10)
Escala de Depresión de Calgary	3 (1–6,5)
Escala de Depresión de Calgary - Dicotómica: depresión	28 (39,44)
Suicidabilidad actual según Escala de Depresión de Calgary	13 (18,3)
<i>Escala ICG-SCH. Subescala de gravedad</i>	
Síntomas positivos	2 (2–4)
Síntomas negativos	3 (2–3)
Síntomas depresivos	2 (1–3)
Síntomas cognitivos	2 (2–3)
Gravedad global	3 (2–4)

Tabla 1	Continuación
<i>Escala SUMD</i>	
Total	4 (3-5)
Conciencia de poseer un trastorno	1 (1-2)
Conciencia sobre los efectos de la medicación	1 (1-1)
Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental	1 (1-3)
Las variables cualitativas se resumen como frecuencia (porcentaje), mientras que las variables cuantitativas que se alejan significativamente de la normalidad se presentan como mediana (percentil 25-percentil 75) y las que no se alejan, como media±desviación típica. Los tóxicos están formados por alcohol, cocaína, cannabis, heroína y otras drogas.	

el último año ($p=0,007$), así como un mayor número total de tentativas suicidas ($p=0,03$). Se obtuvieron resultados marginalmente significativos en relación con la prevalencia de tentativas suicidas ($p=0,054$) y autolesión deliberada ($p=0,097$). En cuanto a la Escala de Autocompasión, los pacientes con autoestigma presentaron valores inferiores en dicha escala ($p<0,001$). También se obtuvieron resultados significativos en todas las subescalas y subconstructos de esta escala, excepto en la subescala de Humanidad Común ($p=0,14$). En el resto de las escalas, los pacientes con autoestigma mostraron mayor puntuación en la escala de autoestima de Rosenberg ($p<0,001$), escala de desesperanza de Beck ($p<0,001$) y escala de depresión de Calgary ($p=0,001$). Posteriormente, se dicotomizó esta escala según el punto de corte recomendado, donde también se obtuvo un resultado significativo ($p<0,001$). Los pacientes con autoestigma, presentaron una mayor prevalencia de Suicidabilidad actual según Escala de Depresión de Calgary ($p=0,004$). (Tabla 2)

En el modelo resultante del análisis multivariante (Tabla 3), las variables predictoras que permanecieron asociadas de manera independiente fueron la escala de desesperanza de Beck (OR 1,46; IC95% [1,20-1,88]; $p<0,001$) y la escala de depresión de Calgary dicotomizada (OR 4,76; IC95% [0,99-28,42]; $p=0,06$), si bien esta última de modo marginalmente significativo.

DISCUSIÓN

En este estudio hemos hallado una considerable prevalencia de autoestigma en personas con esquizofrenia (21,1%). Este hallazgo es similar al 26,1% de otro estudio de pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo que en su mayoría acudían a centros de rehabilitación psicosocial²⁴. La prevalencia en nuestro estudio es inferior al

rango de prevalencia hallado en la literatura, entre el 26 y el 44%²⁴⁻²⁸. Una posible explicación es que nuestra muestra está compuesta íntegramente por pacientes que acuden a centros de día de rehabilitación psicosocial, en los cuales se realizan intervenciones de rehabilitación que pueden tener un efecto positivo sobre el autoestigma. De hecho, se ha hallado que las intervenciones orientadas a la recuperación y el empoderamiento disminuyen el autoestigma²⁹. Por otra parte, en concordancia con otros estudios, los participantes tuvieron la puntuación más baja (menor autoestigma) en la subescala de "asunción de estereotipo"^{9,24,25,29}.

En cuanto a la relación del autoestigma con otras variables, no hallamos relación con las variables sociodemográficas, al igual que en la mayoría de estudios^{27,28,30,31}. Los pacientes con autoestigma presentaron mayor prevalencia de ideación suicida en el último año, mayor número de tentativas suicidas previas, mayor depresión y desesperanza, menor autocompasión, mayor autoestima, y con tendencia a la significación, más antecedentes de tentativas suicidas y de autolesión deliberada. Tras el análisis multivariante, las variables predictoras fueron la desesperanza y la depresión. Según los puntos de corte establecidos para las escalas de depresión y desesperanza, los pacientes con autoestigma presentaron puntuaciones propias de existencia de depresión, y de desesperanza en grado moderado, frente a la no depresión y desesperanza leve de aquellos sin autoestigma. En otros estudios se ha hallado asociación entre autoestigma y riesgo suicida³², entre autoestigma y antecedentes de tentativas suicidas^{27,33}, y entre autoestigma y depresión y menor autoestima³⁴. Sin embargo, es un área aún muy poco estudiada, ya que apenas existen estudios que hayan evaluado la posible asociación entre autoestigma y conductas suicidas en la esquizofrenia²⁷. Los niveles altos de autoestigma en personas con trastorno mental se asocian con desesperanza, menor calidad de vida e integración y apoyo sociales³⁰. En un estudio ecológico sobre datos de 25 países de la Unión Europea, se halló una relación inversa entre la aceptación social de las personas con trastorno mental y las tasas de suicidio del país³⁵. La asociación entre estigma y riesgo suicida podría explicarse por varias vías. El estigma puede favorecer las reacciones de retirada emocional, aislamiento social y desesperanza³⁶. La desesperanza y la depresión son factores de riesgo suicida firmemente establecidos en la esquizofrenia⁸ y el aislamiento social también se ha hallado como factor de riesgo³⁷. Por su parte, el estigma, y especialmente el autoestigma, es una barrera para la búsqueda de ayuda para los problemas de salud mental³⁸, lo que puede aumentar el riesgo suicida³⁵. Por último, se ha señalado que la conciencia de enfermedad puede tener tanto consecuencias positivas como negativas, y el autoestigma se ha hallado como una variable moderadora entre la conciencia de enfermedad y la desmoralización^{2,4}. A la luz de nuestros hallazgos y los de la literatura, parece necesaria la identificación y abordaje del autoestigma para la reducción de las conductas suicidas en

Tabla 2 Diferencias entre pacientes con y sin autoestigma			
	No Autoestigma (N=56)	Autoestigma (N=15)	p
<i>Variables sociodemográficas</i>			
Edad	39,8±10,17	41,07±8,82	0,66
Sexo Hombre	45 (80,4)	12 (80)	1
Estado Civil; Soltero	50 (89,3)	12 (80)	0,39
Nivel Educativo (n=70); Graduado Escolar	24 (43,64)	8 (53,33)	0,76
Situación Laboral (n=70); Incapacidad por Trastorno Mental	41 (73,21)	11 (78,57)	1
Nivel Socioeconómico (n=68); Bajo	31 (57,41)	9 (64,29)	0,61
Diagnóstico (n=69); Esquizofrenia Paranoide	42 (77,78)	12 (80)	1
<i>Variables clínicas generales</i>			
Tiempo de evolución (años) (n=67)	17 (11-25)	16,5 (11,3-23,3)	0,95
Número de ingresos psiquiátricos previos	1 (0,75-2)	2 (1-3)	0,18
Consumo actual de tóxicos			0,67
No	48 (77,42)	14 (22,58)	
Consumo perjudicial	5 (100)	0 (0)	
Dependencia	3 (75)	1 (25)	
Antecedentes de consumo de tóxicos			0,43
No	24 (88,89)	3 (11,11)	
Consumo perjudicial	18 (66,67)	9 (33,33)	
Dependencia	14 (82,35)	3 (17,65)	
<i>Conductas suicidas previas</i>			
Tentativas suicidas (n=69)	13 (24,1)	8 (53,3)	0,054
Número total de tentativas suicidas (n=65)	0 (0-0)	0 (0-1)	0,03
Número de tentativas suicidas en último año (n=69)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,453
Ideación suicida (n=69)	25 (45,5)	9 (64,3)	0,244
Ideación suicida en último año (n=68)	5 (9,3)	6 (42,9)	0,007
Autolesión deliberada (n=68)	3 (5,6)	3 (21,4)	0,097
Número total de autolesiones deliberadas (n=68)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,29
Número de autolesiones deliberadas en último año (n=68)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,611
<i>Escala ICG-SCH. Subescala de gravedad</i>			
Síntomas positivos	2 (2-4)	3 (2-4,5)	0,55
Síntomas negativos	3 (2-3)	3 (2,5-3,5)	0,34
Síntomas depresivos	2 (1-2)	3 (1-3)	0,30
Síntomas cognitivos	2 (2-3)	2 (1-3)	0,16
Gravedad global	3 (2-4)	3 (2-4)	0,74

Tabla 2	Continuación		
	No Autoestigma (N=56)	Autoestigma (N=15)	p
<i>Escala SUMD</i>			
Total	4 (3-5)	4 (3,5-4,5)	0,39
Conciencia de poseer un trastorno	1 (1-1,25)	2 (1-2,5)	0,09
Conciencia sobre los efectos de la medicación	1 (1-1,25)	1 (1-1)	0,66
Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental	1 (1-3)	2 (1-2)	0,69
<i>Otras Escalas de evaluación psicológica y psicopatológica</i>			
Escala de Autocompasión	19,98±3,26	16,56±2,13	< 0,001
Subconstructo Auto-amabilidad	6,83±1,57	5,64±1,58	0,01
Subconstructo Humanidad común	6,48±1,11	5,63±1,03	0,01
Subconstructo Mindfulness	6,5±1,46	5,28±1,01	0,003
Escala de Autoestima de Rosenberg	20 (16,75-23)	27 (25-29)	< 0,001
Escala de Desesperanza de Beck	5 (2-7)	12 (10-14)	< 0,001
Escala de Depresión de Calgary	2 (0-5,25)	7 (5,5-9)	0,001
Escala de Depresión de Calgary - Dicotómica: depresión	16 (28,6)	12 (80)	< 0,001
Suicidabilidad actual según Escala de Depresión de Calgary	6 (10,7)	7 (46,7)	0,004
ICG-SCH: Escala ICG para la esquizofrenia; SUMD: <i>Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder</i>			

Tabla 3	Modelo Multivariado (n=71)			
Variables Predictoras	B	Error Estándar	p	OR [IC 95%]
Escala de Depresión de Calgary; dicotómica	1,56	0,83	0,06	4,76 [0,99-28,42]
Escala de Desesperanza de Beck	0,38	0,11	< 0,001	1,46 [1,20-1,88]
Constante	-5,44	1,27	< 0,001	
La variable dependiente es "autoestigma"				

esta población. Además de las intervenciones individuales, existen programas de intervención que disminuyen el autoestigma, fundamentalmente con enfoques psicoeducativos, narrativos y cognitivos^{39,40}.

Contrariamente a lo esperado, los pacientes con más autoestigma presentaron mayor autoestima. La mayoría de los estudios han hallado una correlación inversa entre el autoestigma y la autoestima^{6,28,30,34}. Sin embargo, varios estudios previos han hallado esta asociación, y se ha hipotetizado que el ser estigmatizado puede favorecer un fenómeno

de oposición a la evaluación negativa, con emergencia de una autopercepción positiva⁴¹. En esta línea, se ha señalado que los pacientes con trastornos mentales utilizan diferentes estrategias psicológicas para proteger su autoestima frente al estigma⁴². Además, se han relacionado las experiencias positivas en grupo, el humor y el trato con iguales estigmatizados, con un resultado beneficioso para la autoestima⁴². Estos últimos aspectos probablemente se producen durante las intervenciones en los centros de día de rehabilitación psicosocial. Por último, según el modelo propuesto sobre el proceso psicológico que conduce al autoestigma¹, solo cuan-

do se produce la aceptación y aplicación sobre uno mismo de los estereotipos negativos, sería esperable hallar menor autoestima, mientras que la mera aceptación de estos estereotipos no tendría por qué asociarse a menor autoestima¹.

En lo que conocemos, este es el primer estudio que relaciona el autoestigma con la autocompasión en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. La autocompasión es una forma de relacionarse con uno mismo de forma amable y comprensiva, viendo los errores como parte de la condición humana y siendo conscientes de la situación que se está viviendo. Está relacionada con la autoestima, pero no se basa en juicios positivos o comparaciones con los demás¹⁴. Nuestros resultados indican que los pacientes con mayor autoestigma presentan una peor autocompasión en todas las subescalas y constructos, excepto la subescala de humanidad común. En un reciente estudio no se halló asociación entre autoestigma y autocompasión en pacientes con trastorno bipolar, si bien la muestra del estudio era pequeña⁴³. Existen intervenciones que mejoran la autocompasión y los síntomas depresivos en pacientes con trastornos psicóticos^{44,45}. La Terapia Focalizada en la Compasión⁴⁵ está dirigida a fortalecer la compasión en personas muy autocríticas y con elevados sentimientos de vergüenza, por lo que podría ser útil en individuos con alto autoestigma. Los sentimientos de vergüenza se han considerado como mediadores entre el *insight* y el autoestigma⁴⁶.

Este estudio tiene una serie de limitaciones y fortalezas. La muestra de pacientes correspondió exclusivamente a pacientes atendidos en Centros de Rehabilitación Psicosocial. Por ello, los resultados pueden no ser generalizables al conjunto de la población de pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, arroja luz sobre la presencia de autoestigma en esta subpoblación y las relaciones de esta con otras variables. Hasta la fecha son escasos los estudios en esta población en España. Por otra parte, al no tratarse de un estudio prospectivo, no se pueden establecer con firmeza las relaciones causales que se han hipotetizado entre las variables estudiadas, sino solo en función de su plausibilidad. Otra limitación es que el diagnóstico de los pacientes no se estableció mediante una entrevista psiquiátrica estructurada. Por último, el tamaño del grupo que presentó autoestigma según el punto de corte establecido resultó pequeño. Las fortalezas del estudio incluyen la evaluación amplia de un amplio rango de variables, que incluyen aspectos psicológicos habitualmente ignorados en la literatura, como el propio autoestigma, la autoestima y la autocompasión, u otras variables de importancia como la conducta suicida. Por su parte, se utilizaron múltiples escalas psicométricas de validez contrastada, si bien no pudimos utilizar la escala de autoestigma en su versión validada en España, recientemente publicada²⁴ ya que en el momento de la realización del estudio no existía tal validación.

Como conclusiones, una considerable proporción de las personas con esquizofrenia tienen autoestigma. En nuestro estudio, la asociación entre autoestigma y mayor desesperanza, depresión y riesgo suicida sugiere la necesidad de evaluar sistemáticamente el autoestigma en los pacientes con esquizofrenia, e intervenir para su reducción.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no tienen conflicto de intereses que declarar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corrigan PW, 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.
2. 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(1):192-9.
3. Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull.* 2007;33(6):1312-8.
4. Cavelti M, Kvrjic S, Beck EM, Rüscher N, Vauth R. Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Compr Psychiatry.* 2012;53(5):468-79.
5. Norman RM, Windell D, Lynch J, Manchanda R. Parsing the relationship of stigma and insight to psychological well-being in psychotic disorders. *Schizophr Res.* 2011;133(1-3):3-7.
6. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr Serv.* 2008;59:1437-42.
7. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Psychopharmacol.* 2010;24 Suppl 4:S81-90.
8. Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, Goikolea JM, González-Pinto A, Gutiérrez-Rojas L, et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatr Scand.* 2014;130(6):418-26.
9. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res.* 2003;121(1):31-49.
10. Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA. Instrumento de evaluación nº 11. Escala de autoestigma de la enfermedad. Internalized stigma of mental illness scale (ISMI). En: Servicio Andaluz de Salud. Detección e intervención temprana en las psicosis. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
11. Yanos PT, Roe D, West ML, Smith SM, Lysaker PH. Group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness: findings from a randomized controlled trial. *Psychol Serv.* 2012;9(3):248-58.
12. Atienza LF, Moreno Y, Balaguer I. Análisis de la dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología Universitat Tarraconensis.* 2000;22(1-2):29-42.
13. Vázquez AJ, Jiménez R, Vázquez R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología.* 2004;2:247-55.

14. Neff KD. The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*. 2003;2:223-50.
15. García-Campayo J, Navarro-Gil M, Andrés E, Montero-Marín J, López-Artal L, Demarzo MM. Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:4.
16. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*. 1993;150:873-9.
17. Ruiz AI, Pousa E, Duñó R, Crosas JM, Cuppa S, García-Ribera C. Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36(2):111-9.
18. García -Portilla González MP, Bascarán Fernández MT, Sáiz Martínez PA, Parellada Redondo M, Bousoño García M, Bobes García J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 7ª ed. Majadahonda: Cyesan; 2015.
19. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: The Calgary Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1993;163 Suppl 22:S39-44.
20. Sarró S, Dueñas RM, Ramírez N, Arranz B, Martínez R, Sánchez JM, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. *Schizophr Res*. 2004;68(2-3):349-56.
21. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42(6):861-5.
22. Haro JM, Kamath SA, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A, et al. The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand. Suppl* 2003;(416):16-23.
23. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*. 2003;160(Suppl. 11):1-60.
24. Bengochea-Seco R, Arrieta-Rodríguez M, Fernández-Modamio M, Santacoloma-Cabero I, Gómez de Tojeiro-Roce J, García-Polavieja B, et al. Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2016, en prensa.
25. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G, and GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res*. 2010;122:232-8.
26. West ML, Yanos PD, Smith SM, Roe D, Lysaker PH. Prevalence of Internalized stigma among Persons with Severe Mental Illness. *Stigma Res Action*. 2011;1(1):3-10.
27. Assefa D, Shibre T, Asher L, Fekadu A. Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry*. 2012;12:239.
28. Drapalsky AL, Lucksted A, Perrin PB, Aakre JM, Brown CH, DeForge BR, et al. Model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatr Serv*. 2013; 64(3):264-9.
29. Sibitz I, Provaznikova K, Lipp M, Lakeman R, Amering M. The impact of recovery-oriented day clinic treatment on internalized stigma: Preliminary report. *Psychiatry Res*. 2013; 209(3):326-32.
30. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2010; 71(12):2150-61.
31. Muñoz M, Sanz M, Pérez-Santos E, Quiroga MA. Proposal of a socio-cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Res*. 2011;186:402-8.
32. Sharaf AY, Ossman LH, Lachine OA. A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(12):1512-20.
33. Yoo T, Kim SW, Kim SY, Lee JY, Kang HJ, Bae KY, et al. Relationship between Suicidality and Low Self-esteem in Patients with Schizophrenia. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2015;13(3):296-301.
34. Ritscher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res*. 2004; 129(3):257-65.
35. Schomerus G, Evans-Lacko S, Rüsch N, Mojtabai R, Angermeyer MC, Thornicroft G. Collective levels of stigma and national suicide rates in 25 European countries. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015;24(2):166-71.
36. Rüsch N, Corrigan PW, Powell K, Rajah A, Olschewski M, Wilkniss S, et al. A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophr Res*. 2009;110(1-3):65-71.
37. Trout DL. The role of social isolation in suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 1980;10(1):10-23.
38. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2015;45(1):11-27.
39. Mittal D, Sullivan G, Chekuri L, Allee E, Corrigan PW. Empirical studies of self-stigma reduction strategies: a critical review of the literature. *Psychiatr Serv*. 2012; 63(10):974-81.
40. Yanos PT, Lucksted A, Drapalsky AL, Roe D, Lysaker PH. Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. *Psychiatr Rehabil J*. 2015;38(2):171-8.
41. Corrigan PW, Watson AC. The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002;9(1):35-53.
42. Ilic M, Reinecke J, Bohner G, Röttgers HO, Beblo T, Driessen M, et al. Protecting self-esteem from stigma: a test of different strategies for coping with the stigma of mental illness. *Int J Soc Psychiatry*. 2012;58(3):246-57.
43. Dossing M, Nilsson KK, Svejstrup SR, Sorensen VV, Straarup KN, Hansen TB. Low self-compassion in patients with bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2015;60:53-8.
44. Johnson DP, Penn DL, Fredrikson BL, Meyer PS, Kring AM, Brantley MB. Loving-kindness meditation to enhance recovery from negative symptoms of schizophrenia. *J Clin Psychol*. 2009; 65:499-509.
45. Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol*. 2013; 52:199-214.
46. Hasson-Ohayon I, Ehrlich-Ben Or S, Vahab K, Amiaz R, Weiser M, Roe D. Insight into mental illness and self-stigma: the mediating role of shame proneness. *Psychiatry Res*. 2012;390:802-6.