

<https://orcid.org/0000-0002-1090-5327>

NO HAY MAL QUE DURE 100 AÑOS, NI UNA ERA QUE LO RESISTA: SOBRE LA ELIMINACIÓN DEL TÉRMINO ESQUIZOFRENIA

NO EVIL LAST 100 YEARS OR AN ERA THAT CAN RESIST IT: ABOUT THE ELIMINATION OF THE TERM SCHIZOPHRENIA

Dr. Ricardo Ignacio Audiffred Jaramillo

Departamento de Psicología Básica. Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México.

Instituto Jalisciense de Salud Mental, Secretaría de Salud del Estado de Jalisco.

ricardo.audiffred@academicos.udg.mx

Resumen

La esquizofrenia es definida como un trastorno mental grave y discapacitante. Su etiología es desconocida y en años recientes ha recibido diversas denominaciones que la reclasifican como una enfermedad neuropsiquiátrica, del neurodesarrollo, o como una disfunción que circunscribe diferentes tipos de desórdenes. El objetivo principal del presente trabajo fue realizar una revisión bibliográfica sobre la esquizofrenia, el estigma asociado a esta enfermedad y las alternativas para erradicar el uso clínico de este término. Se utilizó un diseño de investigación bibliográfico amplio para recolectar las diversas posturas científicas sobre la utilización del término esquizofrenia. De lo anterior se puede concluir que la esquizofrenia ha inducido una serie de prejuicios sobre las personas que padecen esta enfermedad. Se debe considerar la abolición de un término que describe etimológicamente una imprecisión y que está llena de prejuicios, concepto que no ha cambiado en más de 110 años.

Palabras clave: *Esquizofrenia; Salud Mental; Estigma; Investigación bibliográfica*

Abstract

Schizophrenia is defined as a severe and disabling mental disorder of unknown etiology. In recent years, various denominations reclassify it as a neuropsychiatric disease, neurodevelopmental illness, or dysfunction that circumscribes different types of disorders. The main objective of this work was to carry out a bibliographic review on Schizophrenia and the associated stigma and alternatives to eradicate clinical use of this term. A broad bibliographic research design was used to collect the various scientific positions on the term schizophrenia. Therefore, the concept of Schizophrenia has led to several prejudices about people with this condition. The abolition of a term that etymologically describes an inaccuracy and is full of prejudice should be considered for a concept that has not changed in more than 110 years.

Keywords. *Schizophrenia, Mental health, Stigma, Bibliographical research*

Cien años de un mal llamado Esquizofrenia

La esquizofrenia es definida como un trastorno mental grave y discapacitante, de etiología desconocida, que en años recientes ha recibido diversas denominaciones que la reclasifican como una enfermedad neuropsiquiátrica, del neurodesarrollo, o incluso como una disfunción que circunscribe diferentes tipos de desórdenes bajo una misma entidad patológica. La prevalencia anual a nivel mundial ronda el 1% (APA, 2004), esto es, por cada 1,000 personas, 10 desarrollan esquizofrenia en algún momento de su vida. La incidencia de esta enfermedad es de hasta 40 casos nuevos por cada 100,000 personas (APM, 2014).

El promedio de años perdidos por esta enfermedad es cercano a los 30 años de vida, los cuales ascienden a 2,000 días por cada millón de personas. El costo de la enfermedad se estima cercano a los 7 millones de dólares anuales por millón de habitantes según Gutiérrez (2011). Este padecimiento representa el 50% de todas las hospitalizaciones en salud mental (APM, 2014). Las personas con esquizofrenia tienen una alta probabilidad de muerte temprana, 60% mayor a la población general.

Este trastorno está caracterizado por alteraciones en la percepción (alucinaciones), el pensamiento (delirios), la conducta, las emociones, el lenguaje, la psicomotricidad, el comportamiento, la concentración, la atención y la memoria. Y los individuos que lo padecen también presentan afecto inapropiado, alteraciones en el sueño, y falta de voluntad (APA, 2004).

Es complicado identificar una enfermedad parecida a la esquizofrenia (Sass, 1992). Alguna vez Michael Foucault comparó a este tipo de “locura” con la peste negra, y la lepra, enfermedades que no sólo fueron una amenaza para la vida de las personas, sino que además generaron actitudes sociales discriminatorias, de segregación contra estos sujetos y sus familias (Foucault, 2012). Sin embargo, no ha habido en la historia otro padecimiento similar a este. Ni en el grado de discapacidad de genera, la forma tan heterogénea en la que se presenta, y tampoco en el nivel del estigma que padecen estas personas.

La esquizofrenia, como puede constatarse en diversos estudios, es la enfermedad con mayor estigma personal y social (Cormack y Furnham 1998). Autores como Casco, et al. (1987) y Thompson, et al., (2002), han documentado que el rechazo y segregación de estos individuos se explica por la falsa idea de peligrosidad que se tiene sobre estas personas. Wahl y Harman (1989) argumentan que estas concepciones erróneas sobre la esquizofrenia provienen de filmes, diarios de circulación, e incluso de la distorsión cultural y social sobre esta enfermedad, a la cual se le ha asociado indebidamente otras psicopatías y trastornos antisociales de la personalidad.

Según refieren Magliano et al. (2012), científicamente se ha intentado transformar la idea que socialmente se sostiene sobre este padecimiento, al presentarlo como una enfermedad biológica “como cualquier otra” (Pescosolido et al., 2010). Este modelo, el cual comprende a la esquizofrenia como una enfermedad cerebral, genética o hereditaria, contrario a su propósito principal, sólo ha contribuido a reforzar la convicción de que es un padecimiento incurable. Esto ha provocado un aumento de los prejuicios relativos a estos individuos, así como la distancia social hacia ellos (Read et al., 2006).

El término “esquizofrenia” evoca una serie de ideas negativas, y las personas quienes lo padecen parecieran estar sentenciadas de por vida a esta “maldición”. El pronóstico negativo, la desesperanza, y el desaliento son atribuciones características hacia estos individuos y sus familias, quienes tienden a ser aislados, temidos y rechazados socialmente. Incluso este entendimiento ha permeado en los profesionales de la salud, quienes ocasionalmente, tienden a tratar a estas personas de forma inapropiada (Koehler, 2017). Por tanto, la presente investigación bibliográfica pretende exponer lo plenamente documentado sobre este tema y discutir la importancia de abolir el uso clínico del concepto esquizofrenia y proponer alternativas que no induzcan a las personas, a los profesionales y a la sociedad a una serie de prejuicios asociados a esta enfermedad.

La era de la esquizofrenia

La primera clasificación de la esquizofrenia surge de los trabajos de los entonces alienistas y primeros psiquiatras franceses Esquirol, Baillager, Morel y Falret, los cuales propusieron conceptos como: Demencia, Locura de doble forma, y Locura circular, para explicar este padecimiento. Posteriormente Kahlbaum y Hecker describieron la Catatonia y la Hebefrenia, como dos fenómenos mentales los cuales estaban caracterizados por movimientos disruptivos, pérdida de la realidad y las alteraciones cognoscitivas (Pacheco et al., 2015).

Estos desarrollos fenomenológicos permitieron al médico alemán Emil Kraepelin en 1899 elaborar el concepto de Demencia precoz con el atenuante de incluir un proceso detallado de deterioro al paso de los años en las personas que padecían este fenómeno psíquico (Novella y Huertas, 2010). En este trabajo se propusieron cuatro grandes grupos de psicosis endógenas y evolutivas.

En 1911 Eugen Bleuler nombró “Esquizofrenia” a este padecimiento, caracterizado por una notable división del yo. La idea de una mente fragmentada le permitiría a Sigmund Freud articular su propuesta sobre la psicosis (Álvarez & Colina, 2011). Para Bleuler los cuatro síntomas fundamentales de la esquizofrenia incluían alteraciones de las áreas asociativas, afectivas, de la ambivalencia y el autismo. Y para él, las alucinaciones, los

delirios, el deterioro de la memoria y el lenguaje eran síntomas secundarios que podían presentarse (Novella & Huertas, 2010). En 1946, fue Kurt Schneider quien invirtió la clasificación de los síntomas fundamentales y secundarios de Bleuler para darle mayor importancia a las alucinaciones y los delirios, a los cuales denominó “síntomas de primer rango”.

En 1952, una vez concluida la Segunda Guerra Mundial, fue publicada la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). El DSM-I fue el primer manual oficial con utilidad clínica, donde aparecía por primera vez el término "Reacciones esquizofrénicas", las cuales eran concebidas como reflejos de una personalidad distorsionada y lejana de la realidad. En el DSM-II, quince años después, este diagnóstico cambió a “Esquizofrenia de tipo crónico y latente”, la cual además contemplaba alteraciones cognoscitivas, emocionales y conductuales.

En la tercera edición del DSM (1980), el trastorno fue denominado "Trastorno esquizofrénico". En este destacaban las alucinaciones, y los delirios como los síntomas principales del padecimiento junto con el deterioro del funcionamiento. En DSM-IV (1994) aparece el diagnóstico puro de “Esquizofrenia” acompañado de una serie de subtipos: paranoide, desorganizada, indiferenciada, catatónica y residual. Además, se cambia la duración de los síntomas de la fase activa que pasó de una semana a un mes, y se incluyó la consideración de los síntomas negativos (alogia y abulia) como parte de una fase prodrómica o residual característica de la enfermedad.

En 1980 Crow propuso una subclasificación de los pacientes con base a dos tipologías: el Tipo I serían individuos con predominancia de síntomas positivos, buena respuesta a los neurolepticos, pronóstico adecuado, sin deterioro intelectual y con aumento de los receptores de dopamina y el Tipo II, que incluiría a personas con predominio de síntomas negativos, mala respuesta a los neurolepticos, pronóstico reservado, y con posible pérdida estructural-cerebral). Posteriormente, en 1996 el doctor Brian Kirkpatrick propuso los términos de esquizofrenia deficitaria y no deficitaria. Los individuos con esquizofrenia deficitaria tendrían una menor gravedad de síntomas psicóticos y serían menos propensos a consumir sustancias de abuso, al suicidio, pero con un peor

rendimiento en las tareas neuropsicológicas y mayor deterioro cognoscitivo (Kirkpatrick, et al., 1996).

El DSM-5 (2013) se abandonan las subcategorías de la esquizofrenia y se apuesta por un diagnóstico generalizado, sin subtipos. Se conservan la comprensión general de esta entidad patológica tal como se había descrito en el manual anterior, sin ningún otro cambio sustancial de la propuesta hecha 19 años antes.

El fin de un siglo

La esquizofrenia como concepto a lo largo de la historia, ha inducido a una serie de prejuicios sobre las personas que padecen esta enfermedad. Aunque el tema ha sido abundantemente documentado, se desconoce por qué las asociaciones y sociedades de mayor prestigio a nivel internacional (OMS, APA, APAL, APM) se han reusado a atender esta imperiosa necesidad que termine con el estigma que estas personas y sus familias padecen. Otras instituciones como The International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis (ISPS) desde 2008 discutieron este tema y recientemente modificaron el nombre de la asociación anteriormente llamada International Society for the Psychological Treatments of the Schizophrenias and Other Psychosis.

Al respecto, también algunos países han realizado acciones vanguardistas y han explorado alternativas clínicas y conceptuales para erradicar el uso del concepto de la esquizofrenia y el estigma que le acompaña. Por ejemplo, en Japón desde principios del año 2000 se erradicó el concepto de esquizofrenia, lo cual redujo el estigma hacia estas personas en la comunidad y mejoró el abordaje de los especialistas de salud hacia estas personas. Bergsholm (2016) sostuvo en su estudio que antes de que se aboliera el uso de este término, los jóvenes japoneses asociaban de forma importante a la esquizofrenia con lo criminal. Situación que cambió con el paso del tiempo una vez que se reemplazó el término por "trastorno de integración". Desde entonces, este cambio trajo consigo una reducción notable del estigma (Insel, 2010, p.191). En Corea del Sur sucedió algo similar a principios del 2010. Ellos decidieron erradicar este concepto a "Trastorno de afinación". En Taiwán, por estos mismos años se acuñó el término "disfunción cognitiva-perceptual" (Koehler, 2017).

En China se introdujo un término menos estigmatizante que el de esquizofrenia, el cual es: "Si Jue Shi Tiao", que significa: desregulación del pensamiento y la percepción (Chiu, et al., 2010, p. 270). Esto ha permitido un cambio de actitud hacia la enfermedad y las personas que la padecen desde los mismos profesionales del sector salud hasta en la sociedad. La esquizofrenia, la cual era traducida en chino como: "Enfermedad de división mental", era un concepto muy estigmatizante.

La discusión sobre desechar la utilización del término "esquizofrenia" tal como se describe en DSM y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) no sólo ha abarcado el tema del estigma, incluso han existido planteamientos sobre la validez en el entendimiento de la enfermedad por sí misma, los síntomas, y la evolución del trastorno. Thomas Insel, experto investigador y psiquiatra de The National Institute of Mental Health (NIMH) de Maryland, ha cuestionado que se defina a la esquizofrenia como un trastorno mental. Él afirma que todas las evidencias reales apuntan a la esquizofrenia como un "trastorno del neurodesarrollo", con la psicosis como una etapa tardía y potencialmente prevenible de la enfermedad (Insel, 2010).

El doctor Insel y el equipo de científicos que le acompañan consideran que la esquizofrenia es una enfermedad del neurodesarrollo que tiene cuatro etapas. La primera involucra todas las variables de riesgo antes de que aparezcan los síntomas del padecimiento (vulnerabilidad genética, exposición ambiental). La segunda etapa incluye los síntomas prodrómicos caracterizados por cambios en los pensamientos, el aislamiento social y el deterioro del funcionamiento. La tercera etapa consiste en la manifestación de la psicosis (alucinaciones, delirios, desorganizaciones del pensamiento, comportamiento y anomalías psicomotoras). Y la etapa cuatro, estaría definida por la discapacidad crónica (Insel, 2010).

En Georgia, el doctor Kirkpatrick ha sostenido desde el 2009 que la esquizofrenia es un "trastorno del desarrollo" con anomalías en muchas funciones que no se limitan a ser exclusivamente cerebrales o mentales, ya que afecta por igual a otras partes del cuerpo además del cerebro (Kirkpatrick, 2009). Carpenter-Jr et al (1999) a su vez mencionan que incluso habiéndose reconocido que la esquizofrenia es un síndrome, debido a la

heterogeneidad de su presentación, los trabajos que se han realizado en el último siglo han intentado consolidar la idea de la esquizofrenia como una sola entidad patológica.

Actualmente, un importante número de profesionistas piensan que ha llegado el momento de reemplazar el término por otro, que no induzca a pensar que el tratamiento con antipsicóticos es la única terapéutica posible para estas personas (Bergsholm, 2016). Además, están considerando otros conceptos que no definan erróneamente a la enfermedad como el resultado de una mente dividida o un "cerebro roto" (Chiu, et al., 2010), con serias connotaciones de una alta severidad e irreversibilidad.

Los expertos están reflexionando el cómo repensar la esquizofrenia a falta de un entendimiento preciso y científico de los mecanismos fisiopatológicos y etiológicos subyacentes a este padecimiento, y lo hacen integrando cada vez más, los avances en los campos de la genética, la biología molecular, la imagen cerebral, las ciencias cognitivas (Clauss et al., 2020) y las ciencias sociales.

Este cambio es posible. El concepto de esquizofrenia puede desaparecer del ámbito clínico diagnóstico con la llegada de entidades diagnósticas que suplan al término, tal como se evidencia que ha sucedido con anterioridad. Der, Gupta y Murray (1990), sugieren que la incidencia del diagnóstico de esquizofrenia ha disminuido debido a la aparición de los términos de las psicosis afectivas. Lake y Hurwitz demostraron que la distribución de diagnósticos cambió en la década de los años 60, dejando de tener la esquizofrenia un predominio y pasando a tener una distribución igual que los trastornos esquizoafectivos. Estos autores también consideran que la desaparición del concepto de esquizofrenia e incluso, el de las psicosis afectivas, podrían ser favorable para los pacientes.

A lo largo de la historia de La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) existen evidencias de otros términos clínicos que se han excluido del DSM por ser imprecisos o estigmatizantes, tal como ha sido el caso de los diagnósticos: neurosis, homosexualidad, imbecilidad, retraso mental, Asperger y hebefrenia, entre otros. Por tanto, es momento de reflexionar el uso de este término altamente estigmatizante, que encarna ideas como la de alta peligrosidad y la no recuperación (Koehler, 2017). Estas etiquetas con

frecuencia definen más a la persona que a la propia enfermedad (Insel, 2010), y este malentendido generaliza una serie de prejuicios en contra de estas personas. Como refiere Colordón (2002), la esquizofrenia ya no describe el proceso de una enfermedad, sino que prejuzga y condena la vida de quienes la padecen para toda su existencia.

Los cambios semánticos pueden ser útiles, pero un mejor término para el diagnóstico incluso debería permitir a los especialistas practicar también una mejor ciencia (Insel, 2010, p.191). Una renovación del concepto necesariamente tendría un impacto en la atención médica de las personas que la padecen (Clauss et al., 2020). La información disponible sugiere que los profesionales de salud mental no son inmunes de compartir los estereotipos y prejuicios sobre esta enfermedad (Grausgruber et al., 2007) lo cual impacta en la calidad de la atención que se brinda a estas personas. Es habitual que las personas con esquizofrenia sean tratadas con menos respeto en los servicios psiquiátricos y se usen también a menudo palabras estigmatizantes y ofensivas por los mismos profesionales (Mangliano et al., 2012), quienes tienden a identificarlos con su enfermedad como “esquizofrénicos” o “locos” (Schulze y Angermeyer, 2003).

En términos generales, el interés de este artículo es motivar la reflexión sobre la posibilidad de abolir el uso del término esquizofrenia por la alta implicación que éste, con ideas estigmatizantes que excluyen, difaman y violan los derechos y garantías universales de las personas y los pacientes con este diagnóstico, quienes han sido humanamente invisibilizados de forma sistemática durante más de un siglo.

Es totalmente válido que los investigadores y especialistas de la salud mental centren toda su atención en realizar estudios para descubrir terapéuticas y alternativas, que mejoren la calidad de vida de estas personas y que incluso desplacen teorías obsoletas que explican la etiología de este padecimiento, como ejemplo, la teoría dopaminérgica. Sin embargo, también deben priorizarse los estudios que intentan posicionar la bioética por delante y la defensa de los derechos de estas personas. Los científicos de todo el mundo podrían ser interlocutores más eficientes de las carencias y necesidades de estas personas y sus familias, de la discriminación social, afectiva, laboral y médica que sufren.

Antes de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) valide el uso sistemático de la CIE-11 en 2022, debe tener lugar una fuerte lucha académica por los derechos de las personas con esquizofrenia y sus familias, quienes habitualmente son silenciadas y no consideradas en estos debates. Es bastante difícil luchar por la recuperación y la integración en la sociedad de las personas afectadas con esta enfermedad cuando todas las apuestas están en contra de ellos incluso desde la semántica.

Se espera que la presente reflexión pueda contribuir al debate global sobre la desaparición del término “esquizofrenia” del vocabulario social y clínico, y que esta conversación incluya no sólo a la comunidad académica y científica, sino también al público en general, a las personas con esta condición y a sus familias. En términos generales, la esquizofrenia ha inducido a una serie de prejuicios sobre las personas que padecen esta enfermedad. Incluso este concepto describe etimológicamente una imprecisión actualmente evidenciada por los avances científicos. Se debe considerar la abolición de un término que describe etimológicamente una imprecisión y está lleno de prejuicios que violentan la vida de las personas con este padecimiento, concepto el cual no ha cambiado en más de 110 años.

Referencias

Álvarez, J., M., & Colina, F. (2011). Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad. *FRENIA* 11, pp. 7-26.

Asociación Psiquiátrica Americana. (2004). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5*. 5ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Asociación Psiquiátrica Mexicana (Eds.). (2014). Consenso Nacional y Guía de Práctica Clínica de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con esquizofrenia. Retrieved from <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37s1/v37s1a1.pdf>

Bergsholm, P. (2016). Is schizophrenia disappearing? The rise and fall of the diagnosis of functional psychoses: an essay. *BMC Psychiatry* 16 (387), pp. 1-9. doi: 10.1186/s12888-016-1101-5

Carpenter-Jr., W. T., Arango, C., Buchanan, R. W., and Kirkpatrick, B. (1999). Deficit Psychopathology and a Paradigm Shift in Schizophrenia Research. *Biological Psychiatry* 46, pp. 352–360.

Casco, M., Natera, G., & Herrejón, M., E. (1987). La actitud hacia la enfermedad mental, una revisión de la bibliografía. *Salud Mental* V 10(2), pp. 41-53.

Chiu, C. P. Y., Lam, M. M. L., Chan, S. K. W., Chung, D. W. S., Hung, S. F., Tang, J. Y. M., Wong, G. H. Y., Hui, C. L. M., & Chen, E. Y. H. (2010). Perspectives in Early Intervention Naming psychosis: The Hong Kong experience. *Early Intervention in Psychiatry* 4, pp. 270–274. doi:10.1111/j.1751-7893.2010.00203.x

- Clauss, J., Danion-Grilliat, A., Scarfone, M., Hess, V., & Bonah, C. (2020). Reshaping the diagnostic borders of schizophrenia: the look of history of psychiatric practices. *Schizophrenia Bulletin*, 46(1), pp. 267. doi.org/10.1093/schbul/sbaa029.653
- Colodrón, A. (2002). *La condición esquizofrénica*. Madrid: Triacastela.
- Cormack, S. y Furnham, A. (1998). Psychiatric Labelling, sex role stereotypes and beliefs about the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry*, 44, pp. 235-47.
- Crow, T. J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? *Br Med J*, 280, pp. 66–68.
- Del-Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología* 30(2-3), pp. 81-90.
- Der, G., Gupta, S., Murray, R., M. (1990). Is schizophrenia disappearing? *The Lancet* 335(8688), pp. 513–516. doi:10.1016/0140-6736(90)90745-Q
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica* 26(1), pp. 70-79. doi:10.1016/j.apj.2015.12.001
- Fenton, W. S, McGlashan, T. H., Victor, B. J., & Blyler, C. R. (1997). Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiatry* 154, pp. 199-204.
- Foucault, M. (2012). *Historia de la locura en la época clásica*. 4ta edición. México: Fondo de Cultura Económica.
- Grausgruber, A., Meise, U., Katschnig, H., Schöny, W. y Fleischhacker, W. (2007). Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: a comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, pp. 310-319.
- Gutierrez, V., H. (2011). *Diseño de un sistema de vigilancia para la esquizofrenia e los servicios de atención psiquiátrica*. (Tesis de maestría). Instituto Nacional de Salud Pública, Ciudad de México, México.
- Insel, T. R. (2010). Rethinking schizophrenia. *Nature* 468, pp. 187-192. doi: 10.1038/nature09552
- Kirkpatrick, B., Amador, X. F., Yale, S. A., Bustillo, J. R., Buchanan, R., W., & Tohen, M. (1996). The deficit syndrome in the DSM-IV field trial. Depressive episodes and persecutory beliefs. *Schizophr Res* 20, pp. 79-90.
- Kirkpatrick, B., Ram, R., Amador, X. F., Buchanan, R. W., McGlashan, T., Tohen, M., & Bromet, E. (1998). Summer birth and the deficit syndrome of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 155, pp. 1221-1226.
- Kirkpatrick, B. (2009). El concepto de esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Sald Ment* 2(3), pp. 105-109.
- Koehler, B. (2017). APA: Drop the Stigmatizing Term “Schizophrenia”. *Mad in America, Science, Psychiatry, and Social Justice*. <https://www.madinamerica.com/2017/12/apa-drop-stigmatizing-term-schizophrenia/>
- Magliano, L., Read, J., Patalano, M., Sagiocchi, A., Oliviero, N., D’Ambrosio, A., Campitiello, F., Zaccaro, A., Guizzaro, L., y Cerrato, F. (2012). Contrarrestar el estigma hacia las personas con esquizofrenia en el ámbito sanitario: una experiencia piloto en una muestra de estudiantes italianos de medicina. *Psychology, Society, & Education* 4(2), pp. 169-181.
- Novella, E., J. & Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud* 21(3), pp. 205-219. doi: 10.5093/cl2010v21n3a1 N/A. Evolución de los criterios diagnósticos en los sistemas DSM y CIE. (s. f.). [https://www.sintesis.com/data/uploads/files/Anexo%20I%20\(cap_%20I\).pdf](https://www.sintesis.com/data/uploads/files/Anexo%20I%20(cap_%20I).pdf)

- Pacheco, L., Padró, D., Dávila, W., Álvarez, S., & Gómez, P. (2015). Apuntes históricos sobre las clasificaciones actuales de las patologías mentales. *Norte de Salud Mental* 13(53), pp. 83-92.
- Pescosolido, B., Martin, J., Long, J., Medina, T., Phelan, J., y Link, B. (2010). "A disease like any other?" A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 167, pp. 1321-1330.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L. y Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: A review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, pp. 303-318.
- Rodríguez-Pulido, F., & González de Rivera, J., L. (1993). La investigación epidemiológica de la esquizofrenia: algunos problemas metodológicos. En *El método epidemiológico en Salud Mental* (pp. 271-292). Barcelona: Masson-Salvat.
- Sass, L., A. (1992). *Madness and Modernism: Insanity in the Light of Modern Art, Literature and Thought*. New York: Basic Books.
- Schulze, B. y Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives, and mental health professionals. *Social Sciences and Medicine*, 56, pp. 299 -312.
- The International Society for the Psychological Treatments of the Schizophrenias and other Psychoses, ISPS. (2008). *Changing the full name of ISPS*, 12(1), pp. 1-16.
- Thompson, A., H., Stuart, H., Bland, R., C., Arboleda-Florez, J., Warner, R., & Dickson, R., A. (2002). Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(10), pp. 475-482.
- Wahl, O., y Harman, C., R. (1989). Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15(1), pp. 131-139.