


## Perfiles de autoestigma en pacientes con esquizofrenia: enfoque basado en Análisis de Clases Latentes\*

Alejandra Caqueo-Urizar<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4614-8380>

Felipe Ponce-Correa<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4768-5057>

Alfonso Urzúa<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-0882-2194>

Guillaume Fond<sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-3249-2030>

Laurent Boyer<sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-1375-1706>

**Destacados:** **(1)** En el Análisis de Clases Latentes se detectaron distintos perfiles de estigma internalizado (alto, moderado y bajo) en pacientes con esquizofrenia. **(2)** La identidad étnica no fue un predictor significativo: contrariamente a presunciones comunes, pertenecer a un grupo étnico en particular no intensificó el estigma internalizado en personas que sufren esquizofrenia. **(3)** El ajuste premórbido fue un factor clave: un funcionamiento psicosocial deficiente antes de que se desencadenara la psicosis fue un predictor significativo de perfiles de estigma alto y moderado. **(4)** La gravedad de los síntomas fue irrelevante: la gravedad de los síntomas psicóticos no presentó correlación alguna con el estigma internalizado, lo que sugiere que los factores psicosociales ejercen mayor influencia. **(5)** Se requieren intervenciones específicamente diseñadas: las personas con ajuste premórbido deficiente podrían resultar beneficiadas al participar en programas dirigidos a reducir el estigma y enfocados en mejorar sus habilidades sociales y de afrontamiento.

**Objetivo:** el propósito de este estudio fue analizar los perfiles latentes de estigma internalizado y las covariables que predicen variaciones en sus niveles considerando antecedentes como origen étnico, sexo y ciertas características clínicas relevantes como ajuste premórbido, Duración de psicosis no tratada y síntomas. **Método:** se utilizó Análisis de Clases Latentes (ACL) para diseñar una solución con tres perfiles de estigma internalizado en una muestra compuesta por 227 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en los centros públicos de Salud mental de la ciudad de Arica, Chile. **Resultados:** los resultados demostraron que el ajuste premórbido es un predictor significativo de pertenencia a una clase para los perfiles de estigma latente. Al analizar las características sociodemográficas y contrariamente a nuestra hipótesis, el origen étnico no fue un predictor relevante de perfiles de estigma internalizado. **Conclusión:** el modelo de clasificaciones latentes es apto para evaluar perfiles de estigma con el fin de diseñar futuras intervenciones en focos y poblaciones en riesgo específicos.

**Descriptores:** Esquizofrenia; Estigma Social; Análisis de Clases Latentes; Servicios de Salud Mental; Factores Sociodemográficos; Escalas de Valoración Psiquiátrica.

### Cómo citar este artículo

Caqueo-Urizar A, Ponce-Correa F, Urzúa A, Fond G, Boyer L. Self-stigma profiles in schizophrenia: a Latent Class Analysis approach. Rev. Latino-Am. Enfermagem.2025;33:e4593 [cited \_\_\_\_\_. Available from: \_\_\_\_\_].

URL

año mes día

\* Apoyo financiero de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID), proceso n° FONDECYT 1200785, Chile.

<sup>1</sup> Universidad de Tarapacá, Instituto de Alta Investigación, Arica, Arica y Parinacota, Chile.

<sup>2</sup> Universidad de Tarapacá, Escuela de Psicología y Filosofía, Arica, Arica y Parinacota, Chile.

<sup>3</sup> Universidad Católica del Norte, Escuela de Psicología, Antofagasta, Antofagasta, Chile.

<sup>4</sup> Aix-Marseille Université, Public Health, Chronic Diseases and Quality of Life - Research Unit, Marseille, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Francia.

## Introducción

El estudio del estigma internalizado en grupos poblacionales con trastornos mentales graves ha cobrado especial relevancia en las últimas décadas<sup>(1-2)</sup>. Las personas expuestas a entornos y comunidades donde el estigma de algún trastorno mental está presente terminan internalizando prejuicios y estereotipos negativos que afectan su identidad y ejercen un efecto negativo sobre su salud mental y múltiples desenlaces clínicos<sup>(3-5)</sup>; eso incluye síntomas depresivos<sup>(6)</sup>, ideación suicida<sup>(7-8)</sup>, autoestima disminuida<sup>(9-10)</sup>, menor calidad de vida<sup>(11)</sup>, vínculos sociales empobrecidos<sup>(12)</sup>, y dificultades relacionadas con el empoderamiento<sup>(13)</sup>, la resiliencia<sup>(14)</sup>, la adhesión al tratamiento<sup>(15)</sup> y el acceso a atención psiquiátrica<sup>(16)</sup>. También se encontró una relación entre estigma y efectos secundarios de medicamentos<sup>(17)</sup>.

En trastornos mentales graves, el aumento en el nivel de autoestigma reduce la capacidad de recuperación<sup>(11)</sup>, dificultando así la remisión de los síntomas<sup>(18)</sup>, disminuyendo la funcionalidad y la capacidad para mantener roles sociales<sup>(19)</sup> y ejerciendo efectos negativos sobre la subjetividad de una persona, que eventualmente pierde la esperanza y su propia autoestima<sup>(9-10)</sup>. Otros factores como los síntomas del espectro autista en la población esquizofrénica y el sexo también son influyentes; en este caso, las mujeres tienden a padecer niveles de estigma más elevados<sup>(20)</sup>.

Aunque las consecuencias del autoestigma ya se han explorado en profundidad, no es el caso con sus factores de riesgo y determinantes sociales. Diversos estudios previos han demostrado que la discriminación sufrida por las personas con esquizofrenia que pertenecen a minorías étnicas o con niveles socioeconómicos bajos aumenta el riesgo de estigmatización internalizada<sup>(21)</sup>. Por otra parte, los pacientes con psicosis no sometidos a tratamiento durante períodos más prolongados corren mayor riesgo de autoestigma<sup>(22)</sup>. También se ha establecido que el estigma puede elevar el umbral para iniciar un tratamiento, especialmente cuando proviene de los familiares<sup>(23)</sup>; por lo tanto, la dirección de esta relación y el mecanismo que la constituye aún requieren mayor desarrollo. También se descubrió que un funcionamiento social premórbido deficiente aumenta el riesgo de estigmatización internalizada en pacientes con esquizofrenia<sup>(14)</sup>. Una adaptación premórbida deficiente limita seriamente el desarrollo sociocognitivo, tanto en la capacidad para interpretar el mundo social como en materia de diversos estados psicológicos internos<sup>(24)</sup>, lo que reduce la capacidad de un paciente para lidiar con los significados negativos que provienen del mundo social.

Pese al creciente volumen de literatura sobre autoestigma, el entrelazamiento de múltiples factores de

riesgo (discriminación, dinámica familiar y funcionamiento premórbido, por ejemplo) todavía no se han investigado lo suficiente, particularmente en poblaciones de América Latina. En estas regiones, la escasa cantidad de psiquiatras y de profesionales especializados en Salud mental complica aún más la implementación de herramientas estandarizadas para evaluar el autoestigma. El propósito de este estudio es identificar los factores demográficos, psicosociales y clínicos que contribuyen a generar niveles de autoestigma elevados en personas que padecen esquizofrenia en América Latina. Nuestra hipótesis es que factores como origen étnico, sexo, ajuste premórbido, Duración de psicosis no tratada (*Duration of Untreated Psychosis*, DUP) y gravedad de los síntomas serían predictores significativos del autoestigma en este grupo poblacional. Específicamente, el origen étnico podría influenciar experiencias de estigma a través de la identidad cultural mientras que el sexo podría afectar la percepción e internalización del estigma a raíz de diferencias basadas en el género. El ajuste premórbido, que incluye vínculos sociales, interacciones entre pares, rendimiento académico, funcionamiento ocupacional y actividad sociosexual antes de desencadenarse la esquizofrenia, también pueden ser factores clave en el desarrollo del autoestigma. Además, se intuye que una duración de psicosis no tratada más prolongada y síntomas graves contribuirían a elevar los niveles de autoestigma. Como explora esos factores en el contexto de ambientes culturales y atención de la salud locales, este estudio procura proporcionar detalles valiosos sobre el desarrollo y la persistencia de la autoestigmatización en este segmento de la población.

## Métodos

### Diseño del estudio

En este estudio se empleó un diseño transversal con enfoque correlacional a fin de investigar la asociación entre estigma internalizado y diversos factores clínicos, sociodemográficos y psicosociales en personas con diagnóstico de esquizofrenia. El carácter transversal del estudio permitió evaluar relaciones entre variables en un momento puntual, proporcionando así una instantánea de los factores que ejercen alguna influencia sobre el estigma internalizado en este grupo poblacional.

### Lugar

Este estudio se desarrolló en los 3 centros del Servicio Público de Salud Mental de Arica, Chile. Los centros participantes forman parte del servicio de

Salud mental del Estado; por consiguiente, la asistencia provista a los pacientes es gratuita, además de que se les proporcionan fármacos antipsicóticos sin cargo. El Estado tiene un plan médico que cubre la atención de este trastorno psiquiátrico por ley. El tratamiento se inicia después del primer brote psicótico, cuando el paciente ingresa a la Unidad Psiquiátrica del Hospital Día y, una vez compensado, continúa su tratamiento con régimen ambulatorio en alguno de estos tres servicios, dependiendo de su proximidad geográfica. Los pacientes suelen ser sometidos a un seguimiento mensual.

## Participantes

Los participantes fueron personas con diagnóstico de esquizofrenia, conforme a los criterios indicados en la Clasificación Internacional de Enfermedades-Revisión 10 (CIE-10). Se utilizó muestreo no probabilístico por disponibilidad. Los participantes debían cumplir los siguientes criterios para ser incluidos en el estudio.

### Criterios de inclusión

Los sujetos incluidos en el estudio fueron todos los pacientes estabilizados que viven en la comunidad y con diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo con los criterios establecidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)-Versión 10. Esta información fue proporcionada por el psiquiatra a cargo.

### Criterios de exclusión

Los pacientes con antecedentes de trastornos neurológicos (accidente cerebrovascular, epilepsia y lesiones cerebrales, por ejemplo) o de cualquier enfermedad que afecte al Sistema Nervioso Central no fueron incluidos en este estudio para garantizar que todos los sujetos fueran capaces de participar plenamente en las entrevistas. Todos los pacientes tienen exámenes médicos en sus historias clínicas que descartan cualquier causa orgánica que justifique sus conductas psicóticas.

Como gran parte de los pacientes se encontraba estable en relación con sus síntomas psicóticos, la cantidad de sujetos excluidos fue baja; además, la inmensa mayoría aceptó participar.

## Variables e instrumentos

### Variable de resultado

El resultado principal del estudio fue el estigma internalizado, que se evaluó utilizando la escala de Estigma internalizado de enfermedades mentales (*Internalized Stigma of Mental Illness*, ISMI-29)<sup>(25)</sup>. La escala ISMI es un cuestionario de autoinforme con 29 ítems diseñado

para medir el estigma internalizado por medio de cinco subescalas: Alienación, Internalización de estereotipos, Aislamiento social, Discriminación percibida y Resistencia al estigma. Puntuaciones totales más altas en ISMI indican que el estigma internalizado es más grave. Se utilizó la versión de ISMI en español<sup>(26)</sup>.

### Variables predictoras

Escala de síndromes positivos y negativos (*Positive and Negative Syndrome Scale*, PANSS) para la Esquizofrenia<sup>(27)</sup>. PANSS es una escala con 30 ítems que se utiliza para evaluar síntomas psicóticos en personas con esquizofrenia y está dividida en cinco factores: Positivos, Negativos, Excitación, Depresión y Desorganización<sup>(28)</sup>. PANSS se tradujo y validó al español<sup>(29)</sup>.

Escala de ajuste premórbido (*Premorbid Adjustment Scale*, PAS)<sup>(30)</sup>. Esta escala recurre a entrevistas retrospectivas para evaluar el desarrollo psicosocial de los pacientes antes de desencadenarse la psicosis, enfocándose en cinco dominios: Sociabilidad y aislamiento, Relaciones de compañerismo, Rendimiento escolar, Adaptación escolar y Ajuste sociosexual. Puntuaciones PAS más altas indican niveles de ajuste premórbido más bajos. La escala se adaptó al español<sup>(31)</sup>.

Duración de psicosis no tratada (*Duration of Untreated Psychosis*, DUP)<sup>(32)</sup>: DUP se definió como el tiempo transcurrido desde la aparición del primer episodio psicótico agudo hasta el inicio del tratamiento antipsicótico. La puntuación DUP se calculó sobre la base de información proporcionada por los pacientes, sus principales cuidadores y las historias clínicas.

### Variables de confusión potenciales

Ciertas variables sociodemográficas como "origen étnico" y "sexo biológico" se consideraron variables de confusión potenciales en el análisis. El origen étnico se evaluó mediante autoinforme: los participantes se autocategorizaron como pertenecientes a algún grupo étnico (1) o no (2). Esta categorización refleja distinciones culturales y basadas en la identidad que resultan relevantes para las experiencias de estigma. El sexo biológico se registró como variable binaria (1 = Masculino; 2 = Femenino), en función de la autoidentificación señalada por los participantes. Estas variables sociodemográficas se incluyeron en el análisis para dar cuenta de su posible influencia sobre el autoestigma, puesto que se ha demostrado que tanto el origen étnico como el sexo ejercen variados efectos sobre experiencias relacionadas con el estigma en diversos contextos de salud mental.

Además de las variables de interés primarias, se recolectaron varias características sociodemográficas y

clínicas para acrecentar la descripción de la muestra del estudio. Si bien estas variables no estuvieron directamente relacionadas con la hipótesis, proporcionaron un contexto valioso para comprender al grupo poblacional estudiado.

La edad se registró como variable continua; eso permitió definir un perfil demográfico detallado de la muestra. La situación de pareja se evaluó utilizando una variable binaria: los participantes indicaron si estaban en una relación o no (Sí = 1, No = 0). Tanto la edad al momento del primer episodio psicótico agudo como la edad al inicio del tratamiento se registraron como variables continuas.

### Fuentes de datos/Mediciones

Los datos primarios se recolectaron por medio de entrevistas presenciales estructuradas a cargo de psicólogos debidamente capacitados. Se evaluó individualmente a cada paciente en un ambiente privado de su centro de Salud mental respectivo. Se aplicaron las escalas ISMI-29, PAS y PANSS como parte del proceso de las entrevistas; además, se reunió información adicional sobre DUP de las historias clínicas, los autoinformes de los pacientes y los datos aportados por los cuidadores. Todos los instrumentos de medición empleados en el estudio son herramientas comprobadas y los mismos han sido validados para ser usados con poblaciones de habla hispana. También han demostrado buenos niveles de fiabilidad y validez en estudios de investigación previos.

### Sesgo

Se adoptaron varias medidas durante la totalidad del estudio para reducir al mínimo posibles fuentes de sesgo. El sesgo de selección se mitigó incluyendo participantes de los tres centros públicos de salud mental, lo que permitió contar con mayor variedad de experiencias clínicas. Sin embargo, el método de muestreo no probabilístico (por conveniencia) limita la capacidad de generalizar los hallazgos a la población general de personas con esquizofrenia. El sesgo de medición se redujo al mínimo estandarizando los procedimientos de las entrevistas: las evaluaciones estuvieron a cargo de dos psicólogos debidamente capacitados bajo la supervisión del investigador principal. A fin de abordar el sesgo de memoria, se utilizaron protocolos de entrevistas estructuradas para orientar los recuerdos de los participantes; además, se consultaron las historias clínicas para obtener información corroborativa cuando se encontrara disponible.

### Tamaño del estudio

Se reclutó a un total de 227 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. El tamaño de la muestra se determinó

en función de la viabilidad para reclutar pacientes en los tres centros y de la cantidad de participantes elegibles que asistían a consultas periódicas de seguimiento. Este tamaño de la muestra se consideró adecuado a fin de alcanzar suficiente poder estadístico para los análisis planificados, que incluyeron Análisis de Clases Latentes (ACL) y regresión logística multinomial, con el objetivo de detectar asociaciones significativas entre las variables predictoras y el estigma internalizado.

Durante un período de tres meses, se invitó a participar a los pacientes que acudían a sus consultas mensuales de seguimiento en los centros públicos y primarios de tratamiento ambulatorio para la esquizofrenia. Dos psicólogos (que forman parte del equipo de investigación y actuaron bajo la supervisión del investigador principal) llevaron a cabo las evaluaciones en los centros de salud mental respectivos de cada paciente. Las sesiones evaluatorias duraron entre 40 y 60 minutos.

Todos los participantes proporcionaron su consentimiento informado por escrito antes de iniciarse la recolección de datos. Se explicaron los objetivos del estudio a todos los participantes, al igual que el carácter voluntario de su participación.

### Métodos estadísticos

Los datos se analizaron utilizando Análisis de Clases Latentes (ACL)<sup>(33)</sup>, que es un método estadístico diseñado para identificar diferentes subgrupos o perfiles dentro de un segmento poblacional específico en función de los patrones de respuesta detectados en ISMI-29. La cantidad de clases latentes se determinó utilizando una combinación de índices de ajuste de modelos, como Criterio de Información Bayesiano (*Bayesian Information Criterion*, BIC), Criterio de Información de Akaike (*Akaike Information Criterion*, AIC) y Criterio de Información Bayesiano ajustado (*adjusted Bayesian Information Criterion*, aBIC)<sup>(33-34)</sup>. Valores más bajos en estos índices indican modelos con mejor ajuste. También se emplearon las pruebas de razón de verosimilitud ajustada de Lo-Mendell-Rubin y *bootstrap* para evaluar el ajuste de los modelos.

Se utilizó regresión logística multinomial para examinar la asociación entre perfiles de estigma internalizado y diversas variables predictoras como origen étnico, sexo, ajuste premórbido, DUP y gravedad de los síntomas psicóticos. Este enfoque permitió analizar múltiples predictores y variables de confusión potenciales simultáneamente. También se realizaron diversos análisis de subgrupos para investigar si las relaciones entre los predictores y los perfiles de estigma diferían según las características demográficas<sup>(34)</sup>.

Los datos faltantes se abordaron utilizando imputación múltiple; además, se llevaron a cabo diversos

análisis de sensibilidad para evaluar la solidez de los resultados conforme a distintas presunciones en relación a los datos faltantes. Todos los análisis se ejecutaron en *Mplus* (Versión 8.5)<sup>(35-36)</sup>.

### Consideraciones éticas

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Tarapacá (18/2009) y del Servicio Nacional de Salud de Chile. Se obtuvo el consentimiento informado tanto de los pacientes como de sus principales cuidadores. En el estudio se enfatizó el carácter voluntario de su participación y no se ofreció ninguna compensación financiera a los participantes.

### Resultados

Los resultados correspondientes al análisis descriptivo de la muestra demostraron que la media de edad fue 41,1 años [Desviación Estándar (DE)=16,34], con 129 (56,8%) pacientes del sexo masculino, 181 (79,7%) sin pareja

y 86 (37,9%) que autoinformaron pertenecer al grupo étnico Aymara. La edad de los participantes al momento del primer episodio psicótico agudo y al iniciarse el tratamiento fue 21,4 años (DE=8.4) y 25 años (DE=8.9), respectivamente.

En el diagrama de flujo (Figura 1) se proporciona una clara representación visual del proceso para seleccionar a los participantes, comenzando con una cantidad total de 423 posibles candidatos entre los tres centros de tratamiento. Después del cribado para determinar la elegibilidad, se evaluó a 240 personas para ser incluidas en el estudio. Se excluyó a diez sujetos debido a síntomas clínicamente significativos que les impedían participar plenamente en el estudio. Tres personas se rehusaron a participar después de recibir la invitación. Por lo tanto, la muestra que se incluyó para el análisis estuvo conformada por 227 individuos que cumplieron los criterios de inclusión y proporcionaron su consentimiento informado. En el diagrama de flujo se ilustra este proceso paso a paso, garantizando así transparencia en el reclutamiento y la inclusión de los participantes.

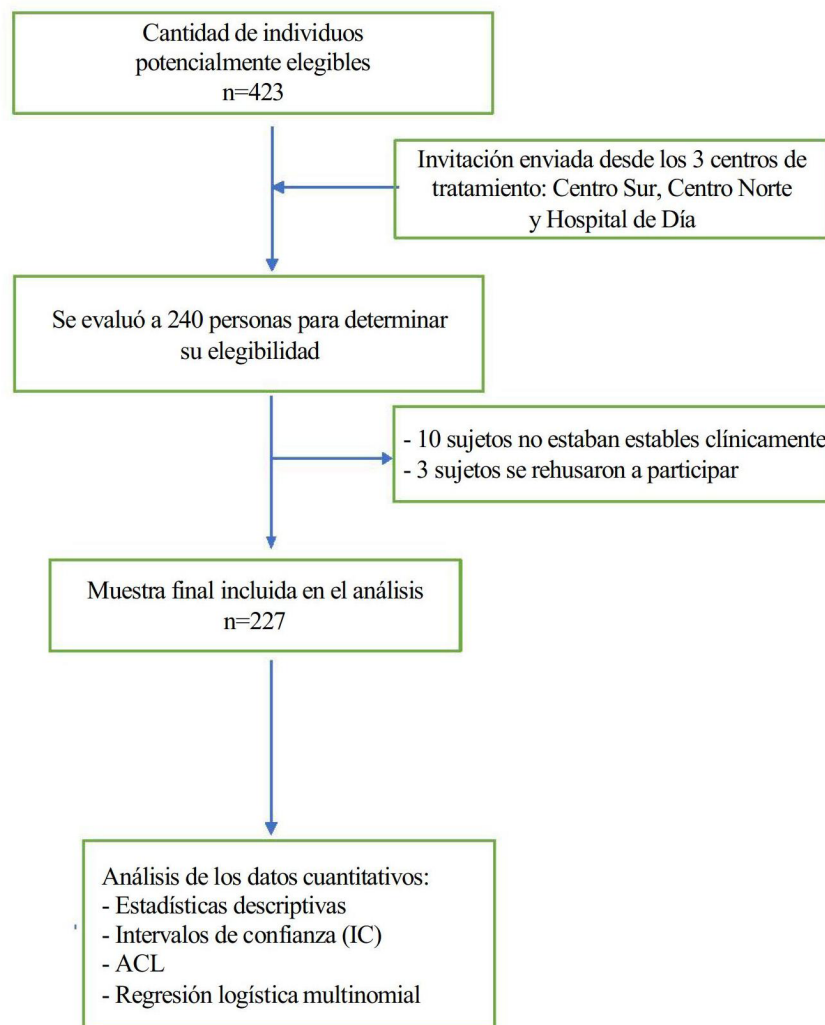


Figura 1 - Diagrama de flujo en el que se ilustra el proceso para seleccionar e incluir participantes



Los resultados del ACL confirmaron que el modelo de tres clases presentó los mejores indicadores de ajuste relativo [AIC=1976,884; aBIC=1982,509; aLMR=89,914; Regresión Lineal Bayesiana (RLB)=92,676]. La entropía correspondiente al modelo con tres clases alcanzó un nivel adecuado (0,82).

En la Tabla 1 se presentan las puntuaciones medias correspondientes al estigma internalizado en cada una de las dimensiones de ISMI-29 y la distribución de las covariables. Entre los pacientes con perfiles latentes de estigma alto hubo un 50% de hombres y el 47,9% se identificó como perteneciente a algún grupo étnico. También presentaron la peor media de ajuste premórbido (13,75), la

DUP más prolongada en años (3,85) y los peores síntomas de la muestra (63,45). Por otra parte, el perfil latente de estigma moderado estuvo mayoritariamente conformado por hombres (62,4%) y por personas que se identificaron como pertenecientes a algún grupo étnico (58,4%). También presentaron niveles intermedios de ajuste premórbido (10,82), psicosis no tratada en años (1,88) y síntomas (61,83). Finalmente, el perfil latente de estigma bajo estuvo mayormente compuesto por hombres (61,5%) y por personas que se identificaron como pertenecientes a algún grupo étnico (59,6%). Presentó los mejores niveles de ajuste premórbido (9,45), psicosis no tratada en años (1,58) y síntomas (59,54).

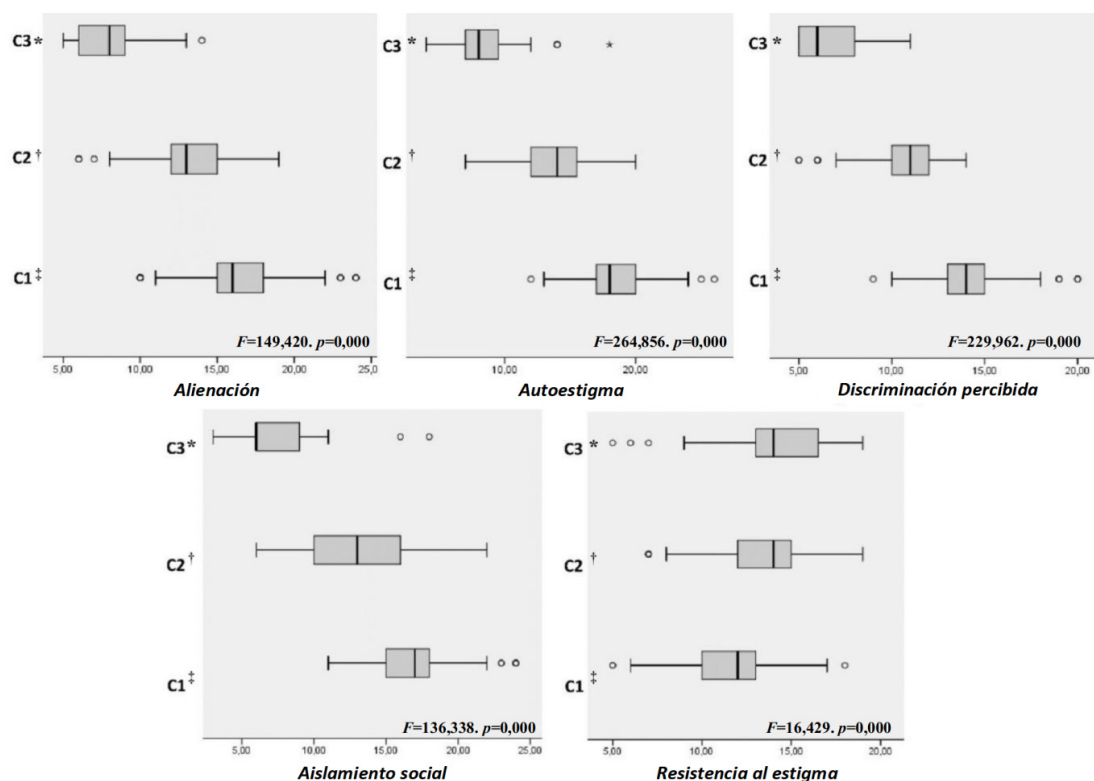
Tabla 1 - Estadísticas descriptivas correspondientes a las variables clínicas. Arica, Arica y Parinacota, Chile, 2023

Valor medio (DE*)					
ISMI†		Toda la muestra	Estigma alto	Estigma moderado	Estigma bajo
Alienación		13,34 (4,22)	2,69 (0,06)	2,218 (0,06)	1,359 (0,06)
Discriminación percibida		11,26 (3,68)	2,87 (0,05)	2,131 (0,07)	1,363 (0,07)
Autoestigma		14,60 (4,71)	2,66 (0,04)	1,974 (0,07)	1,243 (0,06)
Resistencia al estigma		12,80 (2,92)	2,33 (0,06)	2,659 (0,06)	2,867 (0,10)
Aislamiento social		13,45 (5,06)	2,84 (0,07)	2,172 (0,11)	1,270 (0,07)
(DE*)/Frecuencia (%)					
Covariables		Toda la muestra (n=227)	Estigma alto (n=98)	Estigma moderado (n=77)	Estigma bajo (n=52)
Sexo	Masculino	129 (56,8%)	49 (50%)	48 (62,4%)	32 (61,5%)
	Femenino	98 (43,2%)	49 (50%)	29 (37,6%)	20 (38,5%)
Grupo étnico	Sí	123 (54,2%)	47 (47,9%)	45 (58,4%)	31 (59,6%)
	No	104 (45,8%)	51 (52,1%)	32 (41,6%)	21 (40,4%)
Ajuste premórbido		11,52 (4,45)	13,75 (4,30)	10,82 (4,01)	9,45 (3,70)
Duración de psicosis no tratada		2,46 (6,36)	3,85 (8,76)	1,88 (5,17)	1,58 (3,11)
Síntomas		61,80 (18,91)	63,45 (16,19)	61,83 (21,64)	59,5 (19,43)

\*DE = Desviación Estándar; †ISMI = Escala *Internalized Stigma of Mental Illness*

En la Figura 2 se muestra la distribución de los perfiles latentes por medio de un *boxplot* para cada una de las clases y dimensiones de ISMI-29. Se puede afirmar que los sujetos con significativas tendencias autoestigmatizantes y menor resistencia al estigma, más propensos a concordar con estereotipos negativos sobre la esquizofrenia, han sufrido más discriminación y presentan niveles más elevados de aislamiento social

(n=98) fueron agrupados en (C1). Por otra parte, las personas con niveles promedio en todas las dimensiones de ISMI-29 fueron incluidas en (C2) (n=77). A su vez, en (C3) encontramos participantes con mayor resistencia al estigma y menores tendencias autoestigmatizantes, capaces de tener una visión positiva sobre sí mismos y la enfermedad, con poca discriminación percibida y mayor participación social (n=52).



\*C3 = Estigma bajo; †C2 = Estigma moderado; ‡C1 = Estigma alto

Figura 2 - Valores medios correspondientes a los perfiles latentes de estigma internalizado de acuerdo con las dimensiones de ISMI-29

En la Tabla 2 se presentan los resultados de la regresión logística multinomial, examinando la asociación entre las covariables y pertenencia a clases latentes

para los perfiles de estigma internalizado. Se utiliza el perfil de estigma bajo como grupo de referencia para la comparación.

Tabla 2 - Resultados de la regresión logística multinomial para las covariables de las clases latentes. Arica, Arica y Parinacota, Chile, 2023

Grupo de referencia	Grupo de comparación	Grupo étnico	Sexo	Duración de psicosis no tratada	Ajuste premórbido	Síntomas
OR* (IC†)						
Estigma alto	Estigma moderado	1,09(0,76; 1,56)	0,34(0,04; 2,92)	0,91(0,79; 1,06)	0,87(0,71; 1,06)	0,94(0,88; 1,01)
	Estigma bajo	0,88(0,65; 1,19)	0,33(0,06; 1,71)	0,98(0,89; 1,08)	0,70(0,58; 0,85)‡	0,98(0,93; 1,04)
Estigma bajo	Estigma moderado	1,23(0,86; 1,76)	1,04(0,22; 4,8)	0,93(0,80; 1,08)	1,23(1,00; 1,5)‡	0,95(0,90; 1,01)

Nota: Se utilizó el perfil de estigma bajo como grupo de referencia para la comparación; \*OR = Odds Ratio; †IC = Intervalo de Confianza; ‡Significancia estadística

Tal como se muestra en la Tabla 2, el ajuste premórbido fue el único predictor significativo de pertenencia tanto en el perfil de estigma Alto como en el de estigma bajo. Específicamente, un ajuste premórbido deficiente (OR=0,70 para estigma alto y OR=1,23 para estigma moderado) aumenta la probabilidad de que una persona sea clasificada en los perfiles moderado o alto de estigma internalizado, en comparación con el grupo de estigma bajo.

Esto sugiere que las personas con peor ajuste psicosocial antes de desencadenarse la psicosis son

más propensos a sufrir niveles más elevados de estigma internalizado, en comparación con aquellos que presentan mejor ajuste premórbido, que tienen más probabilidades de ser categorizados en el grupo de estigma bajo.

## Discusión

En el Análisis de Clases Latentes (ACL) que se realizó en este estudio se identificaron tres perfiles diferentes de estigma internalizado en personas con diagnóstico

de esquizofrenia, a saber: alto, moderado y bajo. La clasificación con tres perfiles demostró ser un modelo efectivo para categorizar a los participantes en función de sus puntuaciones de estigma latente. Contrariamente a nuestra hipótesis, el origen étnico no se erigió como un predictor significativo de pertenencia al perfil de estigma alto. Este hallazgo desafía ciertas presunciones predominantes en la literatura sobre estigma. Si bien en trabajos de investigación anteriores a menudo se enfatizó la relación entre pertenecer a algún grupo étnico y la intensificación del estigma<sup>(1)</sup> y contrariamente a nuestra hipótesis, padecer esquizofrenia y pertenecer a un segmento social vulnerable como algún grupo étnico<sup>(13)</sup> probablemente no aumenten los niveles de estigma, rechazando así la combinación de condiciones propuesta como hipótesis. Estos resultados sugieren que la identidad étnica por sí sola no necesariamente intensifica el estigma internalizado en personas que padecen esquizofrenia. Esto implica que, en el contexto de este segmento de la población, padecer esquizofrenia y presentar otros factores como antecedentes psicosociales conjuntamente puede ejercer mayor influencia sobre el estigma internalizado que la identidad étnica de forma aislada.

Un hallazgo clave de este estudio fue el hecho de que el ajuste premórbido se erigió como un predictor significativo tanto para el perfil de estigma alto como para el de estigma moderado. Específicamente, las personas con ajuste premórbido deficiente presentaron más probabilidades de ser categorizadas en el grupo de estigma alto, con una asociación ligeramente menor con el grupo de estigma moderado. Estos resultados se condicen con los de estudios anteriores<sup>(14)</sup>, en los que se sugiere que las personas con un funcionamiento psicosocial deficiente antes de desencadenarse la psicosis corren mayor riesgo de internalizar estereotipos negativos. Es plausible que las personas que sufrieron inconvenientes en los dominios social, educativo u ocupacional antes de desencadenarse la psicosis hayan contado con menos recursos para combatir el estigma una vez diagnosticado, lo que los hizo más vulnerables a internalizar prejuicios de la sociedad<sup>(37)</sup>. Es posible que estos individuos también hayan sido más susceptibles a juicios sociales negativos, lo que podría haber contribuido a una mayor internalización de su estigma. Entre las intervenciones para abordar el estigma podemos mencionar las siguientes: Terapia Cognitivo-Conductual, que desafía las creencias negativas y la aceptación; Terapia del Compromiso, que estimula la aceptación del trastorno; y programas de Psicoeducación para generar mayor conciencia y enseñar estrategias de afrontamiento<sup>(38-40)</sup>.

Este hallazgo enfatiza el rol crítico del funcionamiento premórbido en términos de experiencias relacionadas con

el estigma y destaca la necesidad de diseñar intervenciones personalizadas dirigidas a mitigar el problema. En las estrategias clínicas se deberían considerar las necesidades únicas de las personas con antecedentes de ajuste psicosocial deficiente antes de desencadenarse la psicosis. Estos pacientes podrían resultar beneficiados al participar en intervenciones diseñadas para mejorar sus mecanismos de funcionamiento y afrontamiento social, lo que a su vez podría reducir la internalización de actitudes negativas con respecto a la sociedad. La significativa asociación entre ajuste premórbido y estigma internalizado sugiere que el desarrollo psicosocial temprano debería ser un punto central a tratar, tanto en trabajos de investigación como en la práctica clínica.

Es más, en el estudio se descubrió que la gravedad de los síntomas, medidos con la Escala PANSS, no fue un predictor significativo de los perfiles de estigma. Esto se condice con otros estudios de investigación en los que se sugiere que la relación entre la gravedad de los síntomas y el autoestigma es compleja y no siempre directa<sup>(36)</sup>. Es posible que diversos factores psicosociales como el ajuste premórbido desempeñen un rol más central en la conformación de experiencias de estigma que la gravedad de los síntomas psicóticos en sí. Este hallazgo exige comprender mejor los factores que ejercen una influencia sobre el estigma, más allá de la gravedad de los síntomas de forma aislada.

Pese a los valiosos detalles que aporta este estudio, es necesario reconocer varias limitaciones. En primer lugar, el diseño transversal restringe nuestra capacidad para evaluar la estabilidad de los perfiles de estigma internalizado a lo largo del tiempo o para determinar si las covariables identificadas (ajuste premórbido, por ejemplo) ejercen algún efecto duradero sobre la evolución del estigma. Realizar estudios de investigación longitudinales permitiría comprender más claramente cómo progresa el estigma internalizado y las distintas influencias ejercidas por diversos predictores sobre la progresión del estigma con el transcurso del tiempo. En particular, un Análisis de Transición Latente (ATL) podría ser un método útil para examinar de qué manera las personas pasan de un perfil de estigma a otro durante diferentes etapas de su tratamiento y recuperación.

Otra limitación es el hecho de que el estudio se enfocó en un entorno clínico específico: centros públicos de salud mental de Chile. Si bien estos centros proporcionan datos importantes sobre el estigma en una población clínica diversa, no es posible generalizar directamente los hallazgos a otros entornos o grupos poblacionales, especialmente los pertenecientes a distintos contextos culturales o sistemas de atención de la salud. En estudios a futuro se deberá investigar el rol del



ajuste premórbido y de otros predictores del estigma en distintos entornos geográficos y culturales para validar la solidez de estos hallazgos.

## Conclusión

A modo de conclusión, este estudio destaca la utilidad del Análisis de Clases Latentes al momento de clasificar perfiles de estigma internalizado en personas con esquizofrenia. Los resultados sugieren que, mientras que pertenecer a algún grupo étnico no es un predictor significativo de niveles más elevados de estigma internalizado en este segmento de la población, un ajuste premórbido deficiente sí predice significativamente los perfiles de estigma alto y moderado por igual. Estos hallazgos ponen en relieve la importancia de incorporar los antecedentes psicosociales de los sujetos (su ajuste premórbido particularmente) a intervenciones diseñadas para reducir el estigma. Los individuos con antecedentes de funcionamiento premórbido deficiente podrían requiere intervenciones más personalizadas destinadas a mejorar sus habilidades de funcionamiento y afrontamiento social, lo que podría reducir la internalización del estigma.

En trabajos de investigación a futuro se deberá seguir examinando el rol del ajuste premórbido, la gravedad de los síntomas y otros factores psicosociales en la evolución del estigma. Lo ideal sería recurrir a diseños longitudinales para registrar la naturaleza dinámica de este problema con el transcurso del tiempo. Además, las intervenciones destinadas a reducir el estigma en esquizofrenia deberían personalizarse para abordar estos factores psicosociales y, en futuros estudios, se deberán explorar los métodos más efectivos para tratar el estigma internalizado en diversos subgrupos dentro de este segmento de la población.

## Referencias

1. Wang XQ, Petrini MA, Morisky DE. Predictors of quality of life among Chinese people with schizophrenia. *Nurs Health Sci.* 2017;19(2):142-8. <https://doi.org/10.1111/nhs.12286>
2. Caqueo-Urizar A, Urzúa A, Habib J, Loundou A, Boucekine M, Boyer L, et al. Relationships between social stigma, stigma experience and self-stigma and impaired quality of life in schizophrenia across three Latin-American countries. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2020;270(5):513-20. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01035-8>
3. Ben-Zeev D, Frounfelker R, Morris SB, Corrigan PW. Predictors of Self-Stigma in Schizophrenia: New Insights Using Mobile Technologies. *J Dual Diagn.* 2012;8(4):305-14. <https://doi.org/10.1080/15504263.2012.723318>

4. Barlati S, Morena D, Nibbio G, Cacciani P, Corsini P, Mosca A, et al. Internalized stigma among people with schizophrenia: Relationship with socio-demographic, clinical and medication-related features. *Schizophr Res.* 2022;243:364-71. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.06.007>
5. Sarraf L, Lepage M, Sauvé G. The clinical and psychosocial correlates of self-stigma among people with schizophrenia spectrum disorders across cultures: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* 2022;248:64-78. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.08.001>
6. Pellet J, Golay P, Nguyen A, Suter C, Ismailaj A, Bonsack C, et al. The relationship between self-stigma and depression among people with schizophrenia-spectrum disorders: A longitudinal study. *Psychiatry Res.* 2019;275:115-9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.022>
7. Oexle N, Rüsch N, Viering S, Wyss C, Seifritz E, Xu Z, et al. Self-stigma and suicidality: a longitudinal study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2017;267(4):359-61. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0698-1>
8. Jian CR, Wang PW, Lin HC, Huang MF, Yeh YC, Liu TL, et al. Association between self-stigma and suicide risk in individuals with schizophrenia: Moderating effects of self-esteem and perceived support from friends. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(22):15071. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215071>
9. Karakaş SA, Okanlı A, Yılmaz E. The Effect of Internalized Stigma on the Self Esteem in Patients with Schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs.* 2016;30(6):648-52. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.02.006>
10. Violeau L, Dudilot A, Roux S, Prouteau A. How internalised stigma reduces self-esteem in schizophrenia: the crucial role of off-line metacognition. *Cogn Neuropsychiatry.* 2020;25(2):154-61. <https://doi.org/10.1080/13546805.2020.1714570>
11. Degnan A, Berry K, Humphrey C, Bucci S. The relationship between stigma and subjective quality of life in psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2021;85:102003. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102003>
12. Zhang TM, Wong IYL, Yu YH, Ni SG, He XS, Bacon-Shone J, et al. An integrative model of internalized stigma and recovery-related outcomes among people diagnosed with schizophrenia in rural China. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2019;54(8):911-8. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1646-3>
13. 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. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>

14. Hofer A, Post F, Pardeller S, Frajo-Apor B, Hoertnagl CM, Kemmler G, et al. Self-stigma versus stigma resistance in schizophrenia: Associations with resilience, premorbid adjustment, and clinical symptoms. *Psychiatry Res.* 2019;271:396–401. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.029>
15. Verdoux H, Quiles C, Bon L, Chéreau-Boudet I, Dubreucq J, Legros-Lafarge E, et al. Characteristics associated with self-reported medication adherence in persons with psychosis referred to psychosocial rehabilitation centers. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2021;271(8):1415-24. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01207-x>
16. Chaimowitz GA, Upfold C, Géa LP, Qureshi A, Moulden HM, Mamak M, et al. Stigmatization of psychiatric and justice-involved populations during the COVID-19 pandemic. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2021;106:110150. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110150>
17. Ponce-Correa F, Caqueo A. Más allá de los síntomas: una mirada integrada de la recuperación de personas diagnosticadas con esquizofrenia a través de enfoques mixtos. *Ter Psicol [Internet].* 2024 [cited 2024 Oct 12];42(2):187-216. Available from: <https://teps.cl/index.php/teps/article/view/648>
18. Díaz-Mandado O, Periañez JA. An effective psychological intervention in reducing internalized stigma and improving recovery outcomes in people with severe mental illness. *Psychiatry Res.* 2021;295:113635. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113635>
19. Çapar M, Kavak F. Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care.* 2019;55(1):103-11. <https://doi.org/10.1111/ppc.12309>
20. Komatsu H, Ono T, Maita Y, Ishida Y, Kikuchi T, Maki T, et al. Association between autistic symptoms and self-stigma in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2020;16:2553-61. <https://doi.org/10.2147/NDT.S280485>
21. Novick D, Montgomery W, Treuer T, Moneta MV, Haro JM. Sex differences in the course of schizophrenia across diverse regions of the world. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016;12:2927-39. <https://doi.org/10.2147/NDT.S101151>
22. Mueser KT, DeTore NR, Kredlow MA, Bourgeois ML, Penn DL, Hintz K. Clinical and demographic correlates of stigma in first-episode psychosis: the impact of duration of untreated psychosis. *Acta Psychiatr Scand.* 2020;141(2):157-66. <https://doi.org/10.1111/acps.13102>
23. Franz L, Carter T, Leiner AS, Bergner E, Thompson NJ, Compton MT. Stigma and treatment delay in first-episode psychosis: a grounded theory study. *Early Interv Psychiatry.* 2010;4(1):47-56. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2009.00155.x>
24. Stefanatou P, Karatosidi CS, Tsompanaki E, Kattoulas E, Stefanis NC, Smyrnis N. Premorbid adjustment predictors of cognitive dysfunction in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2018;267:249-55. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.029>
25. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res.* 2003;121(1):31-49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
26. Bengochea-Seco R, Arrieta-Rodríguez M, Fernández-Modamio M, Santacoloma-Cabero I, Gómez de Tojeiro-Roce J, García-Polavieja B, et al. Adaptation into Spanish of the Internalised Stigma of Mental Illness scale to assess personal stigma. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2018;11(4):244-54. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.007>
27. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13(2):261-76. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
28. Lancon C, Aghababian V, Llorca PM, Auquier P. Factorial structure of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): a forced five-dimensional factor analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 1998;98(5):369-76. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10101.x>
29. Peralta V, Cuesta MJ. Psychometric properties of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 1994;53(1):31-40. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(94\)90093-0](https://doi.org/10.1016/0165-1781(94)90093-0)
30. Cannon-Spoor HE, Potkin SG, Wyatt RJ. Measurement of Premorbid Adjustment in Chronic Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1982;8(3):470-84. <https://doi.org/10.1093/schbul/8.3.470>
31. Barajas A, Ochoa S, Baños I, Dolz M, Villalta-Gil V, Vilaplana M, et al. Spanish validation of the Premorbid Adjustment Scale (PAS-S). *Compr Psychiatry.* 2013;54(2):187-94. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.007>
32. Salazar de Pablo G, Aymerich C, Guinart D, Catalan A, Alameda L, Trotta G, et al. What is the duration of untreated psychosis worldwide? – A meta-analysis of pooled mean and median time and regional trends and other correlates across 369 studies. *Psychol Med.* 2024;54(4):652-62. <https://doi.org/10.1017/S0033291723003458>
33. Weller BE, Bowen NK, Faubert SJ. Latent Class Analysis: A Guide to Best Practice. *J Black Psychol.* 2020;46(4):287-311. <https://doi.org/10.1177/0095798420930932>
34. Asparouhov T, Muthén B. Auxiliary Variables in Mixture Modeling: Three-Step Approaches Using M plus. *Struct*

- Equ Modeling. 2014;21(3):329-41. <https://doi.org/10.1080/10705511.2014.915181>
35. Masyn KE. Latent Class Analysis and Finite Mixture Modeling. In: Little TD, editor. The Oxford Handbook of Quantitative Methods in Psychology [Internet]. Oxford: Oxford University Press; 2013 [cited 2024 June 04]. p. 551-611. Available from: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199934898.013.0025>
36. Muthén LK, Muthén BO. Statistical Analysis with Latent Variables User's Guide [Internet]. 8. ed. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén; 1998 [cited 2024 June 04]. Available from: [https://www.statmodel.com/download/usersguide/MplusUserGuideVer\\_8.pdf](https://www.statmodel.com/download/usersguide/MplusUserGuideVer_8.pdf)
37. Vedana KGG, Miasso AI. The meaning of pharmacological treatment for schizophrenic patients. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014;22(4):670-8. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3427.2466>
38. Luo H, Li Y, Yang BX, Chen J, Zhao P. Psychological interventions for personal stigma of patients with schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. J Psychiatr Res. 2022;148:348-56. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.02.010>
39. Shih CA, Huang JH, Yang MH. Anti-stigma psychosocial intervention effects on reducing mental illness self-stigma and increasing self-esteem among patients with schizophrenia in Taiwan: A quasi-experiment. Asian J Psychiatry. 2022;73:103171. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103171>
40. Khalaf OO, Fathy H, Ebrahim HAM, Samie MA. Self-stigma and coping in youth with schizophrenia and bipolar disorder: a comparative study. Middle East Curr Psychiatry. 2023;30:76. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00350-0>

## Contribución de los autores

**Concepción y dibujo de la pesquisa:** Alejandra Caqueo-Urizar, Felipe Ponce-Correa. **Obtención de datos:** Felipe Ponce-Correa. **Análisis e interpretación de los datos:** Alejandra Caqueo-Urizar, Felipe Ponce-Correa, Alfonso Urzúa, Guillaume Fond, Laurent Boyer. **Análisis estadístico:** Felipe Ponce-Correa, Alfonso Urzúa, Guillaume Fond, Laurent Boyer. **Obtención de financiación:** Alejandra Caqueo-Urizar. **Redacción del manuscrito:**


Alejandra Caqueo-Urizar, Felipe Ponce-Correa, Alfonso Urzúa, Guillaume Fond, Laurent Boyer. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Alejandra Caqueo-Urizar, Felipe Ponce-Correa, Alfonso Urzúa, Guillaume Fond, Laurent Boyer.

**Todos los autores aprobaron la versión final del texto.**

**Conflicto de intereses:** los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 04.06.2024  
Aceptado: 01.02.2025

Editora Asociada:  
Sueli Aparecida Frari Galera

Autora de correspondencia:  
Alejandra Caqueo-Urizar  
E-mail: [acaqueo@academicos.uta.cl](mailto:acaqueo@academicos.uta.cl)  
 <https://orcid.org/0000-0002-4614-8380>

**Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.  
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.