

Blanca Reneses^{1,2,3}
 Julia Sevilla-Llewellyn-Jones^{1,2,3}
 Regina Vila-Badia⁴
 Tomas Palomo^{2,3,5}
 Cristina Lopez-Micó¹
 Manuel Pereira¹
 Maria José Regatero¹
 Susana Ochoa^{4,5}

Relación entre variables sociodemográficas, psicosociales y clínicas y el estigma personal en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia

¹Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos, Madrid. España

²Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos, IdISSC. Hospital Clínico San Carlos, Madrid. España

³Universidad Complutense, Madrid. España

⁴Unidad de investigación del Parc Sanitari Sant Joan de Deu. Institut de Recerca Sant Joan de Deu

⁵CIBERSAM.

Antecedentes. Estudios previos sugieren que las personas con esquizofrenia son uno de los grupos más estigmatizados de la sociedad.

Objetivo. analizar ampliamente el estigma personal en pacientes con esquizofrenia.

Método. Se obtuvieron datos de 89 pacientes. Éstos fueron evaluados con los siguientes instrumentos: características sociodemográficas y clínicas, Escala de Discriminación y Estigma, Cuestionario de Auto percepción del Estigma, Escala de Síndromes positivos y negativos, Escala de depresión de Calgary, Escala de Evaluación de la Actividad Global y Escala Breve de Funcionamiento Social.

Resultados. las relaciones entre el estigma personal y las variables sociodemográficas y psicosociales resultaron escasamente significativas. Sin embargo, las variables clínicas correlacionaron significativamente con diferentes facetas del estigma personal. Las correlaciones de las subescalas de estigma personal fueron entre estigma experimentado, estigma anticipado y autoestigma entre sí. El 29,5% de la variación de la subescala "trato injusto" se explicó por la edad de inicio y el nivel de depresión. El 20,1% de la variación de la subescala "autolimitación" se explicó por el nivel de depresión y el género. El 27,3% de la subescala "superación del estigma" se explica por el nivel de depresión y los síntomas psicóticos positivos y negativos. El 35,8% de la variación de la escala de autoestigma se explicó por el nivel de depresión.

Conclusiones. Abordar el estigma dentro del tratamiento parece de crucial importancia ya que todas las facetas del estigma están altamente relacionadas con las dimensiones clínicas, especialmente la depresión. Por lo tanto, incluir estrategias para reducir el estigma en los programas de aten-

ción puede ayudar a los pacientes con esquizofrenia a una mejor adaptación funcional y proceso evolutivo.

Palabras clave: Psicosis, Esquizofrenia, Estigma, Estigma Personal, Discriminación

Actas Esp Psiquiatr 2020;48(3):116-25

The relationships between sociodemographic, psychosocial and clinical variables

Background. Studies suggest that people with a diagnosis of schizophrenia are one of the most stigmatized groups in society.

Aim. To comprehensively analyze personal stigma in patients diagnosed with schizophrenia.

Method. Data were obtained from 89 patients. Patients were evaluated with the following scales: a sociodemographic and clinical questionnaire, the Discrimination and Stigma Scale, the Self-perception of Stigma Questionnaire for People with Schizophrenia, the Positive and Negative Syndrome Scale, the Calgary Depression Scale for Schizophrenia, the Global Assessment of Functioning Scale, and the Brief Social Functioning Scale.

Results. Relations between personal stigma and sociodemographic and psychosocial variables were poor. However, clinical variables correlated with different facets of personal stigma. Personal stigma subscales' correlations were between experienced stigma, anticipated stigma, and self-stigma to each other. 29.5% of the experienced stigma subscale variance was explained by age of onset and level of depression. 20.1% of the anticipated stigma subscale variance was explained by level of depression and gender. 27.3% of the overcoming stigma subscale variance was explained by level of depression and positive and negative psychotic symptoms. 35.8% of the self-stigma scale variance was explained by the level of depression.

Correspondencia:

Blanca Reneses

Av. Prof. Martín Lago s/n. Madrid. Spain

Correo electrónico: blanca@reneses.es

Julia Sevilla-Llewellyn-Jones

Av. Prof. Martín Lago s/n. Madrid. Spain

Correo electrónico: julia.sevilla@salud.madrid.org

Conclusions. Addressing stigma within treatment seems of crucial importance since all stigma facets seem to be highly related to clinical dimensions, especially depression. Therefore, including strategies to reduce stigma in care programs may help patients with schizophrenia to better adjust in life and improve their illness process.

Keywords: Psychosis; Schizophrenia, Stigma, Personal stigma, discrimination

INTRODUCCIÓN

El concepto de estigma incluye las dimensiones de etiquetado, estereotipos, reacciones emocionales, pérdida del estatus y discriminación¹. La investigación sobre el estigma en los trastornos mentales está en aumento. El estigma se puede describir de muchas maneras diferentes, como el reflejo del prejuicio y la discriminación de las personas sobre otras personas con trastornos mentales -estigma público-². Sin embargo, el estigma también puede explicarse el punto de vista de quién sufre del trastorno: el estigma personal. El estigma personal se compone de estigma percibido o anticipado, estigma experimentado y autoestigma en la mayoría de los estudios³. Sin embargo, Brohan et al.⁴ incluyeron otras dos facetas del estigma personal en la definición: superación del estigma y trato positivo. El estigma anticipado incluye lo que un individuo piensa que la mayoría de la gente cree sobre el grupo estigmatizado en general y cómo el individuo piensa que la sociedad lo ve personalmente como miembro del grupo estigmatizado; El estigma experimentado se refiere a la discriminación o las restricciones que realmente cumple la persona afectada³, mientras que el autoestigma es la internalización del estigma público general⁵. Además, la superación del estigma se refiere a las estrategias que utiliza el paciente para afrontar el estigma, y el tratamiento positivo se refiere a la percepción de discriminación positiva debido a la enfermedad o su tratamiento⁴.

Se han llevado a cabo estudios que investigan el estigma en diferentes trastornos mentales⁶. Wood et al.⁷ sugirieron que las personas con diagnóstico de esquizofrenia constituyen uno de los grupos más estigmatizados de la sociedad, lo que destaca la importancia del estudio del fenómeno en estos pacientes.

El estigma personal y el estigma internalizado se han estudiado en relación con las características sociodemográficas en personas con diagnóstico de psicosis con resultados inconsistentes, tal como reflejan la revisión de Gerlinger et al.³ y el metanálisis de Livingston et al.⁸. En relación con las

variables psicosociales, las relaciones fueron deficientes y, a partir de las variables revisadas por Gerlinger et al.³, solo niveles bajos de funcionamiento mostraron correlación con el estigma anticipado. Finalmente, se han estudiado también variables clínicas. De hecho, Gerlinger et al.³ demostraron que el estigma personal estaba relacionado con síntomas positivos, depresión y psicopatología general en una muestra con diagnósticos del espectro de la esquizofrenia.

El estudio del estigma parece tener una importancia crucial hoy en día. La razón es que tiene múltiples implicaciones para aquellos que se enfrentan a enfermedades mentales graves incluyendo menos autoestima, menos sentido de autoeficacia, menos empoderamiento, menos apoyo social, menos esperanza, menor cumplimiento del tratamiento y menor calidad de vida⁹⁻¹¹. Además, se ha descrito que el estigma y la discriminación asociados a las enfermedades mentales pueden tener consecuencias negativas sobre la enfermedad, sin que existan hallazgos claros sobre la eficacia de las intervenciones para reducir el estigma¹².

Si bien hay muchos estudios sobre el estigma en las enfermedades mentales graves, los resultados son equívocos y difíciles de comparar. Estos estudios varían según el tipo de estigma personal informado, las escalas utilizadas, los diagnósticos incluidos (incluso cuando se consideran los trastornos del espectro de la esquizofrenia), y otras variables, como el país de realización del estudio¹³. A la luz de todas las consideraciones anteriores, que hacen que los estudios sean difíciles de interpretar, el presente estudio tiene como objetivo analizar exhaustivamente el estigma personal en una muestra de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con la intención de aclarar la relación que las variables sociodemográficas, psicosociales y clínicas tienen con el estigma personal. Además, en este estudio, se pretende estudiar la relación entre los diferentes constructos del estigma personal

MÉTODOS

Muestra

Nuestro estudio se realizó en el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental (IPySM) del Hospital Universitario San Carlos de Madrid. Se ofreció participación en el estudio a 96 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia; sin embargo, 7 de ellos se negaron a participar. El trabajo de campo se realizó de febrero a septiembre de 2015.

La muestra se seleccionó consecutivamente según el orden de citación en las consultas, entre los sujetos elegibles para el estudio. La selección se hizo por sus psiquiatras de referencia. Los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión / exclusión y aceptaron participar en el estudio

mediante la firma del consentimiento informado fueron incluidos. Los criterios de inclusión fueron: tener establecido el diagnóstico de esquizofrenia DSM –IV-TR¹⁴, tener entre 18 y 80 años de edad, estar en situación de estabilidad clínica durante al menos 8 semanas sin hospitalizaciones y recibir tratamiento ambulatorio para limitar el posible efecto de confusión de la sintomatología aguda en el rendimiento de algunas pruebas¹⁵, hablar español con fluidez y tener capacidad para el consentimiento informado. Los criterios de exclusión incluyeron lesión cerebral traumática, deterioro cognitivo, discapacidad intelectual confirmada (Escala de Inteligencia de adultos Wechsler¹⁶ - IQ <70), y comorbilidad con otros trastornos mentales en el DSM-IV-TR eje I, con la excepción del trastorno por abuso de drogas.

Aspectos éticos

El Comité de Investigación Ética y Clínica del Hospital Universitario San Carlos aprobó los procedimientos de estudio, y todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito. Todos los procedimientos estaban conforme con la legislación vigente en materia de protección de datos y a la Declaración de Helsinki.

Instrumentos

Los cuestionarios sociodemográficos y clínicos se hicieron ad hoc para el propósito de este estudio. Las variables sociodemográficas fueron edad, género, estado civil, convivencia, educación y situación laboral. En relación con las variables clínicas, se obtuvo información sobre la edad de inicio de la psicosis, la duración de la enfermedad y el número de hospitalizaciones psiquiátricas.

Escala de Discriminación y Estigma: Se utilizó DISC-12⁴ en su versión en español¹⁷. Este instrumento se aplica a modo de entrevista y requiere un ejemplo de cada pregunta en caso de duda para estar seguro de la respuesta. La escala DISC-12 evalúa el estigma y la discriminación percibida y anticipada en personas con trastornos mentales. El instrumento incluye un total de 32 ítems que se componen de 4 subescalas: estigma experimentado o "trato injusto" (evalúa las experiencias de discriminación de la persona que está siendo evaluada, 21 ítems), estigma anticipado o "Autolimitación" (evalúa la discriminación anticipada considerando en qué medida el individuo ha limitado su participación en espacios sociales, 4 ítems), superación del estigma (explora qué estrategias tiene el paciente para enfrentar el estigma, 2 ítems) y "trato positivo" (evalúa la posibilidad de discriminación positiva debido a la enfermedad o su tratamiento, 5 ítems). Todos los ítems se puntúan en una escala Likert de 4 puntos que varía de "nada" a "mucho". Una puntuación más alta indica una dimensión más alta en cada subescala.

Cuestionario de autopercepción de estigma para personas con esquizofrenia (SSQ)¹⁸. El cuestionario cuenta con 14 ítems que recopilan datos sobre la percepción del estigma social. Las puntuaciones más altas indican un menor autoestigma.

Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS)¹⁹ en su adaptación española²⁰. Se empleó para valorar la gravedad de los síntomas psicóticos en los pacientes. Para el propósito de este estudio, utilizamos el modelo de Van der Gaag²¹, ya que ha demostrado su utilidad para evaluar las variables psicosociales²². Esta escala considera positiva (9 ítems), negativa (10 ítems), desorganizada (10 ítems), excitada (8 ítems) y síntomas emocionales (8 ítems) en una escala de 7 puntos, con puntuaciones más altas que indican una mayor gravedad de la enfermedad.

La escala de depresión de Calgary para la esquizofrenia (CDSS)²³ en su versión en español²⁴. Esta escala es una entrevista estructurada de nueve ítems que evalúa los síntomas de depresión en cualquier etapa de la esquizofrenia.

Se utilizó la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) en su versión en español¹⁴. El EEAG evalúa el funcionamiento global en el mes anterior. Tanto los síntomas como las dimensiones de discapacidad se evalúan utilizando una puntuación de 1 a 100²⁵, las puntuaciones más bajas representan una mayor gravedad de los síntomas y un nivel de funcionamiento más bajo.

Escala de funcionamiento social breve SFS²⁶ es una versión breve y validada de la escala de funcionamiento social²⁷. Esta escala evalúa el funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia. Las puntuaciones más altas indican un mayor funcionamiento.

Procedimiento

La muestra se conformó con la inclusión consecutiva de los sujetos que cumplieron los criterios de inclusión/exclusión y firmaron el consentimiento informado. Se requirió que todos los pacientes cumplieran con los criterios de esquizofrenia del DSM-IV-TR. El diagnóstico de esquizofrenia se hizo en base a criterio clínico del psiquiatra de referencia. El cuestionario clínico ad hoc se completó con las historias clínicas o preguntando directamente al psiquiatra que lo refirió, quien también completó la escala EEAG para cada paciente referido. El cuestionario sociodemográfico, las escalas DISC-12, SSQ, SFS, CDSS y PANSS se completaron en una sesión siguiente con el paciente por un investigador formado en todas las escalas.

Análisis estadístico

Las variables sociodemográficas y clínicas se describieron en términos de media o frecuencia. Se calcularon las

correlaciones de Pearson entre el estigma personal y algunas variables sociodemográficas, psicosociales y clínicas continuas. La prueba U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis se llevaron a cabo para estudiar las diferencias de las variables sociodemográficas en el estigma personal. Finalmente, se utilizaron regresiones lineales múltiples por pasos para estudiar la influencia que las variables sociodemográficas, psicosociales y clínicas tuvieron en los diferentes dominios de las subescalas de estigma. Solo se incluyeron en el modelo variables que fueron $p \leq 0.05$ en el análisis bivariado. Debido a la naturaleza exploratoria de nuestro estudio, no realizamos correcciones múltiples de comparación siguiendo las consideraciones de Bender & Lange²⁸ sobre estos estudios. Todos los análisis se realizaron utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 22.0.

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico

En la tabla 1 se expone la distribución de las variables clínicas y sociodemográficas de la muestra.

Estigma personal y variables sociodemográficas

La relación entre el estigma personal y las variables sociodemográficas se muestra en la tabla 2. La única diferencia significativa se encuentra en que los pacientes varones puntúan significativamente más alto en "autolimitación" que las pacientes mujeres.

Estigma personal y variables clínicas

Las correlaciones entre el estigma personal y las variables clínicas se presentan en la tabla 3. La subescala "trato injusto" correlaciona de manera negativa con la edad de inicio ($p < 0,001$), y positivamente con el nivel de depresión ($p = 0,004$), síntomas psicóticos positivos ($p = 0,007$), desorganizados ($p = 0,015$) y la severidad de estos síntomas ($p = 0,016$), así como con la duración de la enfermedad ($p = 0,013$). La subescala de "autolimitación" correlaciona positivamente con depresión ($p < 0,001$) y síntomas psicóticos emocionales ($p = 0,03$). La subescala "superación del estigma" correlaciona de manera negativa con la edad de inicio ($p = 0,014$), el nivel de depresión ($p = 0,013$) y con sintomatología negativa psicótica ($p = 0,014$), y de manera positiva con sintomatología psicótica positiva ($p = 0,047$). La subescala "trato positivo" correlaciona de manera positiva con sintomatología excitativa ($p < 0,001$). Finalmente, la escala de autoestigma correlaciona negativamente con el nivel de depresión ($p < 0,001$), sintomatología psicótica positiva ($p = 0,024$), desorganizada

Tabla 1			Variables sociodemográficas y clínicas de la muestra de pacientes diagnosticados de esquizofrenia	
Variables sociodemográficas				
			Media (DT)	
Edad			43,82 (11,41)	
			N (%)	
N			89 (100)	
Sexo	Hombres		67 (75,3)	
	Mujeres		22 (24,7)	
Estado civil	Soltero		71(79,8)	
	Casado		6(6,7)	
	Viudo		1(1,1)	
	Divorciado		11(12,4)	
Convivencia	Solo		20(22,5)	
	Familia de origen		45(50,6)	
	Familia propia		6 (6,7)	
	Amigos		3(3,4)	
	Institucionalizado		14 (15,7)	
	Otra		1(1,1)	
Educación	Primaria o menor		7(7,9)	
	Secundaria		18(20,2)	
	Formación profesional		48 (53,9)	
	Universitarios		15(16,9)	
Ocupación	Discapacidad total		52(28,4)	
	Discapacidad temporal		6(6,7)	
	Trabaja		11(12,4)	
	Desempleado		12(13,4)	
	Estudiante		7(7,9)	
Variables Clínicas				
			Media (DT)	
Edad de inicio			26,72(8,82)	
Duración de la enfermedad			16,95(11,67)	
Número de hospitalizaciones			3,65(4,95)	
.../...				

Tabla 1	Continuación	
Variables Clínicas		
		Media (DT)
PANSS	Positivo	11,29(4,27)
	Negativo	11,45 (4,86)
	Desorganizado	15,53(4,19)
	Emocional	15,71(5,07)
	Excitación	11,21(2,89)
	Total	48,11(10,89)
DISC-12	Trato injusto	4,84(5,53)
	Autolimitación	2,63(1,98)
	Superación del estigma	1,06(1,26)
	Trato positivo	2,57(2,63)
SSQ	Autoestima	67,68(17,03)
EEAG		61(9,38)
Depresión		3,15(3,29)
Funcionamiento social		25,11(5,51)
DISC-12: Escala de Discriminación y Estigma; EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global; PANSS: Escala de Síntomas Positivos y Negativos; SSQ: Cuestionario de autopercepción de estigma para personas con esquizofrenia		

($p=0,022$), emocional ($p<0,001$), y el nivel de severidad de esta ($p=0,003$).

Estigma personal y variables psicosociales

Las correlaciones entre el estigma personal y las variables psicosociales se muestran en la tabla 3. La escala "superación del estigma" correlaciona de manera positiva con el funcionamiento global ($p=0,007$) y el funcionamiento social ($p=0,001$).

Dominios del estigma personal

La tabla 4 muestra la relación entre los diferentes dominios del estigma, teniendo en cuenta las subescalas de la escala DISC y la escala SSQ. La subescala, "trato injusto" correlaciona positivamente con la subescala "autolimitación" ($p=0,005$) así como con la escala de "autoestigma" ($p<0,001$). La subescala "autolimitación" también correlaciona con escala de "autoestigma" ($p<0,001$).

Estima personal y variables sociodemográficas, psicosociales y clínicas

Los porcentajes de la varianza que pueden ser explicados por las variables sociodemográficas, psicosociales y clínicas de los diferentes dominios del estigma personal están presentados en la tabla 5. La edad de inicio y el grado de depresión explican un 29,5% de la varianza de la subescala "trato injusto". El género y el grado de depresión explican un 29,5% de la varianza de la subescala de "trato injusto". El género y el grado de depresión explican el 20,1% de la varianza de "autolimitación". Por otro lado, el nivel de depresión y la sintomatología psicótica positiva y negativa explican el 27,3% de la varianza de "superación del estigma". Finalmente, el grado de depresión explica el 35,8% de la varianza de "autoestigma".

DISCUSIÓN

Este estudio pretende explorar la relación entre el estigma personal con variables sociodemográficas, psicosociales y clínicas en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Nuestros resultados sugieren que el estigma personal está relacionado principalmente con variables clínicas, mientras que las variables sociodemográficas y psicosociales tienen menor influencia. Además, encontramos que existe una correlación entre los diferentes dominios del estigma personal, "trato injusto", "autolimitación" y "autoestigma" correlacionan entre ellos.

Estigma personal y variables sociodemográficas

En relación a las variables sociodemográficas, la única diferencia significativa encontrada fue que la subescala "autolimitación" era mayor en pacientes varones que en mujeres. Este resultado es muy interesante si tenemos en cuenta que nuestro estudio no encontró diferencias en género en "trato injusto" como sí se encontraron en el estudio de Farrelly et al.²⁹. Dados estos resultados, nuestra hipótesis es que la autolimitación está relacionada con la propia percepción del éxito la cual puede estar afectada negativamente por otras causas diferentes a las situaciones experimentadas. Los varones suelen tener un inicio más temprano de la enfermedad, más síntomas negativos, déficits cognitivos, alteraciones neuropsicológicas, peor curso de la enfermedad y familias más críticas entre otros déficits³⁰. Estos aspectos pueden que afecten al modo en que los hombres se enfrentan a las situaciones, limitándose a sí mismos a la hora de realizar algo exigente independientemente de sus experiencias, estando esto más relacionado con su propia percepción de éxito, teniendo en cuenta su gravedad y la historia de su trastorno mental y no tanto con su experiencia. Sin embargo, la perspectiva de género teniendo en cuenta estas varia-

Tabla 2		Relaciones entre estigma personal y variables sociodemográficas									
		DISC-12								SSQ	
Variables sociodemográficas		Trato injusto		Autolimitación		Superación del estigma		Trato positivo		Autoestigma	
		Media (DT)	P	Media (DT)	P	Media (DT)	P	Media (DT)	P	Media (DT)	P
Sexo	Mujer	5,05(5,95)	0,703	1,86(2,00)	0,03	0,81(0,98)	0,391	2,33(2,63)	0,447	66,6(20,24)	0,815
	Hombre	4,78(5,44)		2,87(1,93)		1,13(1,34)		2,64(2,64)		68,03(15,99)	
Estado Civil	Soltero	5,23(5,76)	0,368	2,76(1,97)	0,363	1,04(1,24)	0,510	2,5(2,35)	0,099	65,45(17,6)	0,099
	Casado	3,17(3,86)		2,17(1,83)		1,83(1,94)		5,33(5,05)		74,4(15,82)	
	Viudo	4(0)		0		0		0		75 (0)	
	Divorciado	3,36(4,9)		2,27(2,15)		0,81(0,87)		1,72(1,73)		77,8(9,21)	
Convivencia	Solo	4,32(4,14)	0,307	2,89(2,33)	0,172	0,74(1,1)	0,539	1,53(1,65)	0,071	63,77(22,9)	0,259
	Familia de origen	5,6(6,33)		2,76(1,84)		1,2(1,36)		2,7(2,45)		67,15(14,57)	
	Familia propia	5,67(5,79)		2,83(2,71)		1,33(1,97)		2,83(2,23)		74,17(14,16)	
	Amigos	1(1,73)		0(0)		0,67(0,58)		1(1)		87(13,23)	
	Institucionalizado	3,92(4,81)		2,43(1,6)		1,07(0,92)		4,07(3,85)		67,25(15,03)	
	Otra	0(0)		1(1)		0(0)		0(0)		-	
Educación	Primaria o menor	8,71(8,11)	0,538	2,14(1,95)	0,731	0,57(0,53)	0,801	2,28(2,62)	0,950	64,57(19,89)	0,940
	Secundaria	5(7,3)		2,5(2,15)		1,11(1,32)		2,28(2,14)		68,27(18,03)	
	Formación profesional	4,55(4,86)		2,83(2,05)		1,04(1,23)		2,72(2,64)		68,29(16,73)	
	Universitarios	4,07(3,034)		2,33(1,76)		1,33(1,54)		2,6(2,38)		66,54(17,2)	
Ocupación	Discapacidad total	5,24(5,96)	0,538	2,63(2,01)	0,731	1,02(1,44)	0,801	2,45(2,49)	0,950	65,17(18,34)	0,267
	Discapacidad temporal	6,17(9,04)		2,83(1,94)		0,67(0,52)		3,17(0,98)		60,75(19,28)	
	Trabaja	3,09(2,21)		2,27(2,1)		1,18(0,87)		1,91(0,94)		74,82(14,9)	
	Desempleado	4,5(3,99)		2,83(1,85)		1,42(1,08)		4,08(4,46)		67,3(10,45)	
	Estudiante	4,86(5,4)		2,57(2,5)		1(1,29)		1,43(1,4)		78,14(12,54)	

DISC-12: Escala de Discriminación y Estigma; SSQ: Cuestionario de autopercepción de estigma para personas con esquizofrenia.

* U de Mann-Whitney y Krustal Wallis

bles del estigma personal debería ser más profundamente estudiada para poder extraer conclusiones más claras.

y más situaciones para desarrollar estrategias para superar el estigma.

Estigma personal y variables psicosociales

En relación a las variables psicosociales, el funcionamiento general y social correlaciona con "superación del estigma". Resulta difícil establecer la causa-efecto de la relación de estas variables, pero puede que este resultado esté relacionado con el hecho de que los pacientes que tienen mayor nivel de funcionamiento tienen menores restricciones en su día a día³¹. Por tanto, esto les dotará de más confianza

Estigma personal y variables clínicas

Las variables clínicas se relacionaron con el estigma personal de múltiples maneras, lo que demuestra la importancia de trabajar sobre el estigma y las variables clínicas de manera conjunta. En relación a la edad de inicio de la enfermedad, el inicio temprano correlacionó con mayor percepción de "trato injusto" y "superación del estigma". Según Świtaj et al.³¹ enfermarse a una edad más temprana, cuando las cir-

Tabla 3 Correlaciones entre estigma personal y variables clínicas

Estigma Personal		Variables clínicas y psicosociales												
		Edad	Edad de inicio	Duración de la enfermedad	N de hosp	EEAG	SFS	Depresión	P pos	P Neg	P Des	P Emo	P Exc	Panss Total
		R (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	R (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
DISC-12	Trato injusto	-0,022 (0,841)	-0,393 (0,000)	0,268 (0,013)	0,145 (0,191)	-0,204 (0,073)	0,033 (0,766)	0,304 (0,004)	0,307 (0,007)	-0,057 (0,629)	0,279 (0,015)	0,334 (0,004)	0,152 (0,194)	0,277 (0,016)
	Autolimitación	-0,111 (0,302)	-0,111 (0,310)	-0,03 (0,784)	0,017 (0,880)	-0,030 (0,793)	0,100 (0,362)	0,379 (0,000)	0,102 (0,382)	0,0625 (0,594)	0,0587 (0,617)	0,252 (0,030)	0,114 (0,329)	0,152 (0,193)
	Superación del estigma	-0,127 (0,237)	-0,265 (0,014)	0,081 (0,457)	0,004 (0,971)	0,304 (0,007)	,355 (0,001)	-0,266 (0,013)	0,230 (0,047)	-0,283 (0,014)	0,024 (0,840)	0,005 (0,964)	-0,063 (0,591)	-0,040 (0,732)
	Trato positivo	-0,073 (0,502)	-0,207 (0,055)	0,072 (0,509)	0,191 (0,083)	-0,160 (0,161)	0,193 (0,077)	-0,171 (0,116)	0,076 (0,519)	0,109 (0,351)	0,087 (0,458)	0,076 (0,520)	0,135 (0,000)	0,143 (0,223)
SSQ	Autoestigma	-0,35 (0,759)	0,154 (0,178)	-0,151 (0,186)	0,001 (0,992)	0,158 (0,172)	0,120 (0,287)	-0,605 (0,000)	-0,26 (0,024)	-0,089 (0,451)	-0,267 (0,022)	-0,428 (0,000)	-0,241 (0,069)	-0,340 (0,003)

Des: desorganizado; DISC-12 Escala de Discriminación y Estigma; Emo: Emocional; EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global; N de Hosp: número de hospitalizaciones; PANSS: Escala de Síntomas Positivos y Negativos; SFS: Escala de funcionamiento social; SSQ: Cuestionario de autopercepción de estigma para personas con esquizofrenia

*Correlaciones de Pearson

Tabla 4 Relación entre trato injusto, autolimitación, superación del estigma, trato positivo y autoestigma

Estigma Personal		Estigma Personal				
		DISC-12				SSQ
		Trato injusto	Autolimitación	Superación del estigma	Trato positivo	Autoestigma
		r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
DISC-12	Trato injusto	1	0,296 (0,005)	0,179 (0,095)	0,096 (0,375)	-0,407 (0,000)
	Autolimitación	0,296 (0,005)	1	0,110 (0,310)	0,004 (0,972)	-0,484 (0,000)
	Superación del estigma	0,179 (0,095)	0,110 (0,310)	1	0,132 (0,219)	0,108 (0,338)
	Trato positivo	0,096 (0,375)	0,004 (0,972)	0,132 (0,219)	1	-0,29 (0,8)
SSQ	Autoestigma	-0,407 (0,000)	-0,484 (0,000)	0,108 (0,338)	-0,29 (0,8)	1

DISC-12: Escala de Discriminación y Estigma; SSQ: Cuestionario de autopercepción de estigma para personas con esquizofrenia

*Pearson Correlations

cunstances personales no están del todo establecidas y la red social del sujeto no está muy desarrollada, deja a las personas con enfermedades mentales más expuestas al rechazo.

El nivel de depresión se relacionó con el estigma personal en todos los dominios evaluados como observó Gerlinger et al. ³ en su estudio. En relación con los síntomas psicóticos,

Tabla 5 Efecto de las variables sociodemográficas y clínicas en el estigma experimentado, el estigma anticipado, superación del estigma y el autoestigma

Estigma Personal		Edad de inicio		Depresión		Sexo		P Posivo		P Negativo		Modelo R2 Nagelkerke
		B (ET)	p	B (ET)	p	B (ET)	p	B (ET)	p	B (ET)	p	
DISC-12	Trato Injusto	-0,241(0,060)	0,000	0,562(0,161)	0,001							0,295
	Autolimitación			0,240(0,064)	0,000	-0,868(0,491)	0,081					0,201
	Superación del estigma			-0,134(0,039)	0,001			0,101(0,031)	0,002	-0,078(0,033)	0,020	0,273
SSQ	Autoestigma			-3,024(0,484)	0,000							0,358

DISC-12: Escala de Discriminación y Estigma; PANSS: Escala de Síntomas Positivos y Negativos; SSQ: Cuestionario de autopercepción de estigma para personas con esquizofrenia.
 * Regresión lineal múltiple por pasos
 ** La tabla solo incluye los efectos que son significativos

la correlación con el estigma también es común con otros estudios. Como se muestra en el estudio Gerlinger et al.³, los síntomas positivos y la psicopatología general se correlacionan con el estigma personal. Lysaker et al.³³ plantearon la hipótesis de que la relación entre los síntomas positivos y el autoestigma podría estar relacionada con el hecho de que los síntomas positivos pueden atraer la atención y pueden ser mal interpretados por las personas como signos de peligro o incompetencia, lo que aumentaría la discriminación que, de hecho, puede explicar también su relación con la subescala "trato injusto". Los síntomas psicóticos emocionales y de desorganización correlacionan también con la experiencia de "trato injusto" y autoestigma. Aunque estas subescalas de síntomas psicóticos no siempre se estudian, se encontró que los síntomas psicóticos emocionales están relacionados con el autoestigma en el estudio longitudinal de Lysaker et al.³³. En este estudio se encontró que el estigma internalizado predecía el malestar emocional posterior, que, según la hipótesis, puede explicar cómo la discriminación refuerza las creencias negativas sobre uno mismo, lo que lleva a un ciclo de profecías autocumplidas de fracaso y sufrimiento. Ninguno de los dominios de estigma personal correlacionó con síntomas psicóticos negativos, excepto "superación del estigma". Estos resultados están en concordancia con los hallazgos de Lysaker et al.³³ que hipotetizó que los síntomas negativos pueden no llamar la atención o no entenderse como señales de enfermedad y, por lo tanto, no se interpretan como estigmatización de la persona. Dado que la superación del estigma está relacionada con las estrategias que el paciente emplea para enfrentar el estigma; la idea de que las estrategias limitadas de un individuo pueden verse afectadas por los síntomas negativos que plantean Kommesch et al.³⁴ podrían explicar esta relación.

Dominios del estigma personal

En relación a las subescalas del estigma personal, las subescalas "trato injusto" y "autolimitación" correlacionan entre ellas y autoestigma con estas dos, lo que coincide con la definición de estigma personal como concepto que contiene el estigma experimentado, estigma anticipado y el autoestigma³. Si bien se ha encontrado que el estigma experimentado y el estigma anticipado correlacionan entre sí en otros estudios²⁹, no está claro que el estigma experimentado sea un precursor o una consecuencia del estigma anticipado^{35,36}. Por lo tanto, parece de crucial importancia que las intervenciones contra el estigma consideren la inclusión de medidas para minimizar el estigma hacia los pacientes y, al mismo tiempo, desarrollar métodos efectivos para reducir en ellos el estigma anticipado³⁶. Adicionalmente, a partir de nuestro estudio, tampoco podemos calificar el autoestigma como precursor o consecuencia del estigma experimentado o anticipado. Sin embargo, la importancia de trabajar en todas las facetas de estigma personal parece relevante. De hecho, se ha encontrado una relación inversa entre el autoestigma y el estigma percibido y la conducta de búsqueda de ayuda en estudiantes con problemas de salud mental³⁷.

Estigma personal y variables sociodemográficas, psicosociales y clínicas

Cuando consideramos las variables sociodemográficas, psicosociales y clínicas conjuntamente, los resultados sugirieron que las variables clínicas eran las variables más relevantes en relación con el estigma personal. Mientras que variables como la edad de inicio de la enfermedad, el género y los síntomas psicóticos positivos y negativos explicaron el

estigma experimentado, el estigma anticipado y la superación del estigma respectivamente, la depresión apareció relevante en el modelo de explicación de todos los dominios, teniendo una clara importancia en el estigma personal. La importancia de la depresión en el estigma personal podría explicarse por el modelo de Corrigan et al.³⁸: "¿por qué intentarlo?" este modelo explica el autoestigma considerando su evolución y consecuencias. Según este modelo, el autoestigma tiene tres componentes: conciencia del estereotipo, acuerdo con él y la aplicación de este a uno mismo. Como resultado de estos procesos, las personas sufren una disminución de la autoestima, la autoeficacia y la esperanza³⁹, lo que lleva a evitar la consecución de los objetivos de la vida, pudiendo influir en el estado de ánimo, puesto que conduce a la persona a una menor participación en actividades como el trabajo, las relaciones sociales y el proceso de recuperación que ayuda a recuperar el sentido de la vida⁹.

LIMITACIONES

A pesar de las fortalezas de nuestra investigación, que estudia exhaustivamente el estigma personal considerando exclusivamente pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, nuestros resultados deben interpretarse a la luz de las siguientes limitaciones. Primero, el diagnóstico de esquizofrenia se realizó por criterio clínico en lugar de utilizar una entrevista clínica estructurada. Sin embargo, se ha demostrado la alta fiabilidad de los diagnósticos de psicosis basados en la clínica en comparación con los diagnósticos basados en instrumentos. Además, aunque se puede cuestionar la solidez de algunas subescalas de la escala DISC-12, se ha encontrado que la subescala "trato injusto" es una subescala robusta y el resto de las subescalas son lo suficientemente fiables, aceptables y factibles para el uso actual⁴⁰. Reneses et al.¹⁶, en su validación española de la escala, también encontraron que la subescala de "trato positivo" es robusta. Sin embargo, no se ha encontrado que "superación del estigma" tenga buenas características psicométricas debido a la baja puntuación en alfa de Cronbach y, por tanto, los resultados de esta subescala deben abordarse con precaución.

FUTUROS ESTUDIOS

En futuros estudios sería de utilidad abordar el estigma de modo prospectivo-longitudinal. Un estudio longitudinal prospectivo podría ayudar a comprender los resultados de salud al examinar el curso del estigma en relación con las medidas clínicas en adultos con esquizofrenia. Desde nuestro punto de vista, esta línea parece una línea de investigación importante considerando la alta correlación del estigma y las variables clínicas por encima de otras variables. Además, dada la alta correlación entre algunas subescalas

de estigma, podría ser interesante explorar un factor general que las una.

CONCLUSIÓN

Hasta la fecha, sobre la base de nuestros resultados y otros hallazgos de estudios recientes^{3,29,33}, se valora la importancia de trabajar en el estigma en todos los niveles de atención psiquiátrica, ya que todas las facetas del estigma parecen estar muy relacionadas con las dimensiones clínicas, especialmente el nivel de depresión. Por lo tanto, incluir estrategias para reducir el estigma y trabajar en los síntomas afectivos en considerando sus relaciones con el estigma en los programas de cuidado puede ayudar a los pacientes con esquizofrenia a adaptarse mejor a la vida y mejorar el proceso de la enfermedad.

FINANCIACIÓN

Este trabajo fue financiado por OTSUKA PHARMACEUTICAL, S.A. Esta empresa no estuvo implicada en el diseño del estudio; en la recopilación, análisis e interpretación de datos; en la redacción del informe; ni en la decisión de enviar el manuscrito para su publicación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses basado en relaciones comerciales propias o de familiares directos.

CONTRIBUCIÓN

JSL escribió el primer borrador del manuscrito y realizó los análisis estadísticos. BRP y SO diseñaron el estudio y escribieron el protocolo. BRP y JSL realizaron la revisión bibliográfica. BRP, SO, JSL revisaron la versión final del manuscrito. Todos los autores contribuyeron y aprobaron el manuscrito final.

BIBLIOGRAFÍA

1. Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY. Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophr Bull.* 2004 Jan 1;30(3):511-41.
2. Corrigan PW, Scott Morris PB, Michaels PJ, Jennifer Rafacz MD, Rüsche N. Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatr Serv.* 2012;63:963-73.
3. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry.* 2013 Jun;12(2):155-64.
4. Brohan E, Clement S, Rose D, Sartorius N, Slade M, Thornicroft G. Development and psychometric evaluation of the Discrimination and Stigma Scale (DISC). *Psychiatry Res.* 2013 Jun;208(1):33-40.
5. Corrigan PW, Watson AC. The Paradox of Self-Stigma and

- Mental Illness. *Clin Psychol Sci Pract.* 2006;9(1):35-53.
6. Ilic M, Reinecke J, Bohner G, Röttgers H-O, Beblo T, Driessen M, et al. Belittled, Avoided, Ignored, Denied: Assessing Forms and Consequences of Stigma Experiences of People With Mental Illness. *Basic Appl Soc Psych.* 2013 Jan;35(1):31-40.
 7. Wood L, Birtel M, Alsawy S, Pyle M, Morrison A. Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry Res.* 2014 Dec 15;220(1-2):604-8.
 8. 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.
 9. Ehrlich-Ben Or S, Hasson-Ohayon I, Feingold D, Vahab K, Amiaz R, Weiser M, et al. Meaning in life, insight and self-stigma among people with severe mental illness. *Compr Psychiatry.* 2013;54(2):195-200.
 10. 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.
 11. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The Self-Stigma of Mental Illness: Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy. *J Soc Clin Psycho.* 2006 Oct 14;25(8):875-84.
 12. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet.* 2016 Mar;387(10023):1123-32.
 13. Beldie A, den Boer JA, Brain C, Constant E, Figueira ML, Filipic I, et al. Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012 Apr 21; 47(S1):1-38.
 14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR.* 4th ed., t. Washington, DC; 2000.
 15. Sevilla-Llewellyn-Jones J, Cano-Dominguez P, de-Luis-Matilla A, Espina-Eizaguirre A, Moreno-Küstner B, Ochoa S. Personality traits in recent-onset-of-psychosis patients compared to a control sample by gender. *Schizophr Res.* 2018 May;195:86-92.
 16. Wechsler. *Wechsler Adult Intelligence Scale- Third Edition.* San Antonio: The Psychological Corporation; 1997.
 17. Reneses B, Ochoa S, Vila-Badia R, Lopez-Mico C, Fernandez-García-Andrade R, Rodriguez R, et al. Validation of the Spanish version of the discrimination and stigma scale (DISC-12). *Actas Esp Psiquiatr.* 2019 Jul;47(4):137-48.
 18. Ochoa S, Martínez-Zambrano F, García-Franco M, Vilamala S, Ribas M, Arenas O, et al. Development and validation of the Self-Stigma Questionnaire (SSQ) for people with schizophrenia and its relation to social functioning. *Compr Psychiatry.* 2015;62:93-9.
 19. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987 Jan;13(2):261-76.
 20. Peralta Martín V, Cuesta Zorita MJ. [Validation of positive and negative symptom scale (PANSS) in a sample of Spanish schizophrenic patients]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1994;22(4):171-7.
 21. van der Gaag M, Hoffman T, Remijsen M, Hijman R, de Haan L, van Meijel B, et al. The five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale II: a ten-fold cross-validation of a revised model. *Schizophr Res.* 2006 Jul;85(1-3):280-7.
 22. Jerrell JM, Hrisko S. Utility of Two PANSS 5-Factor Models for Assessing Psychosocial Outcomes in Clinical Programs for Persons with Schizophrenia. *Schizophr Res Treatment.* 2013;2013:705631.
 23. Addington D, Addington J, Schissel B. A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res.* 1990;3(4):247-51.
 24. 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 Jun 1;68(2-3):349-56.
 25. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry.* 1976 Jun;33(6):766-71.
 26. Alonso J, Olivares JM, Ciudad A, Manresa JM, Casado A, Gilaberte I. Development and validation of the Social Functioning Scale, short version, in schizophrenia for its use in the clinical practice. *Actas Esp Psiquiatr.* 2008;36(2):102-10.
 27. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copstake S. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry.* 1990 Dec;157:853-9.
 28. Bender R, Lange S. Adjusting for multiple testing--when and how? *J Clin Epidemiol.* 2001 Apr;54(4):343-9.
 29. Farrelly S, Clement S, Gabbidon J, Jeffery D, Dockery L, Lassman F, et al. Anticipated and experienced discrimination amongst people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a cross sectional study. *BMC Psychiatry.* 2014;14:157.
 30. Leung A, Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000;401:3-38.
 31. Singh A, Mattoo SK, Grover S. Stigma and its correlates in patients with schizophrenia attending a general hospital psychiatric unit. *Indian J Psychiatry.* 2016;58(3):291-300.
 32. witaj P, Wciórka J, Smolarska- witaj J, Grygiel P. Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry.* 2009 Dec;24(8):513-20.
 33. Lysaker PH, Davis LW, Warman DM, Strasburger A, Beattie N. Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations across 6 months. *Psychiatry Res.* 2007;149(1-3):89-95.
 34. Kommescher M, Gross S, Pützfeld V, Klosterkötter J, Bechdolf A. Coping and the stages of psychosis: an investigation into the coping styles in people at risk of psychosis, in people with first-episode and multiple-episode psychoses. *Early Interv Psychiatry.* 2017 Apr;11(2):147-55.
 35. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M; INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet.* 2009 Jan 31;373(9661):408-15.
 36. Üçok A, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, Yoon CK, et al. Anticipated discrimination among people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2012 Jan;125(1):77-83.
 37. Jennings KS, Cheung JH, Britt TW, Goguen KN, Jeffirs SM, Peasley AL, et al. How are perceived stigma, self-stigma, and self-reliance related to treatment-seeking? A three-path model. *Psychiatr Rehabil J.* 2015 Jun;38(2):109-16.
 38. Corrigan PW, Larson JE, Rüsç N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry.* 2009 Jun;8(2):75-81.
 39. Yanos PT, Lysaker PH, Roe D. Internalized stigma as a barrier to improvement in vocational functioning among people with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res.* 2010; 178(1):211-3.
 40. Brohan E, Clement S, Rose D, Sartorius N, Slade M, Thornicroft G. Development and psychometric evaluation of the Discrimination and Stigma Scale (DISC). *Psychiatry Res.* 2013;208(1):33-40.