

Necesidad de apoyo psicológico y etnicidad en personas diagnosticadas con Esquizofrenia: La importancia del componente subjetivo en el abordaje del estigma internalizado

Need for psychological support and ethnicity in people diagnosed with Schizophrenia: The importance of the subjective component in addressing internalized stigma

Alejandra Caqueo-Urizar^{1*}

 0000-0002-4614-8380

acaqueo@academicos.uta.cl

Felipe Ponce-Correa²

 0000-0002-4768-5057

fponcec@academicos.uta.cl

Guillaume Fond³

 0000-0003-3249-2030

guillaume.fond@gmail.com

Laurent Boyer³

 0000-0002-1375-1706

Laurent.BOYER@ap-hm.fr

¹ Universidad de Tarapacá, Instituto de Alta Investigación, Arica, Chile.

² Universidad de Tarapacá, Escuela de Psicología y Filosofía, Programa Doctorado en Psicología, Arica, Chile.

³ Aix-Marseille Univ, EA 3279 - Public Health, Chronic Diseases and Quality of Life - Research Unit, 13005 Marseille, France.

* Autor de correspondencia.

Resumen:

Objetivo: Comparar las características socio-demográficas, la calidad de vida, el malestar psicológico y los niveles de estigma internalizado en una muestra de pacientes con Esquizofrenia pertenecientes a la región de Arica y Parinacota que reciben tratamiento en el mismo sistema de salud mental. **Método:** Participaron 209 pacientes con un diagnóstico de Esquizofrenia usuarios de los servicios públicos ambulatorios de salud mental. **Resultados:** La pertenencia a la etnia Aymara no determinó diferencias en las características sociodemográficas. Por otra parte, el grupo de pacientes Aymara presentó mayores niveles de *Alienación* en la escala de Estigma Internalizado en comparación al grupo de pacientes No-Aymara. La necesidad de apoyo psicológico es convergente a los niveles de malestar psicológico, la calidad de vida y el estigma internalizado. **Conclusiones:** Los hallazgos refuerzan la adecuada capacidad de los usuarios con Esquizofrenia para valorar sus necesidades de apoyo psicológico durante el tratamiento en función de sus niveles de calidad de vida y malestar psicológico

Palabras clave: salud mental; etnia; esquizofrenia; estigma internalizado.

Abstract:

Objective: The aim of this study was to compare the socio-demographic characteristics, quality of life, psychological distress and levels of internalized stigma in a sample of patients with Schizophrenia belonging to the region of Arica and Parinacota who receive treatment in the same mental health system. **Methods:** 209 patients with a diagnosis of schizophrenia, users of public outpatient mental health services, participated in the study. **Results:** Aymara ethnicity did not determine differences in sociodemographic characteristics. On the other hand, the group of Aymara patients had higher levels of *Alienation* on the Internalized Stigma Scale compared to the group of Non-Aymara patients. Need for psychological support are convergent to levels of psychological distress, quality of life and internalized stigma. **Conclusions:** The findings emphasize the adequate capacity of users with schizophrenia to assess their psychological support needs during treatment based on their levels of quality of life and psychological distress.

Keywords: mental health; ethnicity; schizophrenia; internalized stigma.

Recibido: 02 de noviembre de 2022 – Aceptado: 06 de enero de 2023

Editado por: Christian Boyle, Universidad Católica de Temuco, Chile.
Revisado por: Camila Oda, Universidad de O'Higgins, Chile.



© 2022 Terapia Psicológica

Introducción

La incidencia de Esquizofrenia en Chile se puede calcular en doce casos nuevos por cada cien mil habitantes por año, observando que 5 de cada 1.000 personas mayores de 15 años presentan esta patología (Minoletti y Zaccaria, 2005). En las regiones de Arica - Parinacota y Santiago de Chile es donde existe una mayor prevalencia de esquizofrenia (Ministerio de Salud, 2017), territorio ubicado en la franja precordillerana y altiplánica en el que se encuentra la mayor concentración de población Aymara del país (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018).

Desde hace un tiempo, la Esquizofrenia se ha conceptualizado como un trastorno que requiere un tratamiento multicomponente e individualizado, este cambio de visión permitió el desarrollo de una serie de terapias psicológicas, adaptadas a las distintas necesidades y fases del trastorno en combinación con el tratamiento psicofarmacológico. Particularmente los tratamientos psicológicos se han centrado en los efectos de la adaptación a las experiencias psicóticas, en la reducción de los síntomas psicóticos residuales, la prevención de recaídas, el cumplimiento del tratamiento, las relaciones interpersonales, la adquisición de habilidades necesarias para una vida independiente, y la reducción del estrés y de la carga familiar (Vallina-Fernández & Lemos-Giráldez, 2001). Se han encontrado beneficios sólidos en la reducción del riesgo de recaída para las intervenciones familiares, la psicoeducación familiar y la terapia cognitiva conductual. Estos tratamientos deberían ser las primeras intervenciones psicosociales a considerar en el tratamiento a largo plazo de los pacientes con Esquizofrenia (Bighelli et al., 2021). A pesar de que es posible afirmar que la provisión de tratamientos psicológicos mejora el tratamiento tanto biológico como psicológico de las personas con Esquizofrenia (Dewan, 2016), resulta un desafío conseguir integrar a los planes y servicios intervenciones lo suficientemente variables a las características del trastorno y a sus distintas etapas en un formato clínico global y flexible, que facilite una evaluación y aplicación ágil (Montaño et al., 2013). Además, los costes individuales, familiares y sociales asociados a las intervenciones suelen ser elevados por lo que son numerosas las necesidades no cubiertas en la atención que requieren las personas con Esquizofrenia (Crespo-Facorro et al., 2017).

Así también, las personas con Esquizofrenia experimentan altos niveles de malestar psicológico asociado a los niveles de estigma de los que es objeto (Valery & Prouteau, 2020). El estigma involucra el proceso de etiquetado, pérdida de estatus y discriminación al que está sujeta una persona cuando tiene una característica que el grupo social menosprecia y en este sentido, la Esquizofrenia con frecuencia está asociada a estereotipos negativos (incompetencia, violencia y peligrosidad) en la población general (Grandón et al. 2018). El estigma se ha definido como un fenómeno complejo de varios tipos, distinguiéndose entre estigma estructural, estigma público y autoestigma. El estigma estructural se define como la legitimación y perpetuación de un estatus estigmatizado por parte de instituciones y sistemas ideológicos en la sociedad (Bos et al., 2013). El estigma público considera el prejuicio y la discriminación respaldados por la población general que afecta a una persona sobre la cual son dirigidas una serie de reacciones cognitivas, afectivas y conductuales de quienes

estigmatizan (Hinshaw, 2007). La internalización del estigma público configura el autoestigma (Yu et al. 2021), promoviendo que las personas se identifiquen y dirijan afectos, cogniciones y comportamientos estigmatizantes hacia sí mismas (Mak & Cheung, 2010). Este fenómeno incluye tanto la aprehensión de estar expuesto a la estigmatización como la posible internalización de las creencias y sentimientos negativos asociados con la condición estigmatizada (Valery & Prouteau, 2020). Si bien aún puede ser complejo de establecer los mecanismos que determinan la internalización de los estereotipos y creencias negativas disponibles en el entorno, el autoestigma se ha descrito como un proceso evolutivo en cuatro fases; (1) conciencia del estereotipo asociado, (2) acuerdo con este estereotipo, (3) aplicar el estereotipo a uno mismo, (4) disminución del autoestima (Corrigan et al, 2011).

El estigma internalizado se asocia con una interacción social deficiente y una disminución del apoyo social percibido promoviendo el aislamiento y la automarginación de la sociedad, dificultando la adquisición y mantención de roles sociales (Çapar & Kavak, 2019). También afecta negativamente aspectos como la esperanza y el autoestima (Singla et al., 2020), dificultando la recuperación en personas diagnosticadas con Esquizofrenia (Zhang et al., 2018; Díaz-Mandado & Perriñez, 2021). Algunos resultados encontrados en estos pacientes en el Norte de Chile, evidencian que la integración de los pacientes a los servicios de salud comunitarios se asocia positivamente a la valoración que hacen respecto a su calidad de vida (Caqueo-Úrizar et al., 2012). Sin embargo, a pesar de los efectos negativos asociados al estigma, aún los resultados de las intervenciones dirigidas a reducir sus efectos son limitados (Morgan et al., 2018), este aspecto recalca la importancia de identificar aspectos de los tratamientos para la Esquizofrenia que contribuyan a reducir el estigma (Caqueo-Úrizar et al., 2022).

Por otra parte, en Chile la comunidad Aymara tiene una población de aproximadamente 52.000 personas, que se concentran principalmente en el altiplano y en las ciudades del Norte del país (Leininger, 1985). Normalmente, este grupo étnico se identifican y comparten algunas características culturales comunes como creencias, valores, tradiciones y formas de vida intergeneracionales, que influyen en la forma de pensar, actuar y en los modos de acción (Leininger, 1985). Sin embargo, puede considerarse que la población Aymara ocupa una posición subordinada en la sociedad chilena, tanto en términos étnicos como en términos de clase social, siendo necesario señalar algunos hitos que han condicionado esta situación: la política nacional del siglo XIX así como la Guerra del Pacífico entre Chile, Perú y Bolivia (Díaz, Galdames y Ruz, 2013); el proceso de aculturación de las zonas fronterizas administradas por el Estado de Chile conocido como chilenización (Castro, 2014); y por último, la creciente urbanización y la acelerada transformación de la economía del país (Gundermann y González, 2009). La supervivencia de algunos de estos factores ha provocado la prevalencia de una imagen peyorativa de los Aymara (Gavilán y Lagos, 2014).

Aunque las sociedades Aymara se han caracterizado por formar parte de una amplia y compleja red de movilidad espacial desde hace siglos, es a partir de mediados del siglo XX que se produce una transformación sustancial de este fenómeno (Gundermann y González, 2009), como ha ocurrido con otras sociedades campesinas e indígenas a nivel nacional y global (Warren 2017). Ante los nuevos contextos socioculturales a los que se enfrenta esta

población, los Aymara han reconfigurado de manera activa rasgos culturales tradicionales, donde la creciente urbanización y la acelerada transformación de la economía ha generado un proceso de migración de la población Aymara hacia los sectores urbanos, abandonando sus labores de pastoreo y trabajo agrícola (Gundermann y González, 2009). Esta migración masiva y el rápido abandono de los asentamientos rurales en el piedemonte andino han sido las experiencias más difíciles para los Aymara. La migración ha sido un fenómeno complejo que no necesariamente ha sido una salida sin retorno, como lo demuestran el número de residencias simultáneas y los vínculos que se mantienen con las comunidades nativas (Gundermann González y Vergara, 2007).

La pobreza que enfrentan las economías agrícolas Aymara hace que las características de la actividad laboral de gran parte de esta población en las ciudades sea inestable y de gran precariedad laboral (Mondaca, Gajardo y Muñoz, 2017). La decisión de emigrar se justifica por la búsqueda de mejores condiciones laborales en el caso de la población adulta y por la continuación de los estudios formales en el caso de la población y jóvenes (Cerna y Muñoz, 2019). La histórica posición de subordinación de esta comunidad fomentada en gran medida por la chilenuzación u occidentalización (Gundermann y González, 2009) ha sido un fenómeno complejo que se traduce en una de las experiencias más difíciles vividas por esta población; sin embargo, no ha implicado necesariamente una salida sin retorno. El proceso de adaptación a la cultura hegemónica ha llevado al abandono de ciertos patrones culturales característicos de la identidad Aymara, para ir incorporando poco a poco nuevos patrones culturales (Zapata, 2007). Estas dinámicas interculturales son complejas y tienen la particularidad de generar conflictos de identidad, no sólo en la población indígena, sino también a nivel nacional, sobre todo si se considera que el tema de la interculturalidad aún no ha sido abordado de manera constructiva.

Diversas organizaciones gubernamentales de todo el mundo han expresado su preocupación por los derechos de los pueblos de los pueblos indígenas (Nation U, 2008). Este reconocimiento, sin embargo, es insuficiente para eliminar la discriminación y otros problemas de los descendientes Aymara, lo que conlleva un menor acceso a oportunidades económicas, educativas y sociales, antecedentes que junto a los culturales pueden afectar en la forma en que los pacientes perciben y expresan sus necesidades en torno a su salud (Mohr, 1999). Lo anterior puede repercutir negativamente en su calidad de vida y en su estado de salud mental, en el que aquellos pacientes con trastornos mentales pertenecientes a un grupo étnico podrían experimentar un doble estigma: el causado por la enfermedad y el causado por su la cultura hegemónica.

En el mundo andino, el concepto de salud no se restringe sólo al bienestar físico y psíquico, sino que incluye el equilibrio entre bienestar social y económico de la persona, su relación armoniosa con su familia y comunidad, con sus difuntos, sus espíritus protectores, la Madre Tierra y en su convivencia respetuosa con la chacra y el ganado, con la casa y la naturaleza (Valdivia, 2006), sin embargo los procesos de adaptación y asimilación de la cultura dominante podrían estar cambiando la configuración de la identidad cultura y una pérdida de las tradiciones (Zapata, 2007). Estudios previos en esta población han mostrado que los pacientes diagnosticados con Esquizofrenia pertenecientes a la etnia Aymara estarían incorporando un modelo de causalidad diferente al presentado por generaciones previas, sustituyendo el modelo de creencias mágico - religiosas en el entendimiento del trastorno por factores psicosociales como las dificultades en aspectos económicos, la carencia de empleo, el bajo nivel educativo, entre otros (Caqueo-Urizar

et al., 2015). Además, se ha encontrado que el perfil de necesidades de tratamiento de los pacientes Aymaras diagnosticados con esquizofrenia no difiere del grupo No-Aymara, por lo que para ambos grupos resulta necesario el manejo de los síntomas y los aspectos subjetivos como la calidad de vida (Caqueo-Úrizar, et al., 2017). Sin embargo, estos estudios no han abordado la interacción entre las necesidades de tratamiento psicológico y la pertenencia a un grupo étnico.

Los pacientes que experimentan estigma tienden a ser menos conscientes de los recursos de la comunidad, poseen menos apoyo social, se enfrentan a dificultades lingüísticas (Kung, 2003) y están más propensos a interrumpir su tratamiento (Thompson et al., 2010; Haas, et al., 2008; Smith, et al., 2007; Williams y Collins, 2001). Al ser la comunicación intergeneracional una de las características culturales más importantes de la población Aymara y el funcionamiento familiar cooperativo (Fernández-Juárez, 2002), las consecuencias negativas del estigma como la desconexión y la marginación social representan un foco de riesgo para este grupo de pacientes. Considerando los factores socioculturales anteriormente señalados, este estudio tiene como objetivo analizar los efectos de la necesidad de atención psicológica y la etnia sobre los niveles de estigma internalizado, la calidad de vida y el malestar psicológico en una muestra de pacientes con Esquizofrenia de la Región de Arica y Parinacota.

Método

Participantes

La muestra estuvo conformada por 209 pacientes diagnosticados de Esquizofrenia según los criterios del DSM-V, usuarios de los dispositivos ambulatorios del Servicio de Salud Arica. Se utilizó un muestreo no probabilístico por disponibilidad. Para la selección de los pacientes se aplicó un conjunto de criterios de no inclusión (estar en estado de crisis psicótica o tener un trastorno sensorial o cognitivo que les impidiera ser evaluados) para asegurar su capacidad de participar plenamente en las entrevistas. Todos los pacientes presentan en su historia clínica pruebas médicas que descartan una causa orgánica del comportamiento psicótico.

Instrumentos

Escala de Síndrome Positivo y Negativo para la Esquizofrenia (PANSS): La PANSS (Kay et al., 1987) es una escala de autoinforme de 30 ítems desarrollada para evaluar los síntomas psicóticos en individuos con esquizofrenia. Para los fines de este estudio, consideramos las cinco subescalas de la PANSS que miden los síntomas positivos (5 ítems), negativos (7 ítems), de excitación (5 ítems), de depresión (4 ítems) y cognitivos (3 ítems) (Lancon et al., 1998). Los ítems se responden utilizando una escala Likert de 7 puntos (1 = "Ausente" a 7 = "Extremo"). Las puntuaciones se obtienen calculando la suma de todas las respuestas. Las puntuaciones se interpretaron de acuerdo con los puntos de corte de Leucht et al. (2005), donde 58-74 sugiere "ligeramente enfermo", 75-94 sugiere "moderadamente enfermo", 95-115 sugiere "marcadamente enfermo" y 116 y más sugiere "gravemente enfermo". La PANSS ha sido

traducida y validada en España por Peralta y Cuesta (1994).

Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (ISMI-29) (Ritsher, Otilingam y Grajales 2003): La escala ISMI-29 es un cuestionario autoevaluado de 29 ítems que conforman cinco sub-escalas (Alienación, Autoestigma, Discriminación Percibida, Aislamiento Social y Resistencia al Estigma). Cada ítem se puntúa en una escala de Likert de cuatro puntos, de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). La ISMI-29 está validada al español, su consistencia interna el test re-test son aceptables para la versión original. Las puntuaciones más altas de la escala indican una estigmatización internalizada más severa. La versión original de la escala ISMI-29 fue traducida al español por Bengochea-Seco, et al., 2018, estando validada en Chile (Caqueo-Urizar, et al., 2019).

Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-10) (Andrews y Slade, 2001): Para evaluar el malestar psicológico se utilizó la escala K-10 que consta de 10 ítems valorados en una escala de cinco puntos que va de 1 = "No todo el tiempo" a 5 = "Todo el tiempo". Una puntuación más alta en el K10 indica un mayor malestar psicológico. Se ha comprobado que el K10 tiene una buena validez de contenido (Brooks et al., 2006) y validez predictiva para los trastornos afectivos del DSM-IV (Hides et al., 2007) y las enfermedades mentales graves (Kessler et al., 2003). El K-10 fue adaptado en sus propiedades psicométricas para la población en Chile por Vargas et al. (2011).

Cuestionario de calidad de vida en esquizofrenia (S-QoL18) (Boyer et al., 2010): El S-QoL18 es un cuestionario de calidad de vida autoadministrado diseñado para personas con Esquizofrenia que fue adaptado al español en países latinoamericanos (Caqueo-Urizar et al., 2014) evidenciando propiedades psicométricas adecuadas de consistencia interna ($\alpha = \geq 0.7$).

Datos sociodemográficos y clínicos: Información sobre el sexo (hombre, mujer), edad, nivel educativo (mayor a 12 años, menor a 12 años), ocupación (con ocupación, sin ocupación), pareja (con pareja, sin pareja), hijos (con hijos, sin hijos), ingresos (bajo el sueldo mínimo, igual o superior al sueldo mínimo), etnia (Aymara, No-Aymara) y Necesidad de atención psicológica (Alta, moderada, Baja).

Procedimiento

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Tarapacá (Chile), por el Servicio Nacional de Salud de Chile.

Inicialmente, la autora principal (AC-U) capacitó a dos psicólogos clínicos para que realizaran entrevistas durante un período de tres meses en cada país. Durante las visitas mensuales de seguimiento, se invitó a los pacientes con diagnósticos de Esquizofrenia junto a sus respectivos cuidadores principales a participar. Antes de comenzar la evaluación, se solicitó un consentimiento informado por escrito a aquellos pacientes y cuidadores que accedieron a participar. El consentimiento establecía los objetivos del estudio, la confidencialidad, anonimato, los derechos de los participantes y el carácter voluntario de la entrevista. La evaluación presentó una duración entre 20 a 30 minutos, se realizó en formato lápiz y papel y

no se ofreció ninguna gratificación y/o compensación por la participación en el estudio.

Análisis estadísticos

Inicialmente, para caracterizar la muestra se obtuvieron las proporciones de cada variable categórica y se calculó la media y la desviación estándar para cada variable continua. Se utilizaron pruebas de *chi-cuadrado* para evaluar la independencia de las categorías sociodemográficas respecto a la pertenencia a la etnia Aymara.

En la muestra total, para analizar la relevancia de la necesidad de atención psicológica expresada por los pacientes para la calidad de vida, el malestar psicológico y estigma internalizado se utilizó una prueba ANOVA de un factor empleando el procedimiento de Welch para controlar el riesgo de error tipo I y el rendimiento de la potencia (Jan & Shieh, 2014).

Para analizar las diferencias en las variables del estudio según la pertenencia étnica reportada, se utilizó una *prueba t* para muestras independientes, adicionalmente se calculó el tamaño del efecto utilizando la *d* de Cohen.

Se elaboró un modelo ANCOVA para analizar los efectos de la etnia y la necesidad de atención psicológica sobre el estigma internalizado. Se emplearon correlaciones de Pearson para evaluar la pertinencia en el uso de covariables para controlar el error sistemático asociado a la calidad de vida y el malestar emocional. Se ejecutaron diferentes modelos ANCOVA incorporando por pasos sucesivos las covariables significativas.

La prueba de hipótesis estadística de los análisis de datos se realizó a un nivel de significación del 5%. Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software IBM SPSS versión 25 (IBM Corp., 2017) y JAMOVI versión 2.0.0 (The jamovi project (2021)).

Resultados

Los análisis descriptivos arrojaron que el promedio de edad fue de 41.1 años (d.s =16.3), 120 pacientes eran de sexo masculino (57.4%), 168 no tenían pareja (80.4%) y 86 participantes autodeclararon pertenecer a la etnia Aymara (41.1%). La edad de inicio del primer episodio psicótico agudo fue de 22.15 años (d.s = 9.2) y la edad de tratamiento fue de 24.3 (d.s = 10.3). Todos los pacientes recibieron antipsicóticos. Respecto a la necesidad autopercibida de apoyo psicológico expresada por el paciente, 72 participantes declararon una baja necesidad de apoyo psicológico (34.6%), 74 señalaron una necesidad moderada (35.6%) y 63 participantes manifestaron una alta necesidad de apoyo psicológico (29.8%).

En relación a la gravedad de los síntomas, sólo un participante (0.5%) presentaba síntomas psicóticos graves, 15 (7.2%) experimentaban síntomas psicóticos marcados, 29 (14.0%) síntomas psicóticos moderados y 162 (78.3%) síntomas leves. Todas las categorías sociodemográficas fueron independientes a la pertenencia étnica (Tabla 1).

Tabla 1. Características descriptivas de la muestra

Características Sociodemográficas		Muestra total	Aymara	No Aymara	χ^2
Sexo	Masculino	120 (57.4%)	49 (57%)	71 (57.7%)	.011
	Femenino	89 (42.6%)	37 (43%)	52 (42.3%)	
Nivel Educativo	Menor a 12 años	52 (24.9%)	20 (23.3%)	32 (26%)	.206
	Mayor o igual a 12 años	157 (75.1%)	66 (76.7%)	91 (74%)	
Ocupación	Sin ocupación	134 (64.1%)	56 (65.1%)	78 (63.4%)	.064
	Con ocupación	75 (35.9%)	30 (34.9%)	45 (36.6%)	
Ingreso	Bajo el Mínimo	196 (93.8%)	81 (94.2%)	115 (93.5%)	.041
	Igual o Mayor al Mínimo	13 (6.2%)	5 (5.8%)	8 (6.5%)	
Hijos	Sí	64 (30.6%)	27 (31.4%)	37 (30.1%)	.041
	No	145 (69.4%)	59 (68.6%)	86 (69.9%)	
Pareja	Sí	41 (19.6%)	15 (17.4%)	26 (21.1%)	.439
	No	168 (80.4%)	71 (82.6%)	97 (78.9%)	
Necesidad de atención Psicológica	Alta	63 (29.8%)	29 (32.9%)	34 (27.6%)	1.18
	Moderada	74 (35.6%)	31 (36.5%)	43 (35%)	
	Baja	72 (34.6%)	26 (30.2%)	46 (37.4%)	

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$; χ^2 =estadístico Chi-cuadrado.

En la Tabla 2 se muestra la matriz de correlaciones entre las dimensiones del estigma internalizado, la calidad de vida y el malestar psicológico. Los resultados arrojaron que las variables están correlacionadas de manera significativa por lo que sería apropiado utilizar las medidas de calidad de vida y malestar psicológico como covariables del estigma internalizado para controlar el error sistemático al medir los efectos de la etnia y la necesidad de apoyo psicológico en el procedimiento ANCOVA.

Tabla 2. Matriz de correlaciones calidad de vida, malestar psicológico y estigma internalizado

	Alienación	Autoestigma	Discriminación Percibida	Aislamiento Social	Resistencia al estigma
Calidad de vida	-0.447***	-0.478***	-0.325***	-0.377***	0.391***
Malestar Psicológico	0.605***	0.552***	0.544***	0.527***	-0.350***

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

En la Tabla 3 se detallan los resultados de la prueba ANOVA de un factor. Los resultados arrojaron que las medias del malestar psicológico varían significativamente entre los diferentes niveles de la necesidad de atención psicológica ($F_{(134)} = 15.087$; $p < .001$), en la medida en que la necesidad de atención psicológica expresada por el paciente fue mayor, también los niveles de malestar psicológico fueron más elevados. Del mismo modo, se observaron diferencias significativas en las medias de calidad de vida ($F_{(127)} = 11.264$ $p < .001$)

en el que a medida que la necesidad de atención psicológica expresada por el paciente aumentaba, más baja fue la media de su calidad de vida. En relación al estigma internalizado, los resultados arrojaron diferencias estadísticamente significativas en las sub-dimensiones de *Aislamiento Social* ($F_{(135)}= 3.673$; $p < .028$), *Autoestigma* ($F_{(135)}=8.306$; $p < .001$) y *Alienación* ($F_{(133)}=9.836$; $p < .001$), en el que a mayor necesidad de atención psicológica manifestada por el paciente mayores fueron las medias de estigma internalizado.

Tabla 3. Prueba ANOVA de un Factor

	Baja	Moderada	Alta	F	gl1	gl2	p
Malestar Psicológico	22.42 (10.13)	26.93 (9.94)	32.16 (10.29)	15.087	2	134	<.001
Calidad de Vida	59.70 (13.85)	56.84 (14.49)	49.52 (11.30)	11.264	2	127	<.001
Resistencia al Estigma	12.66 (3.31)	13.08 (3.02)	12.37 (2.48)	1.127	2	134	0.327
Aislamiento Social	12.04 (5.62)	14.10 (4.85)	14.16 (4.08)	3.673	2	135	0.028
Discriminación Percibida	10.80 (3.95)	11.06 (3.52)	12.13 (3.24)	2.711	2	134	0.070
Autoestigma	13.11 (4.51)	15.14 (4.80)	16.11 (4.09)	8.306	2	135	<.001
Alienación	12.17 (4.42)	12.93 (4.10)	15.00 (3.37)	9.836	2	133	<.001

En la Tabla 4 se proporcionan los resultados de la *prueba t* para muestras independientes, los resultados sólo arrojaron diferencias significativas en el grupo de pacientes Aymara en el estigma internalizado respecto a sus niveles de *Alienación* ($t_{(-1.209)}=2.060$; $p < .05$) presentando un tamaño del efecto de magnitud moderada ($d = -0.29$).

Tabla 4. Prueba t para muestras independientes

	Muestra Total	Aymara	No-Aymara	t	gl	p	d
Malestar Psicológico	26.9 (10.8)	27.9 (10.92)	26.2 (10.69)	-1.141	206	0.255	-0.1609
Calidad de Vida	55.5 (13.9)	53.4 (11.69)	57.0 (15.16)	1.825	193	0.069	0.2648
Resistencia al Estigma	12.73 (2.96)	12.4 (2.73)	13.0 (3.12)	1.400	204	0.163	0.1982
Aislamiento Social	13.43 (4.99)	13.7 (4.40)	13.2 (5.39)	-0.690	205	0.491	-0.0975
Discriminación Percibida	11.29 (3.62)	11.7 (3.34)	11 (3.79)	-1.248	203	0.214	-0.1775
Autoestigma	14.78 (4.68)	15.2 (4.7)	14.5 (4.67)	-0.979	205	0.329	-0.1384
Alienación	13.31 (4.15)	14 (4.14)	12.8 (4.11)	-2.060	202	0.041	-0.2936

Nota: d = Tamaño del efecto (d de Cohen).

Los resultados del análisis de varianza (ANOVA) mostraron que el efecto de interacción entre la etnia y la necesidad de atención psicológica expresada por el paciente para la *Alienación* al estigma fue nulo, por lo que es posible que la diferencia de medias observada en el grupo de pacientes Aymara esté más relacionado con la necesidad de atención psicológica ($F_{(139,6)}= 8.77$; $p < .001$), que con la pertenencia étnica ($F_{(49,8)}= 3.13$; $p = .078$) (Tabla 5). Sin embargo, los resultados de los modelos de covarianza arrojaron que la calidad de vida y el malestar psicológico tienen un efecto significativo sobre la *Alienación* al estigma, de esta forma cuando el error de medida asociado a estos efectos fue controlado por la recta de regresión mediante el análisis de covarianza, el efecto de la necesidad de atención psicológica observado previamente fue nulo (Tabla 5).

Tabla 5. ANCOVA: Necesidad de atención psicológica x Etnia x Alienación

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
a	Necesidad de atención psicológica	279.1	2	139.6	8.77	< .001
	Etnia	49.8	1	49.8	3.13	0.078
	Necesidad atención psicólogo * Etnia	32.4	2	16.2	1.02	0.363
b	Necesidad de atención psicológica	109.1	2	54.6	3898	0.022
	Etnia	13.5	1	13.5	0.962	0.328
	Necesidad atención psicólogo * Etnia	26.5	2	13.2	0.946	0.390
	Calidad de vida	445.1	1	445.1	31.800	< .001
c	Necesidad de atención psicológica	22.5	2	27.9	1.04	0.356
	Etnia	27.9	1	11.3	2.57	0.110
	Necesidad atención psicólogo * Etnia	26.4	2	13.2	1.22	0.298
	Malestar Psicológico	1016.6	1	1016.6	93.87	< .001
d	Necesidad de atención psicológica	17.5	2	8.77	0.802	0.450
	Etnia	16.0	1	16.01	1.464	0.228
	Necesidad atención psicólogo * Etnia	24.6	2	12.28	1.123	0.328
	Calidad de vida	44.3	1	44.30	4.051	0.046
	Malestar Psicológico	579.0	1	579.02	52.942	< .001

Nota: Modelo_(a) sin covariable (ANOVA).

Discusiones

Utilizando los datos de 209 pacientes diagnosticados con Esquizofrenia, tomando en cuenta la etnia y la necesidad de atención psicológica manifestada por el paciente se analizaron sus efectos sobre los niveles de calidad de vida, el malestar psicológico y estigma internalizado.

Los resultados no arrojaron diferencias significativas en las características sociodemográficas de los participantes de la muestra, por lo que la pertenencia a la etnia Aymara no determinó diferencias en la distribución del sexo, el nivel educativo, el nivel de ingresos, la ocupación, tener pareja, tener hijos o la necesidad de atención psicológica. En este sentido, pertenecer a la etnia Aymara no produjo un aumento o una disminución en la distribución de las características sociodemográficas, por lo que aspectos como la precariedad en los ingresos económicos en la muestra (90% de la muestra bajo el sueldo mínimo), probablemente sean

una característica propia de la población de personas con Esquizofrenia, más relacionado a la pérdida de funcionalidad provocada por el trastorno, las dificultades en la movilidad social o la escases en sus redes de apoyo. En este sentido, los problemas en la salud mental involucran una prolongación o recrudescimiento del ciclo de pobreza y las dificultades que puede ser especialmente crítico en trastornos mentales graves como la Esquizofrenia (Sánchez-Salcedo et al., 2018).

En relación a las diferencias en las medidas psicológicas, los resultados arrojaron que el aumento de la necesidad de atención psicológica expresada por los pacientes fue coherente con aquellos casos que presentaron los niveles más bajos de calidad de vida y las medidas más elevadas de malestar psicológico y estigma internalizado. Por otra parte los resultados también sugieren que las necesidades de atención psicológica expresadas por los participantes covarían en función de los niveles de calidad de vida y malestar psicológico, estos resultados apoyan la visión de que los pacientes con Esquizofrenia son capaces de valorar adecuadamente y de manera subjetiva sus necesidades de tratamiento y recuperación, recalcando la importancia de asumir el desafío que conlleva considerar la valoración subjetiva que realizan los usuarios sobre su calidad de vida, las experiencias de discriminación o su perspectiva de su recuperación a la hora de abordar aspectos del tratamiento del estigma (Caqueo-Urizar et al., 2012; Caqueo-Urizar et al., 2022; Díaz-Mandado & Periañez, 2021; Zhang et al., 2018). Por el contrario, la reducción de la participación del individuo o la minimización de sus necesidades personales puede representar una importante fuente de estigma proveniente por parte de los profesionales de salud o las instituciones (Corrigan et al., 2012).

Por otro lado, los resultados preliminares arrojaron diferencias en el grupo de pacientes Aymara, los que presentaron una media significativamente mayor de *Alienación* al estigma en comparación al grupo No-Aymara, la magnitud de esta diferencia fue moderada en base al tamaño del efecto. Las personas diagnosticadas con Esquizofrenia con frecuencia son objeto de estigma, exclusión y discriminación que los perjudica seriamente, no sólo en su tratamiento y pronóstico, sino también a sus familiares, amigos e integrantes de su comunidad (Zhang et al., 2018; Díaz-Mandado & Periañez, 2021). El rechazo provocado por el estigma en salud mental es aún más común entre quienes tienen discapacidades intelectuales o pertenecen a minorías étnicas (Skuse, 2021). Si bien en los resultados no se apreciaron diferencias en cuatro de las sub-dimensiones del estigma internalizado (Resistencia al Estigma, Autoestigma, Discriminación Percibida y Aislamiento Social), el grupo de pacientes Aymara presentaron mayores niveles de *Alienación*, este aspecto del estigma internalizado aborda la experiencia subjetiva de sentirse inferior y menoscabado como miembro de la sociedad (Bengochea-Seco, et al., 2018). La importancia de la *Alienación* en los resultados de este estudio sugieren que el sentirse diferente de otros y fuera de lugar en la sociedad son componentes de importancia en el proceso de internalización del estigma, además la

Alienación reduce el autoestima y la expectativa de autoeficacia, afectando significativamente la calidad de vida de las personas (Morgades-Bamba, et al., 2019).

Es posible que estos hallazgos reflejen parte de las dificultades históricas que experimentan los grupos minoritarios étnicos ante las transformaciones y la asimilación de la cultura dominante (Gundermann, 1997). La adaptación a la cultura hegemónica conduce al abandono de ciertos patrones culturales característicos de la identidad Aymara claves para reducir la incertidumbre frente a la realidad, en cambio de manera paulatina se van incorporando nuevos patrones culturales que podrían afectar la relación del individuo con la comunidad y complejizar el accionar de las instituciones públicas (Zapata, 2007).

El presente estudio cuenta con distintas limitaciones y fortalezas. En primer lugar, el estudio emplea cómo método de categorización únicamente la autoidentificación a un grupo étnico por parte del paciente, este aspecto no permite diferenciar la diversidad en la adhesión a las tradiciones o prácticas propias de cada etnia. En segundo lugar, las características del muestreo por disponibilidad limitan la generalización de los resultados en la población de pacientes con Esquizofrenia. Finalmente, al momento de medir la necesidad de atención psicológica, ésta no controla la diversidad de prestaciones psicológicas a las que el usuario pudiera estar requiriendo. A pesar de las limitaciones, los resultados de esta investigación proponen nuevos enfoques en el estudio del estigma internalizado en población perteneciente a comunidades étnicas, además de evidenciar la capacidad de los pacientes con Esquizofrenia de valorar adecuadamente sus necesidades en función de sus niveles de malestar y calidad de vida.

Conclusiones

La Esquizofrenia se ha conceptualizado como un trastorno que requiere un tratamiento multicomponente e individualizado, sin embargo la evidencia de tratamientos eficaces para abordar el estigma aún es limitada. Los resultados de esta investigación dan cuenta que las necesidades de apoyo psicológico expresado por los pacientes son convergentes a sus niveles de malestar psicológico y calidad de vida, apoyando la importancia de la valoración subjetiva en el proceso de recuperación psicológica. Los resultados también invitan a reflexionar sobre posibles efectos negativos que enfrentan los pacientes Aymaras que intensifiquen la experiencia de Alienación al estigma y los estereotipos negativos.

Reconocimientos

Este estudio fue financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo ANID a través del Proyecto Fondecyt 1200785.

Referencias

- Andrews, G., and Slade, T. (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(6), 494-497. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842x.2001.tb00310.x>
- Aranguren, M. (2010). Adaptación argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10). *Revista de Psicología*, 28(2), 308-340. <https://doi.org/10.18800/psico.201002.005>
- Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., Fernández-Modamio, M., Santacoloma-Cabero, I., Gómez De Tojeiro-Roce, J., García-Polavieja, B., Santos-Zorrozúa, B., & Gil-Sanz, D. (2018). Adaptation into Spanish of the Internalised Stigma of Mental Illness scale to assess personal stigma. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(4), 244-254. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2016.01.009>
- Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746147>
- Boyer, L., Simeoni, M.-C., Loundou, A., D'Amato, T., Reine, G., Lançon, C., & Auquier, P. (2010). The development of the S-QoL 18: A shortened quality of life questionnaire for patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 121(1-3), 241-250. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.05.019>
- Brooks, R. T., Beard, J. and Steel, Z. (2006). Factor structure and interpretation of the K10. *Psychological Assessment*, 18(1), 62-70. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.18.1.62>
- Çapar, M., & Kavak, F. (2019). Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspectives in psychiatric care*, 55(1), 103-111. <https://doi.org/gdv6hh>
- Caqueo-Úrizar, A., Boyer, L., & Gilman, S. E. (2017). Needs of Patients with Schizophrenia Among an Ethnic Minority Group in Latin America. *Journal of immigrant and minority health*, 19(3), 606-615. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0376-4>
- Caqueo-Úrizar, A., Boyer, L., Boucekine, M., & Auquier, P. (2014). Spanish cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Schizophrenia. Quality of Life short-version questionnaire (SQoL18) in 3 middle-income countries: Bolivia, Chile and Peru. *Schizophrenia Research*, 159(1), 136-143. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.08.013>
- Caqueo-Úrizar, A., Breslau, J., & Gilman, S. E. (2015). Beliefs about the causes of schizophrenia among Aymara and non-Aymara patients and their primary caregivers in the Central-Southern Andes. *The International journal of social psychiatry*, 61(1), 82-91. <https://doi.org/10.1177/0020764014544768>

- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M. & Fernández-Dávila, P. (2012). Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia de ascendencia étnica aymara en el norte de Chile. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 121-126. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.004>
- Caqueo-Urizar, A., Ponce-Correa, F. & Urzúa, A. (2022). Effects of Recovery Measures on Internalized Stigma in Patients Diagnosed with Schizophrenia. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00847-5>
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Loundon, A., Boucekine, M., Fond, G., Boyer, L. (2019). The Latin American version of the internalized stigma of mental illness scale (LA-ISMI): A multicentric validation study from three Latin American countries. *Health Qual Life Outcomes*, 17(1); 175. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1238-2>
- Castro C., L. (2014). La conformación de la frontera chileno-boliviana y los campesinos aymaras durante la chilenización (Tarapacá, 1895-1929). *Historia Crítica*, 52, 231-251. <https://doi.org/10.7440/histcrit52.2014.10>
- Cerna C. y Muñoz W. (2019). Movilidad, parentesco e identificación en el valle de Codpa, norte de Chile. *Chungará (Arica)*, 51(4), 661-674. <https://doi.org/js27>
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsck, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189(3), 339-343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsck, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 63(10), 963-973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Díaz A, Galdames L, Ruz R. (2013). Aymaras y plebiscitarios: Los indígenas andinos, la chilenización y las identidades en la frontera cultural (Putre 1920-1929). *Si somos americanos*, 13(2), 81-111. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-09482013000200005>
- Díaz-Mandado, O., & Periañez, J. A. (2021). An effective psychological intervention in reducing internalized stigma and improving recovery outcomes in people with severe mental illness. *Psychiatry Research*, 295: 113635. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113635>
- Gavilán, V., Viguera, P., Carrasco, A., Cabezas, R., Madariaga, V., Escobar, M., & Mamani, C. (2006). *Pautas de crianza Aymara. Significaciones, actitudes y prácticas de familias Aymara en relación a la crianza y cuidado infantil de los niños y niñas desde la gestación hasta los diez años*. Universidad Arturo Prat, Centro de Investigaciones para el Desarrollo del Hombre en el Desierto. <https://tinyurl.com/2anef7yr>

- Gavilán Vega, V., & Lagos Candia, F. (2014). ¿Integración social y subordinación política de los Aymara?: un estudio de la certificación estatal indígena en el norte chileno. *Estudios atacameños*, (49), 95-110. <https://doi.org/10.4067/s0718-10432014000300006>
- Grandón, P., Aguilera, A. V., Bustos, C., Alzate, E. C., & Saldivia, S. (2018). Evaluation of the stigma towards people with a diagnosis of schizophrenia using a knowledge scale. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(2), 72-81. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2018.03.002>
- Gundermann, H., González, H., & Vergara, J. (2007). Vigencia y desplazamiento de la lengua aymara en Chile. *Estudios Filológicos*, (42), 123-140. <https://doi.org/ckdkqñ>
- Gundermann, H. (1997). Acerca de cómo los aymaras aprendieron el castellano (terminando por olvidar el aymara). *Estudios Atacameños*, (12), 89-104. <https://doi.org/js29>
- Gundermann Kröll, H., & González Cortez, H. (2009). Sociedades indígenas y conocimiento antropológico: aymarás y atacameños de los siglos XIX y XX. *Chungará (Arica)*, 41(1). <https://doi.org/10.4067/s0717-73562009000100008>
- Haas, J. S., Earle, C. C., Orav, J. E., Brawarsky, P., Neville, B. A., & Williams, D. R. (2008). Racial segregation and disparities in cancer stage for seniors. *Journal of general internal medicine*, 23(5), 699-705. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0545-9>
- Hides, L., Lubman, D. I., Devlin, H., Cotton, S., Aitken, C., Gibbie, T., & Hellard, M. (2007). Reliability and validity of the kessler 10 and Patient Health Questionnaire among injecting drug users. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 41(2), 166-168. <https://doi.org/10.1080/00048670601109949>
- Hinshaw, S. P. (2007). *The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change*. Oxford University. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199730926.001.0001>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2018). *Memoria Censo 2017*. <https://tinyurl.com/4fd626wj>
- Jan, S. L., & Shieh, G. (2014). Sample size determinations for Welch's test in one-way heteroscedastic ANOVA. *The British journal of mathematical and statistical psychology*, 67(1), 72-93. <https://doi.org/10.1111/bmsp.12006>
- Kay, S., Fiszbein, A. & Opler, L. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261-276. <https://doi.org/gdz73b>
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., Howes, M. J., Normand, S.-L. T., Manderscheid, R. W., Walters, E. E. and Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *JAMA psychiatry*, 60(2), 184-189. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.184>

- Kung, W. W. (2003). The Illness, Stigma, Culture, or Immigration? Burdens on Chinese American Caregivers of Patients with Schizophrenia. *Families in Society, 84*(4), 547-557. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.140>
- Lancon, C., Aghababian, V., Llorca, P. M., & Auquier, P. (1998). Factorial structure of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): a forced five-dimensional factor analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 98*(5), 369-376. <https://doi.org/dnxf6p>
- Leininger, M. M. (1985). Transcultural care diversity and universality: a theory of nursing. *Nursing & health care, 6*(4), 208-212.
- Mak, W. W. S., & Cheung, R. Y. M. (2010). Self-stigma among concealable minorities in Hong Kong: Conceptualization and unified measurement. *American Journal of Orthopsychiatry, 80*(2), 267-281. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01030.x>
- Minoletti, A. & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud, 18*(4-5), 346-358. <https://tinyurl.com/yymbm8em9>
- Ministerio de Salud. (2017). *Guía Clínica: Para el tratamiento de personas desde el primer episodio de Esquizofrenia* (3a ed.). MINSAL. <https://tinyurl.com/yzv2c6ay>
- Mohr, W. K. (1999). Discovering a dialectic of care. *Western Journal of Nursing Research, 21*(2), 225-245. <https://doi.org/10.1177/01939459922043857>
- Mondaca C, Gajardo Y, Muñoz W. (2017). La educación intercultural bilingüe entre los aymaras del norte de Chile. Enfoques y dinámicas socio-históricas en su implementación (1994-2014). En E. Treviño, L. Morawietz, C. Villalobos, & E. Villalobos (Eds.), *Educación Intercultural en Chile Experiencias, pueblos y territorios* (pp. 171-193). Ediciones UC. <https://tinyurl.com/2pjb7atf>
- Morgades-Bamba, C. I., Fuster-Ruizdeapodaca, M. J., & Molero, F. (2019). Internalized stigma and its impact on schizophrenia quality of life. *Psychology, health & medicine, 24*(8), 992-1004. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1612076>
- Ochoa Arias, A. E. (2005). CLARAC DE BRICEÑO, Jacqueline. Historia, cultura y alienación en época de cambio y turbulencia social en Venezuela. Venezuela 2002-2003. GRIAL / CIET / Museo Arqueológico. Mérida-Venezuela 2004. 120 p. [Recensión]. *Boletín Antropológico, 23*(63), 93-97. <https://tinyurl.com/3sbrbhuf>
- Peralta V, Cuesta M J. (1994). Validación de la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas luso-españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines, 22*(4), 171-177.
- Sánchez-Salcedo, J. F., Arboleda, M. A., Montes, M., Castrillón, M. del C., Ríos, S. V., & Soto, A. (2018). Perfil social y económico de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en Cali. *Revista de Sociología (Santiago), 33*(1), 58-76. <https://doi.org/js5f>

- Singla, N., Avasthi, A., & Grover, S. (2020). Recovery and its correlates in patients with schizophrenia. *Asian journal of psychiatry*, 52: 102162. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102162>
- Skuse D. (2021). Minority status, stigma, prejudice and bullying: growing up in jeopardy [Editorial]. *BJPsych international*, 18(3), 53. <https://doi.org/10.1192/bji.2021.29>
- Smith, D. B., Feng, Z. L., Fennell M. L., Zinn, J. S., & Mor, V. (2007). Separate and unequal: racial segregation and disparities in quality across US nursing homes. *Health Affairs (Millwood, Va.)*, 26(5): 1448-1458. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.5.1448>
- Thompson, A., Carrasquillo, O., Gameraff, M., & Weissman, M. (2010). Psychiatric treatment needs among the medically underserved: a study of black and white primary care patients residing in a racial minority neighborhood. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 12(6), e1-e7, <https://doi.org/10.4088/PCC.09m00804whi>
- Valdivia, M. P. (2006). Cosmovisión Aymara y su Aplicación Práctica en un Contexto Sanitario del Norte de Chile. *Revista de Bioética y Derecho*, (7), 1-5. <https://bit.ly/3ZL7SIS>
- Valery, K. M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry research*, 290: 113068. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>
- Warren, S. (2017). Indigenous in the city: the politics of urban Mapuche identity in Chile. *Ethnic and Racial Studies*, 40(4):694-712. <https://doi.org/10.1080/01419870.2016.1181772>
- Williams, D. R., Collins, C. (2001). Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. *Public Health Reports*, 116(5), 404-416. <https://doi.org/dhfgfw>
- Yu, B. C., Chio, F. H., Mak, W. W., Corrigan, P. W., & Chan, K. K. (2021). Internalization process of stigma of people with mental illness across cultures: A meta-analytic structural equation modeling approach. *Clinical Psychology Review*, 87: 102029. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102029>
- Zapata, C. (2007). Memoria e historia: El proyecto de una identidad colectiva entre los aymaras de Chile. *Chungará (Arica)*, 39(2), 171-183. <https://doi.org/bv8g6p>
- Zhang, T. M., Wong, I. Y. L., Yu, Y. H., Ni, S. G., He, X. S., Bacon-Shone, J., Gong, K., Huang, C. H., Hu, Y., Tang, M. M., Cao, W., Chan, C. L. W., & Ran, M. S. (2018). An integrative model of internalized stigma and recovery-related outcomes among people diagnosed with schizophrenia in rural China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(8), 911-918. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1646-3>

Para citar en APA

Caqueo-Urizar, A., Ponce-Correa, F., Fond, G., & Boyer, L. (2022). Necesidad de apoyo psicológico y etnicidad en personas diagnosticadas con Esquizofrenia: La importancia del componente subjetivo en el abordaje del estigma internalizado. *Terapia Psicológica (En línea)*, 40(3), 417-434. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082022000300417>