

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

APROXIMACIÓN A LOS ESTEREOTIPOS EXISTENTES SOBRE LA ESQUIZOFRENIA

Alumno/a: Ana Lou Franco

Director/a: Isabel Garbayo Sanz

Zaragoza, junio 2013



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

ÍNDICE

1.Introducción	
1.1. Presentación y justificación	pág. 3
1.2. Hipótesis y variables	pág. 8
1.3. Metodología	pág. 10
1.4. Técnicas utilizadas	pág. 11
2.Análisis de la realidad (revisión bibliográfica)	
2.1 Definición de esquizofrenia	pág. 19
2.2 ¿Qué es un estereotipo? Delimitación del concepto de estereotipo y otros conceptos similares	pág. 28
2.3 El estigma de la enfermedad mental y de la esquizofrenia	pág. 33
2.4 Los medios de comunicación	pág. 39
3.Análisis empírico	
3.1. Datos recopilados	pág. 51
3.2. Análisis de los datos y resultados	pág. 55
4.Conclusiones y discusión	
4.1. Revisión de los objetivos planteados	pág. 79
4.2. Conclusiones generales	pág. 81
4.3. Discusión	pág. 85
4.4. Dificultades encontradas y propuestas de mejora	pág. 88

5. Aportaciones	pág. 91
6. Bibliografía	pág. 94
Índice de tablas y gráficos	pág. 97
Anexos	pág. 99
ANEXO I. Desarrollo del grupo de discusión	
ANEXO II. Modelo de encuesta utilizado	
ANEXO III. Encuestas	

1- INTRODUCCIÓN

1.1 Presentación y justificación

El interés de este trabajo, "Aproximación a los estereotipos existentes sobre la esquizofrenia", es conocer las opiniones que la gente tiene sobre el colectivo de personas diagnosticadas de esquizofrenia.

He elegido este tema por el interés que despierta en mí conocer las creencias de la gente respecto a una enfermedad mental tan conocida pero a la vez tan desconocida.

En mi opinión, la causa de la exclusión social de aquellas personas diagnosticadas de esquizofrenia (o de una enfermedad mental en general) radica en una serie de creencias erróneas sobre esta enfermedad que alimentan el estigma de la misma.

Conocer estas creencias es el primer paso para poder reducir este estigma.

Los trastornos mentales representan aproximadamente el 12% del total de la carga global de las enfermedades. Según la OMS (2005) en el 2020 representará aproximadamente el 15% de la discapacidad ajustada a los años de vida perdidos por enfermedad.

También hay que destacar que el impacto de los trastornos mentales es mayor en adultos jóvenes, el sector más productivo de la población.

Los costes económicos de la salud mental son enormes. En la Unión Europea, están estimados en 386 billones de euros (Andin-Sobocki, 2005:1-27).

La Estrategia en Salud Mental (Sistema Nacional de Salud, 2007) no incluye datos científicos sobre costes, y no incluye la economía de la

salud mental entre sus objetivos, aunque sí que reconoce la falta de datos sobre la carga de los trastornos mentales en España.

Si es cierto que se indica una recomendación a que las comunidades autónomas “proporcionen información científica sobre el coste-eficiencia de los medicamentos a los profesionales sanitarios y pacientes”

En el caso de la Unión Europea, los costes económicos totales relacionados con el trastorno mental pueden llegar a representar hasta un 3 o 4% del PIB. (Espino, 2009)

En los países desarrollados, los costes indirectos atribuidos a los trastornos mentales son de dos a seis veces superiores a los costes directos (OMS, 2005).

Por ejemplo, los costes indirectos vinculados a la pérdida de productividad tienen mayor peso (entre dos y seis veces más) que los gastos asistenciales directamente relacionados con la atención sanitaria del trastorno mental (Espino, 2009).

La esquizofrenia produce una severa carga para quien la padece, pero no es menos cierto que el entorno familiar sufre también las consecuencias de este “estigma maldito”. (Fuentes y Cabrera, 1996:55).

Según la OMS (2005) en la mayoría de los países, las familias soportan una proporción significativa de estos costes económicos por la ausencia de redes integrales de servicios de salud mental financiadas con fondos públicos.

Y no sólo esto, también incurren en costes sociales, tales como:

- la carga emocional de cuidar a los miembros discapacitados de la familia
- la disminución de calidad de vida de los cuidadores
- la exclusión social

- la estigmatización
- la pérdida de oportunidades futuras para la mejora personal
- etc.

España es uno de los países de la Unión Europea que menos invierte en las investigaciones sobre enfermedades mentales, ya que de todo el presupuesto para investigación en salud, sólo se destina el 5% para estudiar estas patologías.

“El impacto sobre la economía nacional de las personas que padecen un trastorno psíquico es creciente y afecta a casi todos los frentes de la vida laboral y socioeconómica: tasa de empleo, absentismo, pérdida del puesto de trabajo, altos índices de incapacidad permanente, de jubilaciones anticipadas y de distintas ayudas por discapacidad” (Espino, 2009)

Tabla 1. Profesionales de salud mental

Profesional	Comunidad de Madrid	España	Europa
Psiquiatras	5,36	6,50	11,10
Psicólogos	3,16	9,90	37,80
Enfermeras	2,11	4,30	18,00
Trabajadores Sociales	1,34	1,90	44,70

(x 100.000 habitantes)

(Nota: No se reflejan otros profesionales (educadores sociales, terapeutas ocupacionales, porque su tasa es menor a 1).

Fuente: Torras García, A. (2011)

En esta tabla se puede observar que el porcentaje de trabajadores dedicados a la salud mental en España es muy inferior al porcentaje de trabajadores europeos dedicados a la salud mental. En el caso de

los trabajadores sociales, en España solo hay 1,90 por cada 100.000 habitantes; mientras que en Europa el porcentaje se sitúa en 44,70 trabajadores sociales por cada 100.000 habitantes.

Algunos de los problemas pendientes, según la Estrategia en Salud Mental (Sistema Nacional de Salud, 2007) son: insuficiencia de recursos humanos especializados en salud mental, insuficientes recursos de rehabilitación y reinserción social de calidad, insuficiente desarrollo de los aspectos de prevención y de promoción de la salud mental, etc.

Por último, hay que señalar que esta falta de interés en la salud mental, no hace sino agravar la problemática y los costes económicos que de ella derivan.

Si en España apenas se tiene interés en la investigación, sensibilización y prevención de las enfermedades mentales, difícilmente podremos disminuir la prevalencia de dichas enfermedades. ¿Qué conlleva esto?

En primer lugar, el coste del tratamiento. La esquizofrenia supone un coste anual de 7.000 euros por persona y año en España, teniendo en cuenta la situación de dependencia que sufren algunos pacientes, y que hace necesaria la asistencia de familiares y cuidadores. (Domínguez, 2004).

El Libro Blanco para estudio socioeconómico del coste social de los trastornos de salud mental en España, cifra en 3.373,47 euros el coste de los trastornos mentales en nuestro país.

Los costes directos representarían el 38,8 % (1.311,69 euros)

- Consultas ambulatorias: 10,4% (352,22 euros)
- Gastos de farmacia: 7,8% (263,50 euros)
- Hospitalización: 20,6% (695,97 euros)

- Hospitalización corta: 3% del total de costes por hospitalización (98,31 euros)
- Hospitalización larga: 17,7% del total de costes por hospitalización (597,66 euros)

Los costes indirectos representan el 61% (2.061,77 euros)

- Mortalidad prematura: 21,6% (730,12 euros)
- Incapacidad temporal: 8,7% (294,50 euros)
- Invalidez: 21,8% (733,82 euros)
- Baja productividad: 9% (303,33 euros)

En el caso de la esquizofrenia, en España los costes de las hospitalizaciones en el año 2000 fueron de 215,60 euros por estancia hospitalaria por paciente, con una media de 22 días de hospitalización (Domínguez, 2004).

Por otro lado, la falta de sensibilización a la población general sobre la enfermedad mental también incide de forma negativa.

Pondré un ejemplo ficticio: Juan trabaja en una tienda de muebles. Tiene diagnosticada una esquizofrenia. Su jefe al enterarse decide despedirle, porque cree que la esquizofrenia hace ser violento y peligroso a quien la padece, y considera que despedir a Juan es lo mejor para el negocio. A parte del despido, Juan ha sido testigo de más conductas discriminatorias por parte de la sociedad, por lo que, tras unos cuantos intentos fallidos, deja de buscar trabajo por temor a ser rechazado.

Este no es un caso aislado, sino que es la realidad de mucha gente que tiene diagnosticada una enfermedad mental, ya que en uno de cada cinco trabajadores la aparición de un trastorno mental lleva consigo la pérdida de su empleo.

Entre un 70 y un 80% de personas con esquizofrenia está en situación de desempleo, y muchas de ellas no buscan trabajo por miedo a ser rechazados.

Esta alta tasa de desempleo genera grandes costes económicos (mayores gastos y menor participación en el conjunto de la renta nacional), costes que podrían ser evitados si la esquizofrenia no estuviera tan estereotipada, y se invirtiese más, por un lado, en la inserción laboral de personas con enfermedad mental; y por otro lado, en la sensibilización a la población.

A lo largo de este estudio haré referencia al estudio "Estigma y enfermedad mental" (Muñoz y cols. (2009), en el que se realizó un análisis del estigma asociado a la enfermedad mental. Aun así, este estudio difiere en dos aspectos del estudio "Estigma y enfermedad mental".

- 1) Este estudio pretende conocer el estigma existente sobre la **esquizofrenia**, mientras que el estudio de Muñoz y cols. (2009) pretende conocer el estigma existente sobre la **enfermedad mental**.
- 2) Este estudio se va a realizar tomando como referencia la población de **Zaragoza**, mientras que el estudio de Muñoz y cols. (2009) se realizó basándose en la población de **Madrid**.

1.2 Objetivo, hipótesis y variables

El **objetivo general** de este trabajo de investigación es conocer los estereotipos existentes sobre la esquizofrenia en la población de Zaragoza, entre 18 y 60 años, y cuáles son las variables que

intervienen de forma más significativa en la emisión de estas creencias generalizadas.

He formulado las siguientes **hipótesis de trabajo** en forma de **objetivos**:

1. Describir la variable de la edad en la emisión de estereotipos sobre la esquizofrenia.
2. Describir la variable del género en la emisión de estereotipos sobre la esquizofrenia.
3. Valorar cómo influye trabajar en el ámbito de salud mental en la emisión de estereotipos sobre la esquizofrenia.

Los resultados de esta investigación nos pueden acercar a los siguientes supuestos:

- Es posible que entre la gente joven existan menos estereotipos (o creencias erróneas, generalizadas) hacia la esquizofrenia que entre la gente mayor.
- Es probable que las diferencias entre géneros en cuanto a los estereotipos sobre la esquizofrenia no sean muy diferentes.
- Las personas que trabajan en el ámbito de la salud mental es probable que posean menos creencias erróneas sobre la esquizofrenia.

Para ello tendremos en cuenta estas **variables de estudio**:

1. Grado de emisión de estereotipos. Variable cuantitativa ordinal.
2. Edad. Variable cuantitativa de intervalo.
3. Género. Variable cualitativa nominal.
4. Trabajar o no trabajar en el ámbito de la salud mental. Variable cualitativa nominal.

Una variable es un “concepto cuyo valor cambia de un caso a otro” (Macionis, 2007:49)

Así mismo, Macionis (2007) define la medición como el proceso de determinación del valor que toma una variable en un caso específico.

1.3 Metodología

Este estudio se va a llevar a cabo desde un enfoque cualitativo, ya que pretende describir, comprender e interpretar una realidad.

A pesar de ello, se utilizan herramientas cuantitativas, como la encuesta.

Es una investigación descriptiva en cuanto que trata de describir y medir el fenómeno objeto de estudio y sus respectivas variables.

En cuanto al enfoque temporal se trata de una investigación transversal, ya que la recogida de información se remite al alcance temporal de la investigación, es decir, no se realiza ningún seguimiento de la población o fenómeno durante un periodo de tiempo, sino que la recogida de información se limita a un único momento.

Por otro lado, es una investigación mixta, porque la información será recogida tanto de fuentes primarias como de fuentes secundarias.

- Fuentes primarias: analizaré datos que obtendré a través de diversas herramientas: cuestionarios y grupo de discusión
- Fuentes secundarias: también llevaré a cabo un análisis de datos recogidos en otras investigaciones.

1.4 Técnicas utilizadas

En este trabajo de investigación se van a utilizar, además del análisis bibliográfico, dos herramientas más de recogida de información: encuestas y un grupo de discusión.

Encuesta

Una encuesta consiste en un "método de investigación en el cual los sujetos responden a las preguntas incluidas en un cuestionario" (Macionis, 2007: 54)

Permite recoger información acerca de temas que no se pueden observar directamente. En este caso, creencias

Un cuestionario se define como "una serie de preguntas escritas que un investigador hace llegar a los sujetos solicitando sus respuestas" (Macionis, 2007: 55)

Por tanto, un cuestionario es un conjunto de preguntas preparadas, no improvisadas, sobre aspectos de la realidad que interesan al investigador, para su contestación por la población, una muestra o parte representativa de la misma.

El modelo de cuestionario que voy a utilizar es el "Cuestionario de atribución AQ-27" (Corrigan, P. W., Markowitz, F.E., Watson, A.C., Rowan, D. y Kubiak, M.A., 2003), que consta de 27 preguntas, con una escala tipo Likert de 1 a 9 (Anexo II). Esta encuesta también se utiliza en el estudio de Muñoz y cols. (2009), con él cual compararé los resultados. Se explica un caso ficticio de una persona con esquizofrenia y a continuación se enumeran las preguntas, que giran en torno a los siguientes factores:

- Responsabilidad
- Piedad
- Ira
- Peligrosidad
- Miedo
- Ayuda
- Coacción
- Segregación
- Evitación

Cada factor agrupa tres ítems, por lo que la puntuación en cada factor oscila entre 3 y 27 puntos (entre 1 y 9 puntos por cada ítem).

Los criterios utilizados para agrupar los diferentes ítems en los nueve factores son los siguientes:

Responsabilidad = AQ10+AQ11+AQ23

Piedad = AQ 9+AQ22+AQ27

Ira = AQ1+AQ4+AQ12

Peligrosidad = AQ2+AQ13+AQ18

Miedo = AQ3+AQ19+AQ24

Ayuda = AQ8+AQ20+AQ21

Coacción = AQ5+AQ14+AQ25

Segregación = AQ6+AQ15+AQ17

Evitación = AQ7+AQ16+AQ26

Los ítems del factor de "evitación" deben invertirse.

Para analizar los datos se calculará la media de puntuaciones de cada ítem, y posteriormente se sumarán para obtener la puntuación de cada factor.

Para saber si se posee una determinada creencia o no se establecerá un punto de corte entre las puntuaciones.

En concreto, si se obtiene una puntuación de 7 o más, se tiene la creencia. Si se obtiene una puntuación de 3 o menos, no se tiene la creencia. Las demás puntuaciones se considerarán neutras.

Para un determinado ítem, se analizará si cada sujeto está de acuerdo con él, con el criterio que he comentado anteriormente (punto de corte de las puntuaciones), y se calculará el porcentaje de toda la muestra.

La duración de la recogida de datos mediante encuestas será de tres semanas (del 29 de abril de 2013 al 18 de mayo de 2013).

El análisis de los datos recogidos en las encuestas, así como la elaboración de los correspondientes gráficos, se llevarán a cabo mediante el programa Excel.

Muestra seleccionada:

Una muestra se puede definir como "*una parte del universo acerca del que se van a elaborar las conclusiones*" (González, 1997:42)

En este estudio, el tipo de muestra es de conveniencia (o por selección intencionada), porque no se seleccionó aleatoriamente. A

pesar de ello, he intentado que sea una muestra representativa de la población.

La encuesta se va a pasar a 30 personas. De ellas:

- 16 son mujeres y 14 son hombres
- 14 trabajan en el ámbito de la salud mental y 16 no
- Diez tienen edades comprendidas entre 18 y 29 años, diez tienen edades comprendidas entre 30 y 44 años, y diez tienen edades comprendidas entre 45 y 60 años.

En la siguiente tabla, están recogidos los datos (edad, género y si trabaja/no trabaja en el ámbito de la salud mental) de las personas que han rellenado las encuestas.

Tabla 4. Datos de las personas que han rellenado la encuesta

	Edad	Género	¿Trabaja o ha trabajado en el ámbito de la salud mental?	
			SI	NO
Sujeto 1	56	F		X
Sujeto 2	57	M		X
Sujeto 3	19	M		X
Sujeto 4	55	M		X
Sujeto 5	22	F		X
Sujeto 6	23	F		X
Sujeto 7	23	F	X	
Sujeto 8	24	F		X
Sujeto 9	46	F	X	
Sujeto 10	20	M		X
Sujeto 11	28	F		X
Sujeto 12	41	M	X	
Sujeto 13	30	M		X
Sujeto 14	45	F	X	
Sujeto 15	43	F	X	
Sujeto 16	36	F	X	
Sujeto 17	25	F	X	

Sujeto 18	49	F	X	
Sujeto 19	30	M		X
Sujeto 20	52	F	X	
Sujeto 21	39	M	X	
Sujeto 22	31	F	X	
Sujeto 23	44	F	X	
Sujeto 24	27	M	X	
Sujeto 25	59	M	X	
Sujeto 26	38	M		X
Sujeto 27	46	M		X
Sujeto 28	32	F		X
Sujeto 29	47	M		X
Sujeto 30	27	M		X

Fuente: elaboración propia

Grupo de discusión

Suárez (2005: 21-24) recoge las definiciones que varios autores han realizado sobre el término de grupo de discusión, y redacta unas características comunes a las definiciones. Basándonos en estas características podemos definir el grupo de discusión como un conjunto de personas que se reúnen con un fin determinado, cuyo número puede variar de un mínimo a un máximo y que poseen ciertas características comunes. Así mismo, ofrecen datos de naturaleza cualitativa en una conversación guiada por una persona, cuyo rol es de moderador/a.

Los grupos de discusión nos ofrecen algunas ventajas (Suárez, 2005: 51):

- Promueve la interacción grupal
- Ofrece información de primera mano
- Estimula la participación
- Posee un carácter flexible y abierto

- Presenta una alta validez subjetiva
- Facilita y agiliza la obtención de información
- Coste reducido

La misma autora señala una serie de limitaciones que nos podemos encontrar a la hora de llevar a cabo un grupo de discusión (Suárez, 2005: 52):

- Un menor control del investigador en el proceso grupal
- Necesidad de una formación previa por parte del moderador
- Análisis e interpretación exhaustiva de los datos obtenidos
- Alcance limitado
- Problemas de generalización, ya que los resultados no se pueden extrapolar a toda la población y situaciones.
- Precisa un proceso de selección de los participantes, una preparación de los grupos y un lugar en el que se celebrará la reunión

El grupo de discusión que se va a llevar a cabo en este estudio se realizará el martes 14 de mayo de 2013, y van a participar seis personas:

1. Mujer de 21 años. Trabaja como psicóloga en un centro de rehabilitación psicosocial
2. Varón de 32 años. Realiza voluntariado en una asociación de salud mental.
3. Mujer de 57 años. Es profesora de taller artístico en un centro de rehabilitación psicosocial. Además, tiene un familiar diagnosticado de esquizofrenia.
4. Mujer de 23 años. Es estudiante y no conoce a ninguna persona diagnosticada de esquizofrenia.

5. Mujer de 50 años, diplomada en Magisterio de educación especial. No ha trabajado nunca en el ámbito de la salud mental
6. Mujer de 56 años. No tiene contacto con la enfermedad mental.

A excepción de la mujer de 21 años y la mujer de 57 años, que trabajan en el mismo centro de rehabilitación psicosocial, los demás participantes no se conocen entre sí.

Como se verá más adelante, de las seis personas que había citadas, faltaron dos: la mujer de 23 años no pudo asistir por enfermedad y el varón de 32 años no pudo asistir por motivos laborales.

El guion que se va a seguir en el grupo de discusión es el siguiente:

1. Una persona con esquizofrenia, ¿debe tener los mismos derechos que una persona sin esquizofrenia?
 - Educación
 - Voto
 - Casarse
 - Tener hijos
 - Acudir al Hospital General
2. Si a tu pareja le diagnosticaran esquizofrenia, ¿qué harías? ¿cómo sería tu actitud con él/ella?
3. ¿Cuál consideráis que es el mejor tratamiento para la esquizofrenia?
4. ¿Cuál crees que es la imagen que se da de la esquizofrenia desde los medios de comunicación?

- Películas
- Prensa
- Noticias
- Etc.

Antes de comenzar, se pasará a los participantes la siguiente ficha para que la rellenen:

Edad:

Sexo: F M

¿Tiene contacto con alguna persona diagnosticada de esquizofrenia?

- Sí, soy familiar de una persona diagnosticada de esquizofrenia
- Sí, colaboro/he colaborado o trabajo/he trabajado con personas con esquizofrenia.

Especificar la profesión: _____

- Sí, conozco a alguien diagnosticado de esquizofrenia
- No, no conozco a nadie diagnosticado de esquizofrenia

2- ANÁLISIS DE LA REALIDAD

2.1 Enfermedad mental y esquizofrenia

¿Qué es la enfermedad mental?

Para definir lo que es la enfermedad mental, en primer lugar tenemos que tener claros los conceptos de salud y enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud define la salud como el *"estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"*.

Así mismo, define la salud mental como *"la forma de relacionarse con otros de la familia, el trabajo, el ocio y la comunidad en general"*.

Una definición más completa de salud mental, también proporcionada por la Organización Mundial de la Salud, es un *"estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad"*

Un trastorno o enfermedad mental es, según la definición de FEALES en su "Guía de estilo", una *"alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamental, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos, lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo"*

Según el DSM-IV-TR, se puede establecer un grado en función de los síntomas existentes y el deterioro existente. Estos grados son los siguientes:

Leve: son pocos o ninguno, los síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico. Los síntomas no dan lugar sino a un ligero deterioro en la actividad social o laboral.

Moderado: existen síntomas o deterioro funcional situados entre "leve" y "grave"

Grave: se detectan varios síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico, o distintos síntomas que son particularmente graves, o los síntomas dan lugar a un notable deterioro en la actividad social o laboral.

También se puede señalar si la enfermedad está en remisión parcial o total:

En remisión parcial: con anterioridad se cumplían todos los criterios del trastorno, pero en la actualidad solo permanecen algunos de sus síntomas o signos.

En remisión total: ya no existe ningún síntoma o signo del trastorno, pero todavía es relevante desde un punto de vista clínico tener en cuenta dicho trastorno.

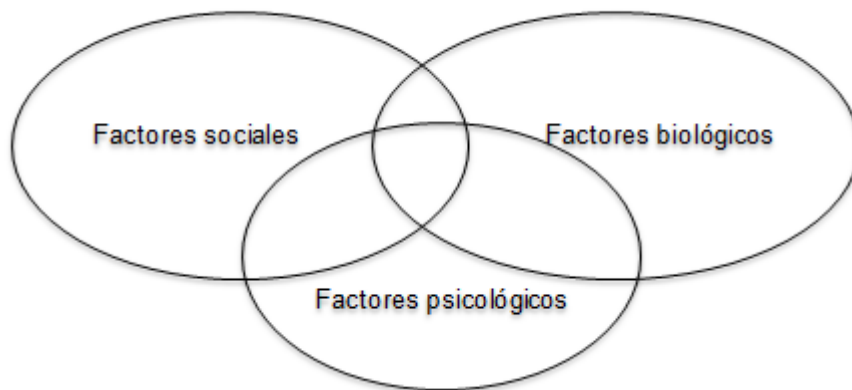
Por último, hay que distinguir entre enfermedad aguda o crónica. Esta distinción se hace en función del tiempo de evolución, y no de la gravedad.

Las enfermedades agudas son aquellas que tienen un inicio y un fin claramente definidos, y son de corta duración.

Por el contrario, las enfermedades crónicas son aquellas enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Se suele considerar una enfermedad como crónica cuando tiene una duración mayor a seis meses.

Sabemos hoy que la mayor parte de las enfermedades mentales están influenciadas por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Gráfico 1. Interacción de factores en la etiología de la esquizofrenia



Fuente: elaboración propia

Según McDaid (2008), una de cada cuatro personas experimenta un problema de salud mental durante su vida. Además, se prevé que los trastornos mentales aumentarán los próximos años considerablemente.

El límite entre enfermedad y salud mental no es muy claro ni está bien definido, más bien se trata de un continuo que refleja diferentes grados de bienestar o deterioro psicológico.

En la "Guía de estilo de salud mental y medios de comunicación" elaborada por FEAES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales) se muestra que salud y enfermedad mental no son condiciones que permitan definir a la una como la ausencia de la otra. Por tanto, la ausencia de salud mental no indica

la existencia de una enfermedad mental, y, por otro lado, una enfermedad mental no implica la ausencia de salud mental.

Esquizofrenia

Etimológicamente, la esquizofrenia significa "rotura de la mente": *esquizo* (rotura) - *frenia* (mente).

En 1911, Eugene Bleuler definió la esquizofrenia como "*mente dividida o fragmentada*". Desde entonces han sido una multitud de autores los que han intentado definir este trastorno.

Hay que señalar la definición de la Organización Mundial de la Salud, que explica la esquizofrenia como un "*grupo de psicosis en los que se presenta una deformación fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, una sensación de dominación por fuerzas extrañas, delirios y alteraciones de la percepción así como anormalidades en la afectividad y autismo, manteniendo por el contrario, conciencia clara y capacidad intelectual innata*".

La esquizofrenia, por tanto, consiste en una psicosis que provoca en el individuo la pérdida de contacto con la realidad, lo que deriva en una incapacidad para distinguir lo real de lo fantástico.

Así mismo, dificulta el pensamiento lógico, el dominio de las emociones y la capacidad para relacionarse con los demás.

Se estima que aproximadamente 20 millones de personas en el mundo sufren de esquizofrenia (Belloch, Sandín y Ramos, 2009:372).

Un 1% de la población mundial desarrollará una esquizofrenia a lo largo de su vida. En España esto supone entre 350.000 y 400.000 personas.

El primer brote esquizofrénico suele presentarse entre los 17 y los 30 años, en el caso de los hombres, y entre los 20 y los 40 años, en el caso de las mujeres. Afecta con la misma frecuencia a ambos sexos con independencia de cuál sea su país o cultura.¹

Síntomas de la esquizofrenia:

Se presentan dos tipos de síntomas: síntomas positivos y síntomas negativos.

Los síntomas positivos consisten en *“aquellas cosas que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar”* (López, J.J., 2002:4). Lo anómalo es la presencia

Los síntomas negativos consisten en *“aquellas cosas que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos suelen realizar cotidianamente”* (López, 2002:4). Lo anómalo es la ausencia.

Señalo a continuación los síntomas positivos y negativos presentes en la esquizofrenia:²

Tabla 2. Síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia

SÍNTOMAS POSITIVOS	SÍNTOMAS NEGATIVOS
Alucinaciones (auditivas, voces que comentan, cenestésicas, olfatorias, visuales)	Afecto embotado: expresión facial inmutable, movimientos espontáneos disminuidos y

¹ La esquizofrenia abre las puertas (2002:5)

² Belloch, Sandín y Ramos (2009) Manual de psicopatología. Volumen II. Madrid: Mc graw hill

Ideas delirantes

- ❖ Delirio de persecución
- ❖ Delirio de culpa o pecado
- ❖ Delirio de grandeza
- ❖ Delirio religioso
- ❖ Delirio somático
- ❖ Ideas y delirios de referencia
- ❖ Delirio de control
- ❖ Lectura del pensamiento (irradiación)
- ❖ Difusión del pensamiento
- ❖ Inserción del pensamiento
- ❖ Robo del pensamiento

Comportamiento

extravagante: vestido y apariencia, comportamiento social y sexual, comportamiento agresivo y agitado, conducta repetitiva.

Trastornos formales del

pensamiento de tipo positivo: descarrilamiento, tangencialidad, incoherencia, ilogicalidad, circunstancialidad, presión del habla, distraibilidad, asociaciones fonéticas.

escasez de ademanes expresivos, escaso contacto visual, incongruencia afectiva y ausencia de respuesta, ausencia de inflexiones vocales.

Alogia: pobreza de lenguaje, pobreza de contenido del lenguaje, bloqueo, latencia de respuesta incrementada.

Abulia-apatía: menos atención al aseo e higiene, falta de persistencia en el trabajo o en la escuela, anergia física.

Anhedonia-insociabilidad:

decremento de intereses o actividades recreativas, decremento de actividad e interés sexual, disminución de la capacidad para sentir intimidad y proximidad, pocos esfuerzos para desarrollar relaciones con amigos y semejantes.

Alteraciones de la atención

Fuente: elaboración propia

Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia

El DSM-IV-TR, que es el manual más utilizado para el diagnóstico de enfermedades mentales, establece los siguientes criterios para la esquizofrenia:

A. *Síntomas característicos:* Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes
2. Alucinaciones
3. Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las alucinaciones consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. *Disfunción social/laboral:* Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

- Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados
- Episódico sin síntomas residuales interepisódicos:
- Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados
- Episodio único con remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos acusados
- Episodio único en remisión total
- Otro patrón o no especificado
- Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Subtipos de esquizofrenia³:

- **Tipo paranoide:** cuando existen ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.
- **Tipo desorganizado:** predominan los siguientes síntomas:
 - Lenguaje desorganizado
 - Comportamiento desorganizado
 - Afectividad aplanada o inapropiadaY además no cumple los criterios para el tipo catatónico.
- **Tipo catatónico:** predominan alteraciones de la psicomotricidad, al menos dos de los siguientes síntomas:

³ Belloch, Sandín y Ramos (2009)

- Inmovilidad motora manifestada por catalepsia o estupor
- Actividad motora excesiva
- Negativismo extremo o mutismo
- Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas, movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.
- Ecolalia o ecopraxia
- **Tipo indiferenciado:** no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.
- **Tipo residual:** presencia de síntomas negativos, y ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

2.2 ¿Qué es un estereotipo? Delimitación del concepto de estereotipo y otros conceptos similares

A la hora de hablar de estereotipos, hay tres conceptos que también hay que aclarar, estos conceptos son "prejuicio", "estigma" y "discriminación".

Comenzaré explicando los conceptos de estereotipo, prejuicio y discriminación.

Estereotipo

La Real Academia Española (RAE) define el estereotipo como una "imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable".

Etimológicamente, estereotipo significa impresión rígida (*stereòs*: rígido y *tùpos*: impresión).

La definición más general considera al estereotipo como el conjunto de las características que se asocian a una cierta categoría de objetos.

Veamos algunas de las definiciones que se han hecho sobre los estereotipos:

- *"Conjunto coherente y bastante rígido de creencias negativas que un cierto grupo comparte respecto a otro grupo o categoría social"* (Mazzara, 1999:16)
- *"Conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social y que condicionan (sesgan) en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de dicho grupo"*. (López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio, 2008)
- *"Estructuras de conocimientos que son aprendidas por la mayor parte de los miembros de una sociedad y representan el acuerdo generalizado sobre lo que determina a un determinado grupo de personas"*. (Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009:13)

Si los estereotipos son errores cognitivos, ¿de dónde provienen estos errores? Hay que distinguir entre:

- Errores típicos del género humano: errores cognitivos
- Errores característicos del individuo
- Errores que nacen de las costumbres y de la interacción entre los seres humanos, del lenguaje.
- Errores que provienen de la tradición y de las falsas teorías del pasado: fábulas y mitos

Siguiendo a Mazzara, las variables que se distinguen en los diferentes estereotipos son las siguientes:⁴

- Grado en que los estereotipos son socialmente compartidos: se refiere a la medida en que una cierta imagen negativa o relativa a un grupo social determinado es compartida por otro grupo social o resulta al menos bastante común en el ámbito de una cierta cultura.
- Nivel de generalización: el juzgar que las características negativas atribuidas al grupo objeto del estereotipo están más o menos homogéneamente distribuidas en él.
- Menor o mayor rigidez de los estereotipos.

El estereotipo constituye el núcleo cognitivo del prejuicio, es decir, *"el conjunto de las informaciones y creencias respecto a una cierta categoría de objetos, reelaboradas en una imagen coherente y tendencialmente constante, en condición de sostener y reproducir el prejuicio frente a ellos"*. (Mazzara, 1999:14)

Finalmente, hay que aclarar que aunque los estereotipos suelen tener una connotación negativa, no siempre tiene por qué ser así. Por ejemplo, un estereotipo bastante generalizado entre la población es la creencia de que "las personas de etnia gitana cantan bien". "Cantar bien" no lleva consigo una connotación negativa.

Prejuicio

La Real Academia Española define el prejuicio como una *"opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal"*.

⁴ Mazzara, B. (1999:15)

Etimológicamente un prejuicio es un juicio que no se basa en la experiencia (un juicio expresado sin contar con datos suficientes).

Por tanto, la definición más general de prejuicio es la que lo define como un juicio previo a la experiencia o carente de datos empíricos, entendiendo el juicio como una opinión.

El máximo nivel de especificidad entiende por prejuicio la "*tendencia a considerar de modo injustificadamente desfavorable a las personas que pertenecen a un determinado grupo social*". (Mazzara, 1999:12)

Otra definición bastante completa es la de López y cols. (2008), que definen el prejuicio como predisposiciones emocionales habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas.

Según Myers (2005), el prejuicio es una "*actitud injustificable y por lo general negativa hacia un grupo, etnia o sexo diferentes*". Los prejuicios son esquemas que influyen en cómo percibimos e interpretamos acontecimientos.

Nuestras ideas preconcebidas acerca de la gente distorsionan nuestras impresiones sobre su conducta. Los prejuicios tiñen las percepciones.

Al hablar del prejuicio también hay que señalar que se relaciona no tanto con hechos o sucesos como con grupos sociales determinados, y por último, no se limita a hacer valoraciones frente al objeto, sino que orienta concretamente las acciones con respecto a él.⁵

⁵ Mazzara, B. (1999:11-13)

¿Por qué emitimos prejuicios? A lo largo de los años se han dado muchas explicaciones, nombrare alguna de ellas, siguiendo a Myers.⁶

Raíces sociales del prejuicio:

- Desigualdades sociales
- Las divisiones (pertenencia a un grupo)
- El chivo expiatorio

Raíces cognitivas del prejuicio

- Categorización: al categorizar a las personas en grupos solemos estereotiparlas. Aquí entra en juego la similaridad. Nos vemos a nosotros mismos como individuos, pero sobreestimamos la similaridad de los otros. "Ellos" (los miembros de otro grupo) son todos iguales, actúan de la misma forma, pero "nosotros" somos distintos.
- Fenómeno del mundo justo: las personas suelen justificar sus prejuicios culpando a las víctimas

Al igual que el estereotipo, el prejuicio es por lo general desfavorable, es decir, tiende a penalizar, más que a favorecer, aquello que es objeto de juicio.

Discriminación:

Una definición de discriminación es la que nos dan López y cols.⁷:
"propensiones a desarrollar acciones positivas o negativas,

⁶ Myers, D. (2005:716-718)

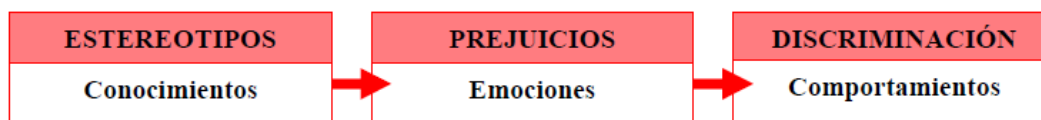
⁷ López, M. y cols. (2008:47)

habitualmente medidas en términos de distancia social deseada, hacia dichos miembros”.

Si hablamos de enfermedad mental, la discriminación consistiría en *“un comportamiento de rechazo que ponen a las personas con enfermedad mental en situación de desventaja social”.* (Muñoz y cols., 2009:13)

Los estereotipos generan prejuicios, que a su vez, en la mayoría de los casos generan discriminación:

Gráfico 2. Estereotipos, prejuicios y discriminación



Fuente: Muñoz y cols. (2009:13)

Como todas las actitudes, el prejuicio es una mezcla de *creencias* (con frecuencia generalizadas en exceso y denominadas estereotipos), *emociones* (hostilidad, envidia o temor) y tendencias a la *acción* (discriminación).⁸

2.3 El estigma de la enfermedad mental y de la esquizofrenia

“El enfermo mental, aún hoy, lleva aparejado un alto grado de marginación. Se debe, a mi modo de entender, a la lógica disfunción causal de la enfermedad, trasladada a la conducta, a

⁸ Myers, D. (2005:714)

la expresión global del vivir del paciente, quien sufriendo el en primer lugar la experiencia del desajuste interno, y tras no poderlo controlar, pasa a la familia y personas que viven más próximas a él, que comienzan a sufrir las "rarezas" del ser querido, que luego pasa al vecindario. Al poco tiempo, todos saben, sufren, y se cuidan de lo que le pasa al "vecino del quinto". ¡Qué distinto sería si el "vecino del quinto" fuera operado de apendicitis! Todos estarían dispuestos a estar con él, a visitarle e incluso a regalarle cosas, arroparle y hacerle pasar una feliz convalecencia. Pero hemos de admitir que si se trata de un trastorno psiquiátrico, salvo en honrosas excepciones, este comportamiento se repite con casi todos nuestros enfermos, por lo que no exageramos si decimos que enfermar de la mente es fuente y causa de marginación, y una forma de rechazo por temor a comportamientos y expresiones extraños y desconocidas que normalmente superan y escapan al control de la masa poblacional que no tiene ni tiene por qué tener la formación necesaria para atender a estos enfermos."
(Lorente, 2003:149)

Durante mucho tiempo y en numerosas culturas, la figura de persona con esquizofrenia ha estado rodeada de connotaciones negativas y repulsión, lo que en cierta manera les ha "condenado" a ser estereotipados y discriminados.

Aun así, el contenido de los estereotipos y prejuicios aplicados a los enfermos mentales, varían mucho de una cultura a otra, debido en gran parte al entorno y normas sociales.

Muchas investigaciones antropológicas han demostrado que, en algunos contextos, la actitud ante él es de respeto e incluso de veneración antes que de persecución. Pero en nuestra cultura

occidental moderna, en la que prevalecen los valores de racionalidad, eficiencia y adhesión a las normas sociales compartidas, la presencia de personas que piensan y actúan según criterios diversos es vista como incómoda y amenazadora. (Mazzara, 1999:41)

Por estigma entendemos *“un atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo”* (Goffman, 1963).

Las personas con enfermedad mental sufren dos tipos de estigma, el estigma percibido o anticipado y estigma experimentado.

Este estigma deriva en la discriminación social, tanto de quienes padecen la esquizofrenia como de su entorno más cercano (familiares y amigos), e incluso de los profesionales sanitarios que les atienden (López, 2002:7). Este efecto se ha denominado estigma por asociación. (Muñoz y cols., 2009:15)

“El estigma es la causa principal del aislamiento social, de la imposibilidad para encontrar trabajo [...], reduciendo las posibilidades de recuperación de los enfermos de esquizofrenia” (López, 2002:7). Siguiendo a este autor, más del 50% de los enfermos de esquizofrenia se sienten rechazados debido a su enfermedad, y el 83% de la población general desconoce que es la esquizofrenia.

Según Muñoz y cols. (2009), hay cuatro aspectos básicos que sirven a la sociedad para inferir que una persona tiene una enfermedad mental:

- Los síntomas psiquiátricos
- Los déficits de habilidades sociales
- La apariencia física
- Las etiquetas

En el caso de la enfermedad mental, los estereotipos suelen incluir información referente a:⁹

- Su peligrosidad y relación con actos violentos
- Su responsabilidad sobre la enfermedad
- Su incompetencia e incapacidad para realizar tareas básicas
- La impredecibilidad de su carácter y sus reacciones

A continuación detallaré algunas de las situaciones que frecuentemente se asocian a la esquizofrenia:

Peligrosidad y relación con actos violentos

La idea de que la esquizofrenia está relacionada con la violencia no tiene base científica.

En enfermedades como la esquizofrenia, apenas un 3% de estos pacientes cometen delitos, y curiosamente siempre que esto ocurre es por una dejadez en la medicación, por un abandono del paciente por parte de la sociedad, o por un empeoramiento súbito de la enfermedad (Fuertes y Cabrera, 1996:157)

Además, "la mayoría de las infracciones cometidas por personas que padecen esquizofrenia son delitos menores contra la propiedad, relacionadas con la supervivencia. En realidad, son más propensas a ser víctimas que autores del abuso o la violencia" (López, 2002:9)

Incapacitación:

Cuando hablamos de esquizofrenia enseguida lo asociamos a la incapacitación. Normalmente, al oír la palabra esquizofrenia es

⁹ Muñoz, M. y cols. (2009:13)

posible que nos venga a la cabeza una persona incapaz de gobernar su vida.

La incapacitación es un *“procedimiento legal a través del cual, por medio de una sentencia judicial, el juez decide que el individuo no es capaz de gobernarse a sí mismo o sus propios bienes”* (Fuertes y Cabrera, 1996:162), por lo que se nombra a un tutor que deberá tomar las decisiones por él, así como responder ante el juez del uso de los bienes de su tutorizado.

El artículo 200 de la Ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma del Código Civil en materia de tutela establece que *“son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma”*.

Por la incapacitación, el enfermo pierde parte de su personalidad civil y así no puede efectuar operaciones económicas, no puede conducir un vehículo, no puede firmar contratos, no puede cobrar directamente una nómina, etc.

También puede darse el caso de que la incapacitación sea parcial, es decir, afectar sólo a determinadas áreas

Internamiento:

El internamiento también se asocia frecuentemente con la esquizofrenia. Es necesario aclarar que el internamiento sería la última medida, y deberá llevarse a cabo solo si se han agotado los demás recursos existentes para la persona diagnosticada de esquizofrenia.

El internamiento se podrá llevar a cabo si el paciente empeora, si existe riesgo para su vida o la de los demás, o la medicación no le

hace efecto; pero siempre previa autorización del Juez correspondiente.

La Ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma del Código Civil en materia de tutela establece lo siguiente:

Art. 211. El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que, razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez, y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas.

El Juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 203.

Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 269, 4., el Juez, de Oficio, recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento, cuando lo crea pertinente, y, en todo caso, cada seis meses, en forma igual a la prevista en el párrafo anterior, y acordará lo procedente sobre la continuación o no de internamiento.

Matrimonio:

Muchas personas creen que los individuos con esquizofrenia no pueden casarse ni tener pareja.

Estamos lejos de otros países quizás más avanzados culturalmente en los que se contempla por ejemplo la existencia de matrimonios protegidos entre personas incapaces. (Fuertes y Cabrera, 1996:165)

Trabajo:

“Muchas personas, especialmente las familias y los propios pacientes, creen que la esquizofrenia incapacita a los enfermos para el trabajo” (López, 2002:8)

Entre el 70 y el 80% de las personas con enfermedad mental están en situación laboral de desempleo (Feafes, 2008)

Es preciso señalar que el trabajo ayuda a las personas con esquizofrenia, ya que:

- Aumenta la autoestima
- Establece nuevas relaciones e interacciones sociales
- Integra al enfermo en la sociedad

2.4 Los medios de comunicación

Un ejemplo de influencia que puede modificar las formas de pensar de los individuos de la sociedad son los medios de comunicación. En el caso de la esquizofrenia, los medios de comunicación también influyen en la emisión de estereotipos.

“Cuando mejora el conocimiento de la esquizofrenia, sus síntomas y los tratamientos disponibles, disminuye el estigma [...] Sin embargo, los medios también pueden perpetuar al estigma. Del mismo modo que es posible combatir los estereotipos a través de los medios, también es posible reforzarlos mediante el uso incorrecto del lenguaje o la transmisión de conceptos erróneos” (López, 2002:9).

En "La esquizofrenia: Guía práctica para los medios de comunicación" (López, 2002) se nombran algunos errores que los medios de comunicación deberían evitar, en relación con la esquizofrenia:

- Calificar a un enfermo de esquizofrenia como "loco" o definir la esquizofrenia como "locura"
- El uso de expresiones como "un esquizofrénico" o "una chica esquizofrénica"
- Asociar la esquizofrenia a comportamientos violentos
- Identificar a las personas con esquizofrenia como discapacitados psíquicos
- Utilizar el adjetivo "esquizofrénico" para describir cosas o situaciones.

Por otro lado, en la "Guía de estilo de salud mental y medios de comunicación" elaborada por FEAES se muestran algunos ejemplos de la imagen negativa que se da sobre las personas con enfermedad mental por parte de los medios de comunicación:

- Perpetuación de prejuicios y concepciones erróneas
- Titulares alarmistas o morbosos
- Etiquetación de personas sustantivando su condición
- Imágenes negativas y poco normalizadoras
- Confusión en la tipificación de distintas enfermedades
- Poca presencia del colectivo como fuente de información
- Vinculación entre violencia y enfermedad mental
- Uso inapropiado de términos del ámbito de salud mental en otros contextos.

Así mismo, se enumeran 10 principios básicos que deberían seguir los medios de comunicación:

1. Informar con exactitud de conceptos y términos
2. Transmitir una visión positiva de la enfermedad mental. Prestar más atención a las soluciones y menos a las limitaciones.

3. Mostrar a las personas con una enfermedad mental de forma integral.
4. La enfermedad mental debe recibir el mismo trato que cualquier otra enfermedad.
5. Luchar por los derechos y los recursos, no despertar compasión.
6. Potenciar la información individualizada y vivencial que pueden aportar las propias personas afectadas como herramienta para crear una imagen positiva.
7. No propagar y mantener prejuicios y falsas creencias de forma explícita ni sutil.
8. Romper el falso vínculo violencia-enfermedad mental.
9. No estigmatizar a las personas con enfermedad mental con usos incorrectos de las palabras que las definen.
10. Ilustrar las informaciones sobre personas con enfermedades mentales con el material gráfico adecuado

En "Estigma y enfermedad mental" (Muñoz y cols., 2009) se realizó un análisis de diferentes estudios sobre el estigma asociado a la enfermedad mental en los medios de comunicación.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de estos estudios han sido realizados en otros países.

Tabla 3. Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en los medios de comunicación

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía, 1987)</p> <p>Analizar el tratamiento periodístico de la salud/enfermedad mental en la prensa andaluza.</p> <p>n=1.556 periódicos generales. 465 unidades de tres periódicos de tirada nacional (ABC, Diario 16, El País). 1.091 unidades de nueve periódicos andaluces (La voz de Almería, Diario de Cádiz, Córdoba, El ideal de Granada, El día, Huelva informaciones, Jaén, Sur, El Correo de Andalucía)</p>	<p>Ficha de análisis de contenido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se analizaron 510 noticias sobre salud mental y 900 noticias sobre salud general. • No se encontró un tratamiento diferencial, entre los periódicos, de las cuestiones relativas a salud/ enfermedad mental. • Existían carencias en cuanto a las materias de salud en general y, más concretamente, en cuanto a salud mental. • Existía una manifiesta polarización sobre la enfermedad mental, destacando los aspectos negativos sobre los positivos. Frecuentemente aparecían noticias en la sección de sucesos, quizá por la influencia del tradicional emparejamiento histórico, social y conceptual entre locura y delito. • En contraste, era escasa la relevancia de aquellos casos en los cuales la persona había normalizado de alguna manera su situación y/o comportamientos.
<p>(Signorielli, 1989)</p> <p>Analizar la representación de la enfermedad mental en programas dramáticos de televisión en 1969 y 1985 y la condición laboral de los personajes con enfermedad mental en 1973 y 1985.</p> <p>n= 1215 programas de emisión semanal en prime time en EE.UU. (con un total de 3616 personajes).</p>	<p>Instrumentos de diseño propio que recogían:</p> <p><i>Recuento de personajes descritos como mentalmente enfermos:</i> <i>Significación de la enfermedad mental para el argumento.</i> <i>Características sociodemográficas de los personajes con enfermedad mental.</i></p>	<p><i>Los programas de televisión hacían poco por disminuir la visión negativa de la enfermedad mental y por convencer de que estas personas pueden recuperarse y ser miembros productivos de la sociedad.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los programas frecuentemente incluían personajes descritos como con enfermedad mental, aunque no solían ser papeles principales o significativos para la trama. Esto era más habitual a última hora de la noche y en programas de aventura y acción. • Había igual número de mujeres que de hombres entre los personajes con enfermedad mental con un papel importante. • Estos personajes solían estar vinculados con la violencia ejercida contra otros o con violencia padecida. • Comparados con los personajes sin enfermedad mental, éstos aparecían con más frecuencia como malvados y fracasados. • Comparados con los personajes sin enfermedad mental, su situación laboral era habitualmente la de desempleados y, cuando tenían empleo, solían fracasar en él.

Fuente: Muñoz y cols. (2009:89)

Tabla 3. Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en los medios de comunicación

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Gamo, 1992)</p> <p>Analizar los temas que la prensa diaria recoge en relación con la Psiquiatría.</p> <p>n=693 artículos de los diarios ABC, Diario 16, El País y Ya del año 1988 que incluían una referencia psiquiátrica explícita, descartando la temática referida a drogas.</p>	<p>Valoración de los contenidos (Berelson, 1971; Saperas, 1985)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El volumen de información psiquiátrica en la prensa de ese año era cuantitativamente importante, valorando el número global de artículos. • Dentro de la información sobre cuadros clínicos destacaban la depresión y el alcoholismo, con informaciones bastante completas sobre diagnóstico, clasificación, etiología, aspectos bioquímicos, tratamiento y prevención. • La presencia de la esquizofrenia y otras psicosis (fuera de las referencias indirectas en los sucesos) era mínima. • También eran escasas las referencias a la rehabilitación y tratamientos, que en muchas ocasiones tenían un matiz negativo. • Las referencias a la psiquiatría en un contexto cultural eran muy variadas y surgían en la literatura, cine, arte y pensamiento en general. • El porcentaje de noticias vinculadas a lo violento, extraño o impredecible era también muy considerable.
<p>(Angermeyer y Schulze, 2001)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la representación de la enfermedad mental en un periódico sensacionalista. n=186 artículos con las palabras o expresiones enfermedad/enfermo mental, mentalmente enfermo, psiquiatra y sinónimos, aparecidos en un tabloide alemán de gran tirada (BILD-Zeiung) a lo largo de 9 meses. • Estudiar si la forma de representar la enfermedad mental, más concretamente la asociada a tres noticias de amplia cobertura sobre agresiones a figuras públicas cometidas por personas con enfermedad mental, influye en las creencias del público sobre la enfermedad mental. Ocho ensayos, desde enero de 1990 a noviembre de 1993, con muestras independientes de personas mayores de 18 años seleccionadas aleatoriamente (n₁=505; n₂=553; n₃=500; n₄=1912; n₅=500; n₆=1040; n₇=964; n₈=956). 	<p>Instrumentos de diseño propio que recogían:</p> <p><i>Contenido del artículo.</i> <i>Tono del artículo.</i></p> <p><i>Deseo de distancia social:</i> Viñeta con una historia de un caso clínico, sin indicar diagnóstico. Escala de distancia social (Link et al., 1987).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los artículos se podían catalogar en 6 categorías: <ul style="list-style-type: none"> - Delitos cometidos por personas con enfermedad mental (51%). El más frecuente es el asesinato. - Información sobre enfermedad mental (18,8%). - Suicidios e intentos de suicidio de personas con enfermedad mental (5,9%). - Violencia contra personas con enfermedad mental (3,8%). - Consejos sobre problemas mentales (3,2%). - enfermedad mental en el contexto de otras historias (17,2%). • Tan sólo 15 artículos tenían un tono positivo • Tras las dos primeras agresiones a figuras públicas, que recibieron gran cobertura nacional: <ul style="list-style-type: none"> - El deseo de distancia social aumentó con relación al nivel previo a estos sucesos, y esos resultados se mantenían 6 meses después. Dos años después, el deseo de distancia social había disminuido, pero sin llegar a los niveles previos - Se incrementó el número de personas que pensaban que la peligrosidad y la impredecibilidad eran atributos de la enfermedad mental. • Tras el tercer ataque, que tuvo limitada cobertura a nivel nacional, no se incrementó el deseo de distancia social a nivel nacional pero sí a nivel regional, en las zonas dónde este suceso tuvo amplia cobertura.

Fuente: Muñoz y cols. (2009:90)

Tabla 3. Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en los medios de comunicación

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Naim, Coverdale y Claasen, 2001)</p> <p>Analizar cómo, a partir de una determinada información, se generan las noticias de prensa en las que se describe la enfermedad mental.</p> <p>n=50 noticias de prensa de Nueva Zelanda relacionadas con un comunicado sobre la identificación de una persona con enfermedad mental que había cometido un delito.</p>	<p>Instrumentos de diseño propio que recogían: Temas identificables en las noticias: <i>Derechos humanos.</i> <i>Vulnerabilidad.</i> <i>Peligrosidad/ Amenaza.</i> <i>Información sobre enfermedad / enfermo mental.</i> <i>Transformación del peso de los temas de la información original a las noticias finales publicadas</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Las informaciones finales, aunque sin contener falsedades, pintaban un retrato bastante más negativo de la enfermedad mental que el que aparecía en la nota de prensa original. El tema de los derechos humanos se volvía más prominente en un sentido negativo para la enfermedad mental: se enfrentaban los derechos del paciente con los de la víctima de su delito. El tema de la peligrosidad ganaba peso, reflejando una imagen de la enfermedad mental ajustada al estereotipo. En la cuestión de la vulnerabilidad del paciente hubo un cambio: al principio se enfatizó pero luego quedó oscurecida por la criminalidad. La información de la enfermedad mental se dio de forma muy general y quedaba oscurecida por la negatividad de la mayoría de las descripciones.
<p>(Coverdale, Naim y Claasen, 2002)</p> <p>Buscar y analizar representaciones positivas, negativas y neutras de la enfermedad mental en la prensa escrita de Nueva Zelanda a lo largo de cuatro meses.</p> <p>n=600 noticias en la que alguien es descrito como padeciendo una enfermedad mental.</p>	<p>Instrumentos de diseño propio que recogían: <i>Características del periódico (tipo, tirada) y de la unidad informativa (tipo, página, extensión, si el punto de vista del enfermo estaba representado).</i> Temas tratados y tono de los mismos. <i>Forma de referirse a la enfermedad mental.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> La mayoría de las noticias encontradas eran artículos o piezas de opinión, de tamaño mediano, aparecían en los diarios más que en otro tipo de prensa, y apenas aparecía representado el punto de vista de la persona con enfermedad mental. Las personas citadas como "enfermos mentales" eran en su mayoría varones y no aparecía ninguna referencia a niños con enfermedad mental. La mayoría de las noticias tenían un tono negativo y ligaban la enfermedad mental con los temas de peligrosidad (81,3%), criminalidad (47,3%), e incompetencia e incapacidad de gobernar sus vidas (39,7%) En las que abordaban un tema positivo, éste estaba ligado a la necesidad de respetar los derechos de las personas con enfermedad mental y a la capacidad de liderazgo en algunas facetas. Las referencias a la enfermedad mental eran habitualmente genéricas. En los casos en los que se citaba un diagnóstico solía ser el de esquizofrenia.

Fuente: Muñoz y cols. (2009:91)

Tabla 3. Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en los medios de comunicación

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Wahl, Wood y Richards, 2002)</p> <p>Comprobar si el trato de la enfermedad mental en los medios de comunicación ha cambiado de 1989 a 1999.</p> <p>n=800 artículos de periódicos con la frase clave "enfermedad mental", 300 de 1989 y 300 de 1999 (30 % aleatorio de la muestra total).</p>	<p>Instrumentos de diseño propio que recogían:</p> <p><i>Trastorno específico mencionado y explicación o descripción de síntomas.</i></p> <p><i>Tema del artículo.</i></p> <p><i>Elementos específicos.</i></p> <p><i>Tono general del artículo.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hay algunos cambios hacia un tratamiento más positivo de la enfermedad mental pero se siguen observando tendencias estigmatizadoras. • La esquizofrenia reemplazaba al abuso de sustancias como el trastorno específico más mencionado. • El tema de la inseguridad aumentaba su presencia. En 1999 el más frecuente era el de la peligrosidad de las personas con enfermedad mental. • Disminuía la presencia de términos psiquiátricos mal utilizados y se observaba una tendencia a disminuir el uso de términos peyorativos. • Prácticamente desaparecía la tendencia a culpar a los padres de la enfermedad mental. • Aparecía más artículos que incidían en la necesidad de reducir el estigma y también había más información sobre recursos asistenciales. • Aumentaban los reportajes positivos y disminuían los negativos, pero los segundos seguían siendo el doble que los primeros. • La representación del alcohol, tabaco y otras drogas era habitual, pero aparecían diferencias en función del tipo de plano: <ul style="list-style-type: none"> - En segundos planos rutinarios aparecían alcohol y tabaco, pero no drogas ilícitas. - En primeros planos rutinarios aparecía el uso no problemático de alcohol y tabaco (connotaciones positivas) y el uso semiproblemático. - En primeros planos excepcionales aparecía el uso problemático. • Se identificaron 4 estereotipos principales: <ul style="list-style-type: none"> - Héroe trágico - Personaje demoníaco / maniaco homicida - Espíritu libre / rebelde - Personaje cómico
<p>(Cape, 2003)</p> <p>Identificar los estereotipos sobre el uso, abuso y dependencia de alcohol y otras drogas en las películas.</p> <p>n=57 películas que tratan el uso y abuso de alcohol y otras drogas de forma prominente.</p>	<p>Instrumento de diseño propio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Había pocos artículos que abordaran el tema de los cuidados mentales en los tres países y prácticamente nunca aparecían en primera página. • El tema forense era el más tratado en Reino Unido y EE.UU, mientras que en Australia era la información general. • El tema menos tratado era el de diagnóstico y tratamiento, en los tres países • El tono general era mayoritariamente negativo, siendo algo más positivo en los periódicos de EE.UU y algo más negativo en Reino Unido (pero sin diferencias significativas). • Los artículos identificados como positivos eran predominantemente reportajes médicos, a menudo relacionados con conferencias médicas o transmisión de resultados de investigaciones, o encuadrados dentro de información general.
<p>(Huang y Priebe, 2003)</p> <p>Evaluar los contenidos y el tono de los artículos sobre cuidados mentales aparecidos en periódicos de Reino Unido, EE.UU. y Australia y establecer comparaciones entre ellos.</p> <p>n=118 artículos de 8 periódicos de gran tirada (dos de cada país), sobre cuidados mentales aparecidos a lo largo de 4 meses.</p>	<p>Instrumentos de diseño propio que recogían:</p> <p><i>Cantidad de artículos publicado sobre el tema de los cuidados mentales y si aparecen en primera página.</i></p> <p><i>Tema de dichos artículos (forense, diagnósticos y tratamiento, información general, servicios psiquiátricos y reportajes médicos).</i></p> <p><i>Visión que transmiten de la enfermedad mental y de los cuidados mentales.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Había pocos artículos que abordaran el tema de los cuidados mentales en los tres países y prácticamente nunca aparecían en primera página. • El tema forense era el más tratado en Reino Unido y EE.UU, mientras que en Australia era la información general. • El tema menos tratado era el de diagnóstico y tratamiento, en los tres países • El tono general era mayoritariamente negativo, siendo algo más positivo en los periódicos de EE.UU y algo más negativo en Reino Unido (pero sin diferencias significativas). • Los artículos identificados como positivos eran predominantemente reportajes médicos, a menudo relacionados con conferencias médicas o transmisión de resultados de investigaciones, o encuadrados dentro de información general.

Fuente: Muñoz y cols. (2009:92)

Tabla 3. Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en los medios de comunicación

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Pieters, de Gucht y Kajosch, 2003)</p> <p>Comparar el tratamiento que recibe la enfermedad mental frente a otro tipo de enfermedades por parte de periódicos generales y tabloides.</p> <p>n=500 titulares de noticias de todos los periódicos diarios de la región de Flandes (3 periódicos generales y 5 tabloides).</p> <p>(Stuart, 2003)</p> <p>Evaluar los efectos del proyecto antiestigma "Open the Doors" en el tratamiento otorgado a la enfermedad mental por parte de un periódico local canadiense (comparando datos de 8 meses antes vs. 18 meses después).</p> <p>n=362 informaciones que incluían enfermedad/ enfermo mental o esquizofrenia/ esquizofrénico.</p> <p>(Wahl, Wood, Zaveri, Drapalski y Mann, 2003)</p> <p>Estudiar la presencia de la enfermedad mental y como se representa en las películas autorizadas para niños.</p> <p>n=49 películas realizadas entre 2000 y 2001.</p>	<p>Valoración por parte de jueces:</p> <p><i>Clasificación de los titulares en función de:</i></p> <p><i>Relacionados con enfermedad mental vs. otras enfermedades</i></p> <p><i>Tono(positivo, negativo o neutro)</i></p> <p><i>Referidos al medico vs. al paciente</i></p> <p><i>Informaciones positivas vs. negativas:</i></p> <p>Instrumento de diseño propio.</p> <p><i>Extensión de las informaciones sobre enfermedad mental:</i></p> <p>Recuento de palabras</p> <p>Instrumento de diseño propio que recogía:</p> <p><i>Presencia de personajes con enfermedad mental.</i></p> <p><i>Características sociodemográficas.</i></p> <p><i>Características físicas, de personalidad y conducta.</i></p> <p><i>Asociación entre enfermedad mental y violencia.</i></p> <p><i>Respuestas de otros personajes.</i></p> <p><i>Si reciben tratamiento y si éste es específico.</i></p> <p><i>Impresión general.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • No existían diferencias significativas entre el número de titulares referidos a enfermedad mental y a otras enfermedades ni respecto al tono del artículo. • Los artículos negativos estaban centrados por igual en el paciente que en el médico. • Si se tienen en cuenta sólo los artículos negativos referidos a enfermedad mental, éstos estaban centrados mayoritariamente en el paciente. • Analizando las diferencias entre tabloides y otro tipo de periódicos, se observó que en los primeros había igual número de artículos positivos que negativos, mientras que en los segundos había más negativos que positivos. • Tras la implementación del programa para combatir el estigma: <ul style="list-style-type: none"> - Incremento del 33% en el número de informaciones positivas sobre enfermedad mental y aumento del 25% de su extensión. - Incremento del 33% en el número de informaciones positivas sobre esquizofrenia pero disminución del 10% de su extensión. - Incremento del 25% en el número de informaciones negativas sobre enfermedad mental y aumento del 100% de su extensión. - Incremento del 46% en el número de informaciones negativas sobre esquizofrenia y aumento del 200% en su extensión. • Había una alta concentración de material relacionado con la enfermedad mental en las películas para niños (2/3 de las películas si se incluían aquéllas en las que no había un personaje con enfermedad mental, pero si referencias). • La mayoría de personajes con enfermedad mental eran identificados mediante términos peyorativos • El personaje con enfermedad mental solía ser varón, adulto, soltero o de estado civil desconocido y laboralmente activo. • En 8 de las 12 películas que contenían personajes con enfermedad mental (67%) los personajes tenían rasgos violentos y conductas amenazantes y suscitaban miedo. En algunos casos, el personaje con enfermedad mental aparecía bien arreglado y socializado, era relativamente exitoso y simpático. • A pesar de ciertas respuestas positivas hacia ellos (ayuda, protección y trabajo cooperativo), los personajes con enfermedad mental habitualmente eran temidos y menospreciados. • Si aparecían referencias al tratamiento, tendían a ser peyorativas.

Fuente: Muñoz y cols. (2009:93)

Tabla 3. Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en los medios de comunicación

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Francis, Pirkis, Blood, Dunt, Burgess, Morley, Stewart y Putnis, 2004)</p> <p>Estudiar la presencia, naturaleza y calidad de las representaciones de la enfermedad mental en los medios de comunicación australianos no de ficción (televisión, radio y periódicos).</p> <p>n=13.389 noticias relacionadas con la salud/enfermedad mental aparecidas en los medios a lo largo de un año (el análisis de la calidad se efectúa sobre el 10% de los ítems).</p>	<p>Instrumento de diseño propio que recogía: <i>Recuento de noticias</i> <i>Naturaleza</i> Calidad de las noticias: Instrumento basado en <i>Achieving the Balance: a resource kit for Australian media professionals for the reporting and portrayal of suicide and mental illness</i> (Department of Health and Aged Care, 1999). Evalúa 9 dimensiones (términos generales, términos específicos, términos peyorativos o coloquiales, titular impreciso o inconsistente, titular innecesariamente dramático o sensacionalista, lenguaje inapropiado, refuerza estereotipos negativos, enfatiza más la enfermedad mental que a la persona, implica que toda la enfermedad mental es igual, proporciona información sobre recursos asistenciales, figura el nombre de la persona identificada como enfermo mental).</p>	<p><i>Los resultados de este estudio son contradictorios con los de la mayoría de trabajos que han abordado esta misma cuestión.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La enfermedad mental tenía gran cobertura en los medios de comunicación australianos, y ésta era aún mayor en la radio que en los otros dos medios. • Aproximadamente la mitad de las noticias abordaban cuestiones de programas y políticas de salud mental. • Son poco frecuentes las noticias que ligaban enfermedad mental y crimen (5,6%). • Muchas de las informaciones eran sensacionalistas (aprox. 30%) y no respetaban la privacidad del enfermo (aprox. 30%). • Solo un 6,4% de los ítems incluían información sobre recursos asistenciales. • En general, la mayoría de las noticias eran de buena calidad.
<p>(Lawson y Fouts, 2004)</p> <p>Examinar la prevalencia de verbalizaciones sobre la enfermedad mental en las películas de dibujos animados de Disney.</p> <p>n=34 películas animadas (Todas las que tienen hilo argumental desde 1937).</p>	<p>Manual de codificación de diseño propio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El 85% de las películas contenían referencias a la enfermedad mental, con una media de 4,6 referencias por película. • El 21% de los personajes principales eran recreados como padeciendo una enfermedad mental, cantidad que supera con mucho la incidencia de la enfermedad mental en la población. • No existían diferencias en el género de los personajes con enfermedad mental. • La mayoría de las referencias se hacían mediante términos peyorativos y se usaban para apartar y denigrar al personaje con enfermedad mental. • La mayoría de los personajes representados con enfermedad mental eran objeto de mofa y diversión o causaban miedo.
<p>(Minnebo y Van Acker, 2004)</p> <p>Analizar las relaciones entre tiempo de exposición a la televisión (general vs. selectivo) y las opiniones y estimaciones sobre la enfermedad mental controlando la experiencia directa con la enfermedad mental y el realismo percibido en la televisión.</p> <p>n=207 adolescentes belgas.</p>	<p><i>Exposición general y selectiva a la televisión:</i> Escala de diseño propio. <i>Opiniones y estimaciones sobre la enfermedad mental:</i> Escala de diseño propio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Correlación positiva entre la exposición selectiva a programas en los que se retrataba la enfermedad mental de forma estereotipada y las opiniones acerca de la peligrosidad de las personas con enfermedad mental (cuando se controlaba el realismo percibido y la experiencia directa). • La exposición general no tiene relación con las opiniones negativas sobre la enfermedad mental. • El realismo percibido tenía un papel más importante en las actitudes que el tiempo de exposición (tanto general como selectivo) a determinados contenidos. • La experiencia directa sólo controlaba marginalmente las imágenes estereotipadas transmitidas por la televisión (influye débilmente en las opiniones sobre peligrosidad y sobre la necesidad de segregación).

Fuente: Muñoz y cols. (2009:94)

Tabla 3. Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en los medios de comunicación

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Vaughan y Hansen, 2004)</p> <p>Analizar si el programa gubernamental antiestigma multicomponente "Like Minds, Like Mine" ha contribuido a reducir el estigma y la discriminación asociada a la enfermedad mental entre la población de Nueva Zelanda.</p>	<p>Grado de acuerdo con distintas afirmaciones: Instrumento de diseño propio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tras la puesta en marcha del programa, uno de cuyos ejes básicos era el trabajo con los medios de comunicación y especialmente la televisión, se produjo: <ul style="list-style-type: none"> - Incremento significativo en el grado de acuerdo con: <ul style="list-style-type: none"> "Personas que han tenido una enfermedad mental pueden llevar una vida normal". "Acepto mejor a las personas con enfermedad mental". "La enfermedad mental le puede ocurrir a cualquiera". - Incremento significativo en el grado de desacuerdo con: <ul style="list-style-type: none"> "Las personas con enfermedad mental no se recuperan". "Las personas que han tenido una enfermedad mental no podrán contribuir mucho a la sociedad". "Si yo tuviese una enfermedad mental me sentiría avergonzado". - Incremento significativo en la disponibilidad a aceptar a una persona con enfermedad mental como compañero de trabajo o de piso, para cuidar niños, y como vecino.
<p>(Angermeyer, Dietrich, Pott y Matschinger, 2005)</p> <p>Analizar la relación entre el nivel de consumo de prensa y televisión y el deseo de distancia social hacia las personas con esquizofrenia.</p> <p>n=489 personas de la representativas de la población general alemana mayores de 18 años. (Francis, Pirkis, Bood, Dunt, Burgess, Morley y Stewart, 2005)</p> <p>Explorar las características de los mensajes acerca de la enfermedad mental que transmiten los medios de comunicación australianos (periódicos nacionales y locales, radio y programas informativos y de sucesos de televisión).</p> <p>n=1123 noticias con términos o expresiones relacionadas con la enfermedad mental (10% aleatorio del total de noticias encontradas a lo largo de un año).</p>	<p>Nivel de consumo de medios de comunicación: Entrevista estructurada</p> <p>Deseo de distancia social: Escala de Distancia Social (Link et al.,1987)</p> <p>Temas y trastornos: Categorización según diseño propio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existía correlación positiva entre la cantidad de tiempo que se veía la televisión y el deseo de mantenerse apartados de las personas que padecen esquizofrenia. • La cantidad de prensa que se consumía no tenía relación por sí misma con el deseo de distancia social hacia las personas que padecen esquizofrenia. • En la prensa, el deseo de distancia social estaba relacionado con el tipo de prensa que se consumía, de forma que era mayor entre aquellos ciudadanos que leían tabloides que entre los que preferían otro tipo de periódicos. • Variaciones entre los medios sobre cómo reflejaban la enfermedad mental. • Gran parte de las noticias no estaban relacionadas con la enfermedad mental (27,7%) y otro porcentaje considerable de ellas no eran fácilmente clasificables (12,9%). • De las noticias en las que se podía identificar el trastorno completo, la mayoría de las veces éste era la depresión, seguido de la demencia (11,8%). • Las categorías diagnósticas que menos aparecían eran los trastornos de la alimentación (2,6%) y la esquizofrenia (5,1%). • Esquizofrenia y abuso de sustancias eran los trastornos asociados en mayor medida a violencia, aunque esa asociación no era demasiado fuerte. • La depresión era el trastorno que más aparecía en los medios. Información sobre causas, tratamiento y pronóstico aparecía poco, y cuando lo hacía solía ser sobre causas. Esta información solía ser precisa, la más incorrecta era la referida a tratamientos.

Fuente: Muñoz y cols. (2009:9)

Tras la observación de las tablas comparativas se pueden extraer las siguientes conclusiones:

Prensa

Destacan los aspectos negativos sobre los positivos, y la enfermedad mental se suele relacionar con el delito.

Predomina la peligrosidad, inseguridad, criminalidad, incompetencia e incapacidad para gobernar sus vidas.

Apenas aparece representado el punto de vista de la persona con enfermedad mental, y el tema menos tratado es el del diagnóstico y tratamiento.

Televisión

Los programas de televisión no contribuyen a disminuir la visión negativa de la enfermedad mental. Con frecuencia, los personajes con enfermedad mental aparecen vinculados con la violencia (ejercida o padecida); y son caracterizados como malvados, fracasados y desempleados.

Existe una correlación positiva entre el tiempo que una persona ve la televisión y su deseo de mantenerse apartado de personas con esquizofrenia.

Películas para niños

Se observa una alta concentración de temas relacionados con la enfermedad mental.

Los personajes son identificados, en la mayoría de las veces, mediante términos peyorativos (rasgos violentos, conductas amenazantes y suscitan miedo), que sirven para apartar y denigrar al personaje. Habitualmente eran temidos y menospreciados, eran objeto de mofa y diversión, o causaban miedo.

Pero en algunos casos el personaje estaba bien socializado, era exitoso y simpático. Ocasionalmente existían respuestas positivas hacia ellos (ayuda, protección).

Por último, y como aspecto positivo, hay que destacar dos cambios:

- Desaparece la tendencia de culpar a los padres de las personas con enfermedad mental.
- Aumentan los reportajes positivos que inciden en la necesidad de reducir el estigma y proporcionan información sobre recursos asistenciales, aunque siguen siendo menores que los reportajes negativos.

ANÁLISIS EMPÍRICO

3.1 Datos recopilados

Tabla 5. Puntuaciones recogidas en las encuestas

		ENCUESTA							
		1	2	3	4	5	6	7	8
I T E M S	1	3	5	3	5	4	2	1	2
	2	4	1	2	6	5	3	1	2
	3	2	1	2	3	3	1	1	2
	4	2	1	1	5	3	1	1	1
	5	8	9	8	7	7	6	9	9
	6	3	2	1	5	4	2	2	2
	7	5	8	4	7	8	3	1	5
	8	7	7	9	7	7	7	9	9
	9	7	2	3	6	4	4	1	6
	10	2	1	1	2	1	1	1	1
	11	6	6	6	5	5	7	1	6
	12	3	1	3	4	3	2	1	2
	13	5	5	3	5	6	2	2	3
	14	5	6	7	6	7	5	8	8
	15	3	1	2	2	5	2	1	1
	16	3	2	2	6	8	3	1	3
	17	3	1	2	3	4	1	1	1
	18	3	1	2	3	4	2	1	2
	19	4	1	2	4	5	2	1	2
	20	7	5	9	4	7	7	9	9
	21	7	5	8	4	7	7	9	9
	22	7	7	6	5	6	6	9	6
	23	2	1	2	2	4	2	3	3
	24	2	1	2	2	3	2	1	2
	25	5	1	4	3	5	4	1	3
	26	4	5	5	5	8	4	1	2
	27	5	5	7	7	7	6	8	7

Fuente: elaboración propia

Tabla 5. Puntuaciones recogidas en las encuestas

		ENCUESTA							
		9	10	11	12	13	14	15	16
I T E M S	1	1	5	3	1	6	-	1	3
	2	1	4	2	1	6	1	1	2
	3	2	2	1	1	3	1	1	3
	4	1	4	1	1	1	1	1	2
	5	9	9	9	7	8	7	8	8
	6	9	7	2	1	3	1	2	5
	7	9	5	2	3	3	3	1	6
	8	9	9	8	9	7	9	9	3
	9	2	4	3	6	5	3	3	3
	10	1	1	1	2	1	1	1	2
	11	4	6	9	7	7	-	5	4
	12	1	5	4	1	2	1	-	4
	13	1	6	5	1	5	1	3	-
	14	9	8	9	7	8	1	3	-
	15	1	6	1	1	1	1	1	3
	16	-	4	1	1	3	1	2	7
	17	1	6	1	1	1	1	1	3
	18	1	6	1	1	2	1	1	3
	19	2	6	2	1	3	1	1	3
	20	9	7	5	7	6	9	8	6
	21	9	7	6	7	5	9	8	6
	22	2	5	5	8	6	9	5	6
	23	4	2	4	1	2	1	1	3
	24	2	6	1	1	3	1	1	3
	25	1	6	1	1	2	7	3	5
	26	8	3	1	2	3	3	2	4
	27	9	7	6	2	5	8	8	6

Fuente: elaboración propia

Tabla 5. Puntuaciones recogidas en las encuestas

		ENCUESTA							
		17	18	19	20	21	22	23	24
I T E M S	1	2	2	1	1	5	1	2	1
	2	2	2	3	1	3	1	2	2
	3	1	1	2	1	1	1	1	1
	4	1	1	1	1	1	1	2	1
	5	8	8	9	8	9	9	9	7
	6	7	3	1	6	2	1	2	2
	7	2	2	4	1	3	2	5	4
	8	9	9	9	9	9	9	9	8
	9	7	7	1	3	2	2	2	4
	10	1	1	1	1	1	1	1	1
	11	7	7	8	5	5	4	5	2
	12	1	1	1	1	1	1	1	1
	13	3	2	4	2	4	1	2	1
	14	5	5	9	6	7	9	8	6
	15	1	1	1	1	1	1	2	1
	16	3	3	2	2	4	6	5	2
	17	3	1	1	1	1	1	2	1
	18	1	1	2	1	1	1	1	1
	19	1	2	3	1	2	1	1	1
	20	9	9	9	9	9	9	9	8
	21	9	9	6	8	9	9	9	8
	22	8	9	7	8	8	6	5	8
	23	5	2	1	1	3	4	2	1
	24	1	1	2	1	1	1	1	1
	25	5	2	7	4	4	1	3	2
	26	2	7	2	2	7	7	3	2
	27	7	5	6	6	5	7	3	6

Fuente: elaboración propia

Tabla 5. Puntuaciones recogidas en las encuestas

		ENCUESTA					
		25	26	27	28	29	30
I T E M S	1	1	2	6	2	5	2
	2	1	2	3	2	2	2
	3	1	1	3	1	1	2
	4	1	1	2	1	1	2
	5	8	4	6	6	8	9
	6	1	2	2	1	2	2
	7	2	5	8	2	8	4
	8	9	7	6	9	6	6
	9	4	7	5	7	3	2
	10	1	2	5	1	3	2
	11	5	4	7	4	5	7
	12	1	1	3	1	1	5
	13	2	2	3	3	5	5
	14	8	2	5	6	6	9
	15	2	2	3	1	1	4
	16	2	3	8	2	4	3
	17	1	2	3	1	1	2
	18	1	1	4	1	1	2
	19	1	1	2	1	2	3
	20	8	6	4	7	5	6
	21	8	6	3	7	5	6
	22	6	3	3	2	4	6
	23	1	4	4	1	2	4
	24	1	1	3	1	1	2
	25	8	3	7	4	1	2
	26	3	4	8	3	7	4
	27	4	6	5	7	4	6

Fuente: elaboración propia

3.3 Análisis de los datos y resultados

Comenzaré por el análisis del grupo de discusión y, posteriormente, el análisis de los datos obtenidos en las encuestas:

Análisis del grupo de discusión:

Al hablar de los derechos que una persona con esquizofrenia debe tener, todos los participantes fueron tajantes en su afirmación de que deben tener exactamente los mismos derechos que una persona sin esquizofrenia. E incluso se afirmó que debían tener, además, una serie de derechos adicionales, para favorecer un mejor curso de la enfermedad: *"A veces se diagnostica tarde la enfermedad, porque acceden tarde al sistema de salud"* (Anexo I).

Haciendo referencia al tratamiento de la esquizofrenia, aparte de los neurolépticos, los participantes consideraron necesario el apoyo social, estar en contacto con la gente, favorecer la socialización, etc.

La opinión que se tenía sobre los medios de comunicación fue que apenas informaban sobre la enfermedad mental, y en muchos casos se relaciona la esquizofrenia con violencia. Todos estaban de acuerdo en que la imagen que se da de la esquizofrenia desde los medios de comunicación es muy mala.

También se comentó que las personas con esquizofrenia tienden más a hacerse daño a ellos mismos que a los demás. Por último se habló del "efecto rebote": *"No se suelen contar los suicidios en la prensa o en la tele por el `efecto rebote´. Para que otro que se quiere suicidar no coja ideas."* (Anexo I)

Hubo opiniones diversas en cuanto a la responsabilidad que darían a una persona con esquizofrenia (por ejemplo, se habló del caso de dejar a los hijos al cuidado de una persona con esquizofrenia). Aquí

se encontraron diferencias en las opiniones en función de si se trabajaba en el ámbito de la salud mental o no.

Por último, y aunque no estaba incluido en el guion, se habló de las causas de la esquizofrenia. Se señalaron diversas causas que podían interactuar entre ellas:

- Factor biológico: actividad dopaminérgica, componente genético, asimetría en la estructura cerebral, virus en el embarazo, infecciones, etc.
- Ambiente: drogas, situaciones estresantes, etc.

Análisis de los datos recogidos en las encuestas:

A modo de recordatorio, en las tablas que hay a continuación, la puntuación de cada ítem es la media de las puntuaciones de todas las encuestas en ese ítem, y la puntuación de cada factor es la suma de los tres ítems que lo componen. Por tanto, la puntuación de cada ítem oscila entre 1 y 9, mientras que la puntuación en cada factor (la suma de los tres ítems correspondientes), puede oscilar entre 3 y 27. A mayor puntuación, mayor emisión de estereotipos.

Para extraer los porcentajes de personas que están de acuerdo con un determinado ítem, se seleccionaran a aquellos cuya puntuación ha sido de 7 o más, y se calculará el porcentaje en relación a toda la muestra.

Para extraer los porcentajes de personas que no están de acuerdo con un determinado ítem, se seleccionarán a aquellos cuya puntuación ha sido de 3 o menos, y se calculará el porcentaje en relación a toda la muestra.

De los datos recopilados con las encuestas, extraigo las siguientes puntuaciones para cada uno de los factores estudiados:

Tabla 6. Puntuaciones en las encuestas de toda la muestra

FACTOR 1: Responsabilidad	9,28
Es culpa de José	1,4
La situación de José es controlable	5,48
José es responsable de su situación actual	2,4
FACTOR 2: Piedad	15,96
Siento pena por José	3,93
Comprendo a José	6,03
Siento preocupación por José	6
FACTOR 3: Ira	6,13
Me siento violentado por José	2,69
Me siento enfadado con José	1,47
Me siento irritado por José	1,97
FACTOR 4: Peligrosidad	7,27
Me siento inseguro cerca de José	2,33
José es peligroso	3,17
Me siento amenazado por José	1,77
FACTOR 5: Miedo	5,34
José me aterraría	1,57
José me asustaría	2,07
José me aterrorizaría	1,7
FACTOR 6: Ayuda	22,51
Hablaría con José sobre su problema	7,97
Probabilidad de ayudar a José	7,37
Ayudaría a José	7,17
FACTOR 7: Coacción	17,85
Exigiría a José que se tomara su medicación	7,87
Creo que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico	6,48
Le obligaría a vivir en un piso supervisado	3,5
FACTOR 8: Segregación	6,36
José supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza	2,83
Creo que deberían recluirlo en un hospital psiquiátrico	1,8
Un hospital psiquiátrico es el mejor lugar para José	1,73
FACTOR 9: Evitación	11,51
Si fuera empresario, no entrevistaría a José	4,17
No compartiría con José el coche para ir al trabajo	3,31
Si fuese propietario, no alquilaría mi apartamento a José	4,03

Fuente: elaboración propia

En cuanto a los porcentajes obtenidos, señalaré los más destacables. En primer lugar, teniendo en cuenta los ítems del factor de coacción, un 86,67% de los encuestados exigiría a José que se tome su medicación, y un 53,33% está de acuerdo en que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere.

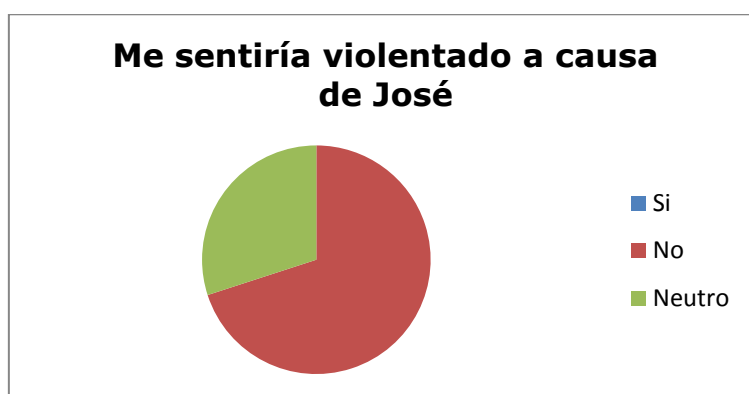
Si nos centramos en los ítems de evitación, el 20% de los encuestados no entrevistaría a José para un trabajo, el 10% no compartiría el coche con José para ir al trabajo y el 23,33% no alquilaría un apartamento a José.

Por otro lado, es importante señalar que el 86,67% de los encuestados hablaría con José acerca de su problema y el 70% ayudaría a José.

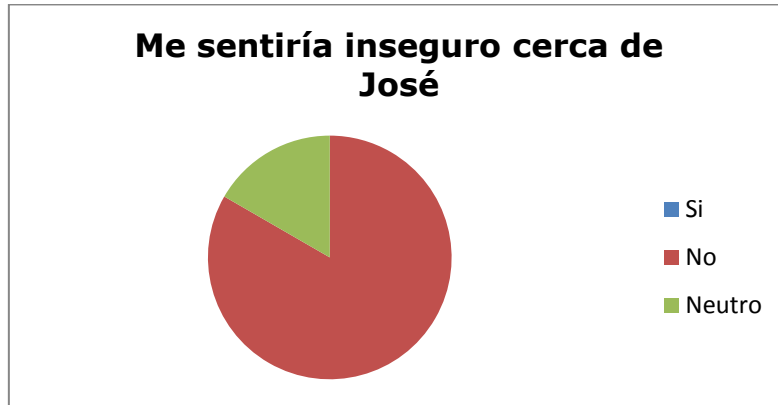
En los siguientes gráficos se pueden observar los porcentajes obtenidos en cada ítem, mediante los criterios que he explicado anteriormente.

En la elaboración de estos gráficos se utilizó las puntuaciones de toda la muestra, sin hacer distinciones en función de la edad, género y trabajar o no en el ámbito de la salud mental.

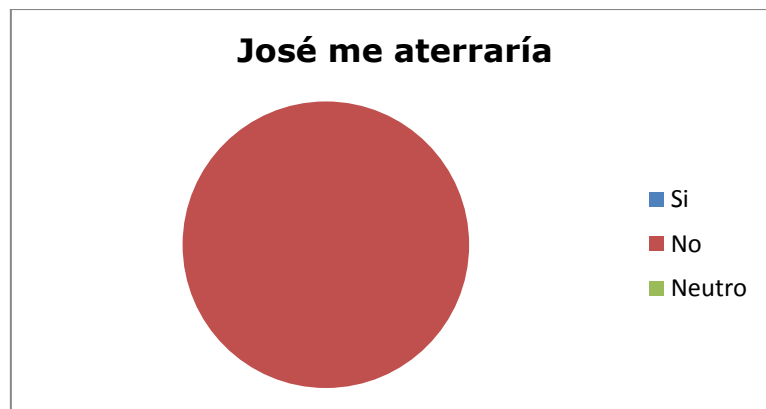
Las diferencias encontradas según estas tres variables se indicarán en el siguiente apartado.



21 personas no se sentirían violentadas a causa de José. El resto (nueve personas) obtuvieron puntuaciones neutras.



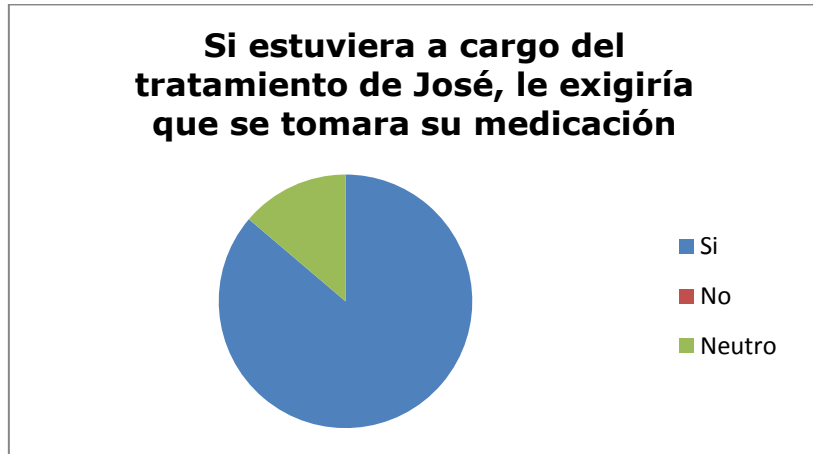
25 personas no se sentirían inseguras cerca de José. El resto (cinco personas) obtuvieron puntuaciones neutras.



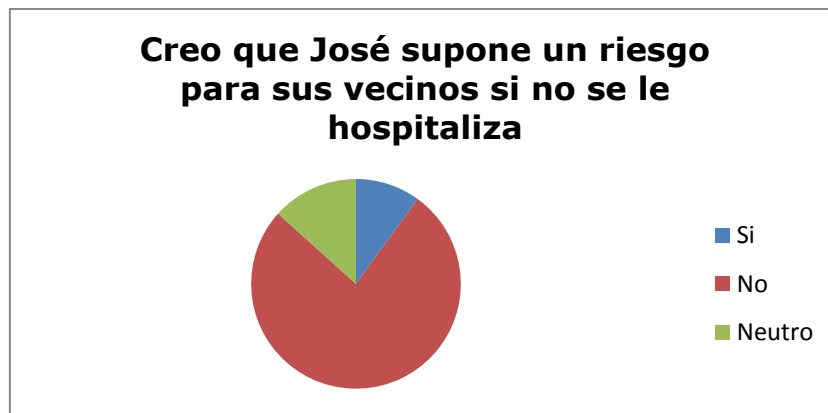
A ninguna de las personas que rellenaron la encuesta le aterrará José



28 personas no se sentirían enfadadas con José. El resto (dos personas) obtuvieron puntuaciones neutras.



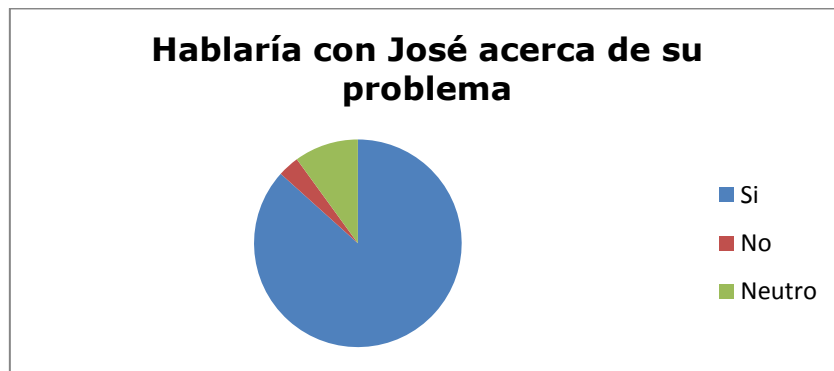
26 personas exigirían a José que se tomara su medicación. El resto (cuatro personas) obtuvieron puntuaciones neutras.



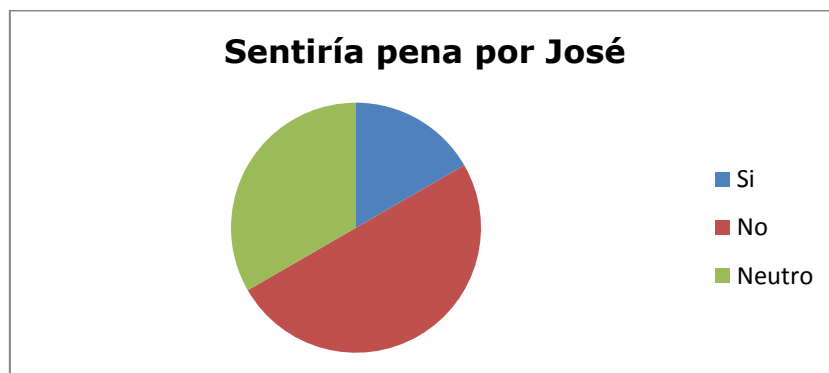
23 personas creen que José no supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza. Tres personas opinan que sí supone un riesgo. El resto (cuatro personas) obtuvieron puntuaciones neutras.



14 personas no entrevistarían José para un trabajo, seis personas sí que le entrevistarían y 10 obtuvieron puntuaciones neutras.



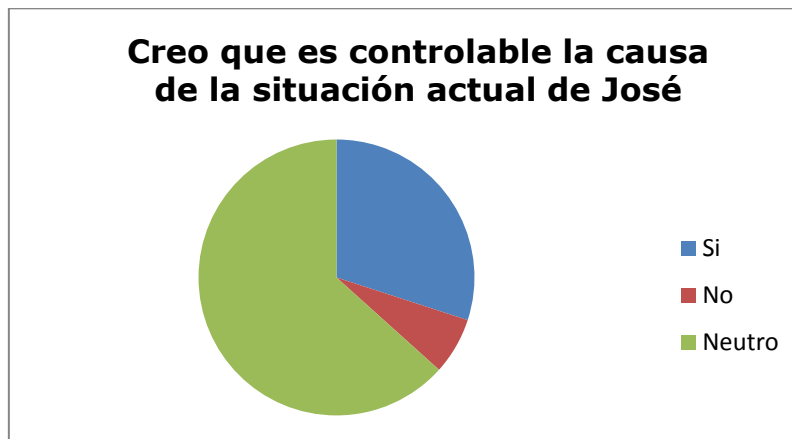
26 personas hablarían con José acerca de su problema., una persona no hablaría con José acerca de su problema, y tres personas obtuvieron puntuaciones neutras.



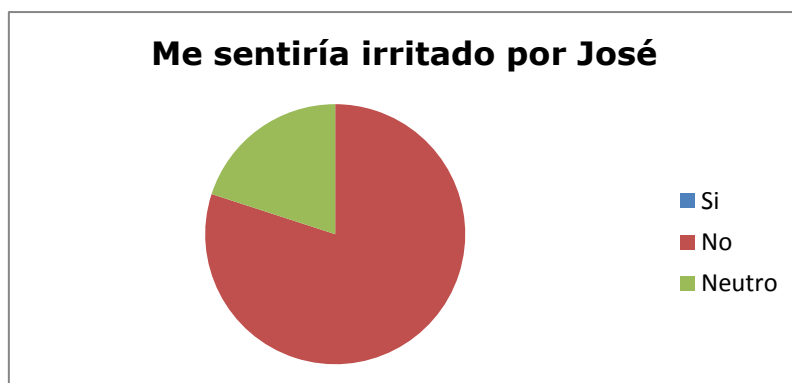
15 personas no sentirían pena por José, cinco personas sí que sentirían pena por José y 10 personas obtuvieron puntuaciones neutras.



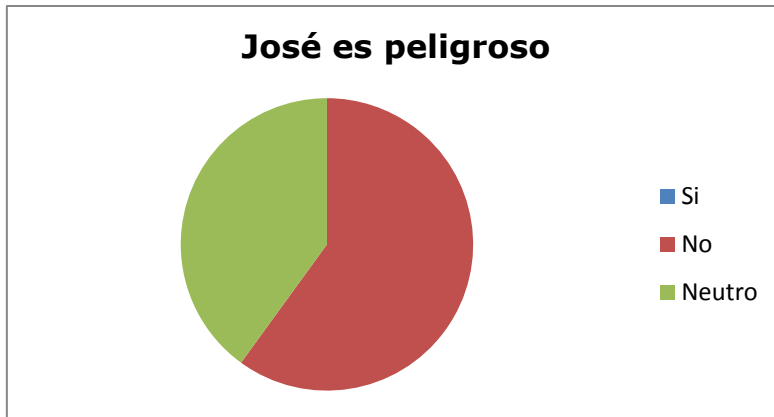
29 personas opinan que no es culpa de José su situación actual. Una persona obtuvo una puntuación neutra.



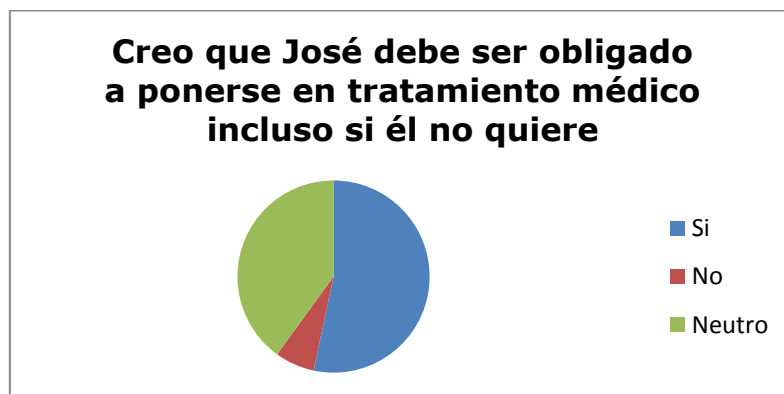
Nueve personas creen que es controlable la causa de la situación actual de José, dos creen que no, y el resto (19 personas) han obtenido puntuaciones neutras.



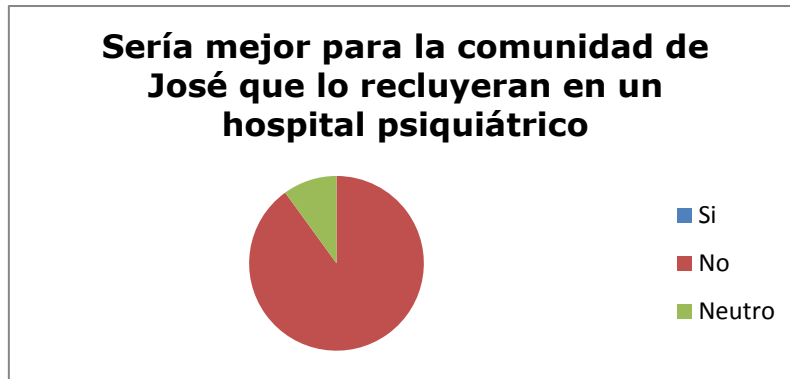
De toda la muestra, 24 personas no se sentirían irritados por José. El resto (seis personas) han obtenido puntuaciones neutras.



18 personas opinan que José no es peligroso. 12 personas han obtenido puntuaciones neutras.



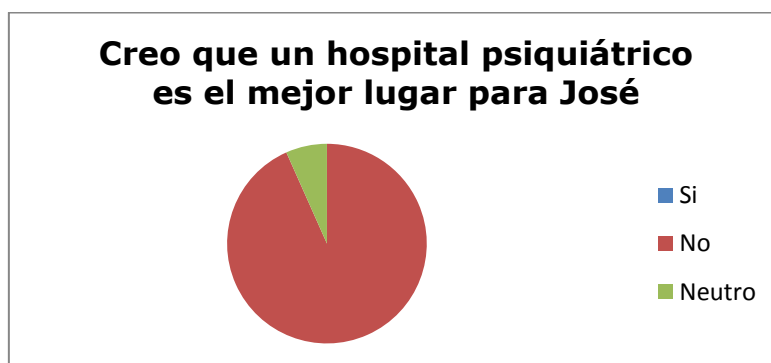
16 personas opinan que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere, dos personas opinan que no, y el resto (12 personas) obtuvieron puntuaciones neutras.



27 personas no creen que sea mejor para la comunidad de José que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico. Tres personas han obtenido puntuaciones neutras.



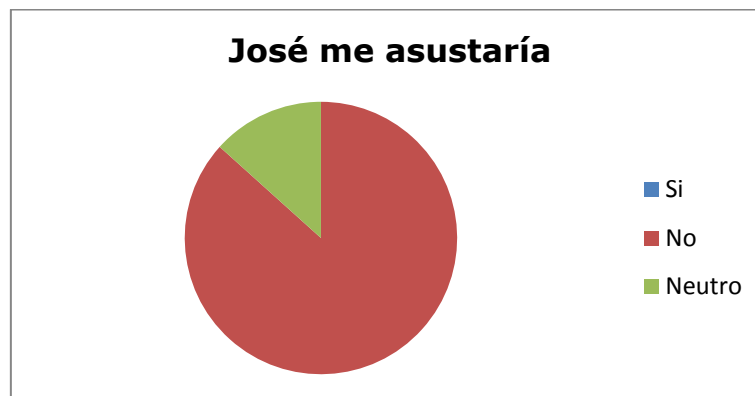
20 personas no compartirían el coche con José para ir al trabajo, tres personas sí que lo compartirían, y el resto (siete personas) han obtenido puntuaciones neutras.



28 personas creen que un hospital psiquiátrico no es el mejor lugar para José. Dos personas han obtenido puntuaciones neutras.



27 personas no se sentirían amenazadas por José. Tres han obtenido puntuaciones neutras.



A 26 personas no les asustaría José. El resto (cuatro personas) han obtenido puntuaciones neutras.



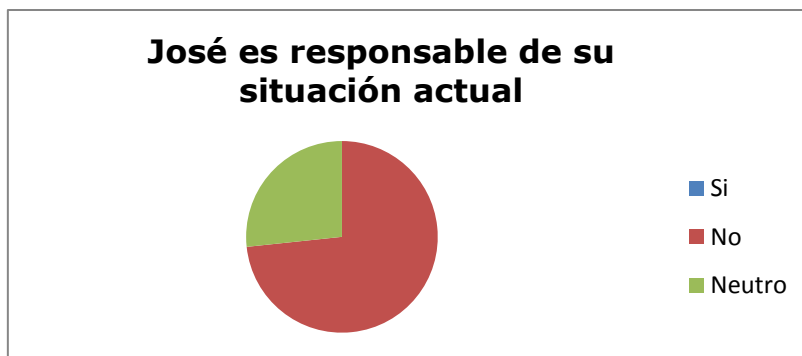
21 personas probablemente ayudarían a José. El resto (nueve personas) obtuvieron puntuaciones neutras.



20 personas ayudarían a José, una persona no le ayudaría, y nueve personas han obtenido puntuaciones neutras.



11 personas comprenden a José, cuatro personas no le entienden y 15 personas han obtenido puntuaciones neutras.



22 personas no creen que José sea responsable de su situación actual. El resto (ocho personas) obtuvieron puntuaciones neutras.



A 29 personas no les aterrorizaría José. Una persona ha obtenido una puntuación neutra.



Cuatro personas obligarían a José a vivir en un piso supervisado, 16 personas no le obligarían, y el resto (10 personas) han obtenido puntuaciones neutras.



15 personas no alquilarían su piso a José. Siete personas sí que se lo alquilarían y ocho personas han obtenido puntuaciones neutras.



12 personas sentirían preocupación por José, dos personas no sentirían preocupación por José y el resto (16 personas) obtuvieron puntuaciones neutras.

Primera variable: género

De todas las personas encuestadas, 16 eran mujeres.

El conjunto de datos de las encuestas realizadas a mujeres quedan recogidos en la Tabla 7.

14 personas eran varones. El conjunto de datos de las encuestas realizadas a varones quedan recogidos en la Tabla 8.

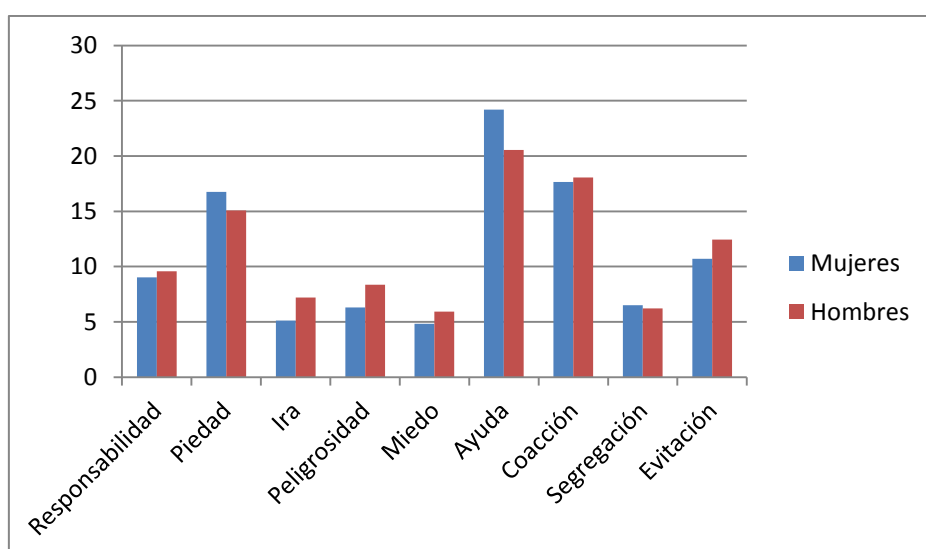
Como se observa en el Gráfico 3, las diferencias entre ambos géneros no son muy relevantes.

Las mujeres superan a los hombres en los factores de piedad, ayuda y segregación. En cambio, los hombres superan a las mujeres en los demás factores.

Aunque estas diferencias no son muy relevantes, hay que destacar tres factores en los que sí que son notables:

- Ira: 5,11 en mujeres frente a 7,21 en hombres
- Peligrosidad: 6,29 en mujeres frente a 8,35 en hombres
- Ayuda: 24,19 en mujeres frente a 20,56 en hombres

Gráfico 3. Comparación de los resultados en función del género.



Fuente: elaboración propia

Tabla 7. Puntuaciones de las encuestas realizadas a mujeres

FACTOR 1: Responsabilidad	9,03
Es culpa de José	1,13
La situación de José es controlable	5,27
José es responsable de su situación actual	2,63
FACTOR 2: Piedad	16,75
Siento pena por José	4
Comprendo a José	6,19
Siento preocupación por José	6,56
FACTOR 3: Ira	5,11
Me siento violentado por José	2
Me siento enfadado con José	1,31
Me siento irritado por José	1,8
FACTOR 4: Peligrosidad	6,29
Me siento inseguro cerca de José	2
José es peligroso	2,73
Me siento amenazado por José	1,56
FACTOR 5: Miedo	4,82
José me aterraría	1,44
José me asustaría	1,88
José me aterrorizaría	1,5
FACTOR 6: Ayuda	24,19
Hablaría con José sobre su problema	8,19
Probabilidad de ayudar a José	8
Ayudaría a José	8
FACTOR 7: Coacción	17,65
Exigiría a José que se tomara su medicación	8
Creo que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico	6,27
Le obligaría a vivir en un piso supervisado	3,38
FACTOR 8: Segregación	6,51
José supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza	3,25
Creo que deberían recluirlo en un hospital psiquiátrico	1,63
Un hospital psiquiátrico es el mejor lugar para José	1,63
FACTOR 9: Evitación	10,7
Si fuera empresario, no entrevistaría a José	3,56
No compartiría con José el coche para ir al trabajo	3,33
Si fuese propietario, no alquilaría mi apartamento a José	3,81

Fuente: elaboración propia

Tabla 8. Puntuaciones de las encuestas realizadas a hombres

FACTOR 1: Responsabilidad	9,56
Es culpa de José	1,71
La situación de José es controlable	5,71
José es responsable de su situación actual	2,14
FACTOR 2: Piedad	15,08
Siento pena por José	3,86
Comprendo a José	5,86
Siento preocupación por José	5,36
FACTOR 3: Ira	7,21
Me siento violentado por José	3,43
Me siento enfadado con José	1,64
Me siento irritado por José	2,14
FACTOR 4: Peligrosidad	8,35
Me siento inseguro cerca de José	2,71
José es peligroso	3,64
Me siento amenazado por José	2
FACTOR 5: Miedo	5,93
José me aterraría	1,71
José me asustaría	2,29
José me aterrorizaría	1,93
FACTOR 6: Ayuda	20,56
Hablaría con José sobre su problema	7,71
Probabilidad de ayudar a José	6,64
Ayudaría a José	6,21
FACTOR 7: Coacción	18,06
Exigiría a José que se tomara su medicación	7,71
Creo que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico	6,71
Le obligaría a vivir en un piso supervisado	3,64
FACTOR 8: Segregación	6,22
José supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza	2,36
Creo que deberían recluirlo en un hospital psiquiátrico	2
Un hospital psiquiátrico es el mejor lugar para José	1,86
FACTOR 9: Evitación	12,44
Si fuera empresario, no entrevistaría a José	4,86
No compartiría con José el coche para ir al trabajo	3,29
Si fuese propietario, no alquilaría mi apartamento a José	4,29

Fuente: elaboración propia

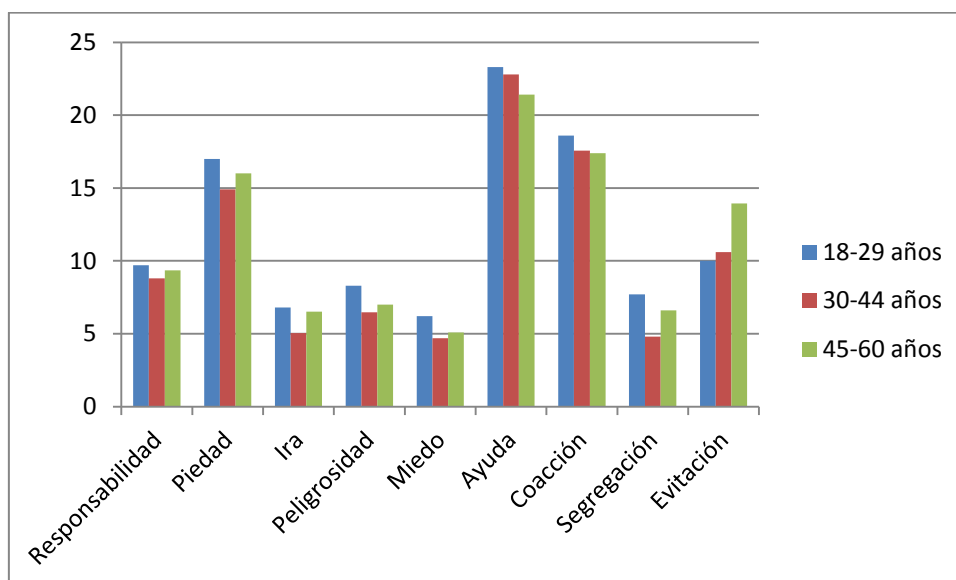
Segunda variable: edad

Para medir la variable de edad, se han establecido tres grupos:

- 18-29 años (Tabla 9)
- 30-44 años (Tabla 10)
- 45-60 años (Tabla 11)

De los 30 participantes que han rellenado las encuestas, pertenecen 10 a cada uno de estos tres grupos.

Gráfico 4. Comparación de los resultados en función de la edad



Fuente: elaboración propia

Como se observa en el gráfico, el grupo de 30-44 años es el que tiene puntuaciones más bajas; y, en general, es el grupo de 18-29 años el que ha obtenido las puntuaciones más altas.

Esta relación no se observa en el factor de evitación, en el cual la puntuación del grupo de edad de 18-29 años es más bajo en relación a los otros dos grupos, ni en el factor de coacción, en el cual el grupo de 45-60 años obtuvo las puntuaciones más bajas.

Tabla 9. Puntuaciones de las encuestas realizadas al grupo de edad de 18-29 años

FACTOR 1: Responsabilidad	9,7
Es culpa de José	1,1
La situación de José es controlable	5,6
José es responsable de su situación actual	3
FACTOR 2: Piedad	17
Siento pena por José	3,8
Comprendo a José	6,5
Siento preocupación por José	6,7
FACTOR 3: Ira	6,8
Me siento violentado por José	2,5
Me siento enfadado con José	1,6
Me siento irritado por José	2,7
FACTOR 4: Peligrosidad	8,3
Me siento inseguro cerca de José	2,5
José es peligroso	3,6
Me siento amenazado por José	2,2
FACTOR 5: Miedo	6,2
José me aterraría	1,6
José me asustaría	2,5
José me aterrorizaría	2,1
FACTOR 6: Ayuda	23,3
Hablaría con José sobre su problema	8,1
Probabilidad de ayudar a José	7,6
Ayudaría a José	7,6
FACTOR 7: Coacción	18,6
Exigiría a José que se tomara su medicación	8,1
Creo que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico	7,2
Le obligaría a vivir en un piso supervisado	3,3
FACTOR 8: Segregación	7,7
José supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza	3,1
Creo que deberían recluirlo en un hospital psiquiátrico	2,4
Un hospital psiquiátrico es el mejor lugar para José	2,2
FACTOR 9: Evitación	10
Si fuera empresario, no entrevistaría a José	3,8
No compartiría con José el coche para ir al trabajo	3
Si fuese propietario, no alquilaría mi apartamento a José	3,2

Fuente: elaboración propia

Tabla 10. Puntuaciones de las encuestas realizadas al grupo de edad de 30-44 años

FACTOR 1: Responsabilidad	8,8
Es culpa de José	1,3
La situación de José es controlable	5,3
José es responsable de su situación actual	2,2
FACTOR 2: Piedad	14,9
Siento pena por José	3,8
Comprendo a José	5,6
Siento preocupación por José	5,5
FACTOR 3: Ira	5,04
Me siento violentado por José	2,4
Me siento enfadado con José	1,2
Me siento irritado por José	1,44
FACTOR 4: Peligrosidad	6,48
Me siento inseguro cerca de José	2,3
José es peligroso	2,78
Me siento amenazado por José	1,4
FACTOR 5: Miedo	4,7
José me aterraría	1,5
José me asustaría	1,7
José me aterrorizaría	1,5
FACTOR 6: Ayuda	22,8
Hablaría con José sobre su problema	8
Probabilidad de ayudar a José	7,6
Ayudaría a José	7,2
FACTOR 7: Coacción	17,56
Exigiría a José que se tomara su medicación	7,7
Creo que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico	6,56
Le obligaría a vivir en un piso supervisado	3,3
FACTOR 8: Segregación	4,8
José supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza	2
Creo que deberían recluirlo en un hospital psiquiátrico	1,4
Un hospital psiquiátrico es el mejor lugar para José	1,4
FACTOR 9: Evitación	10,6
Si fuera empresario, no entrevistaría a José	3,4
No compartiría con José el coche para ir al trabajo	3,5
Si fuese propietario, no alquilaría mi apartamento a José	3,7

Fuente: elaboración propia

Tabla 11. Puntuaciones de las encuestas realizadas al grupo de edad de 45-60 años

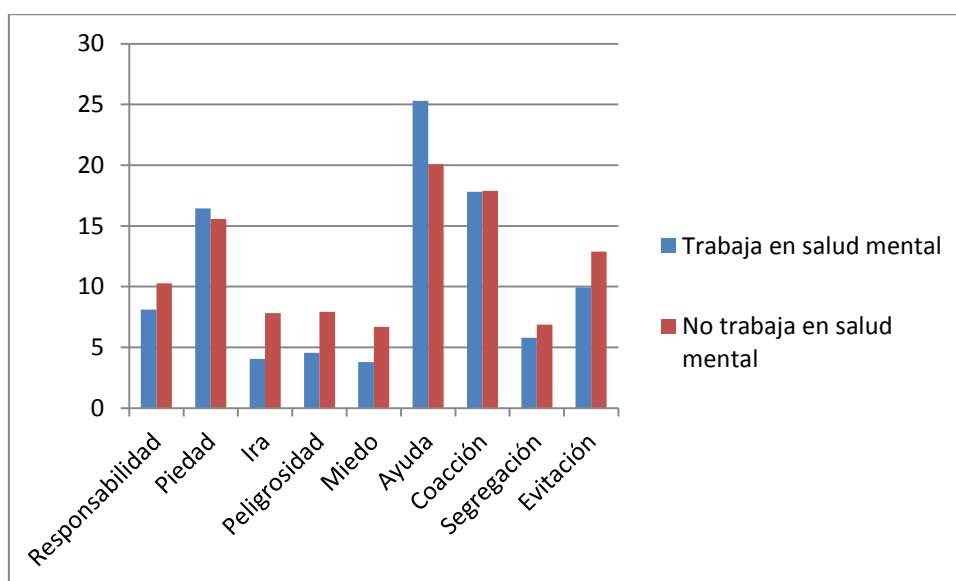
FACTOR 1: Responsabilidad	9,36
Es culpa de José	1,8
La situación de José es controlable	5,56
José es responsable de su situación actual	2
FACTOR 2: Piedad	16
Siento pena por José	4,2
Comprendo a José	6
Siento preocupación por José	5,8
FACTOR 3: Ira	6,52
Me siento violentado por José	3,22
Me siento enfadado con José	1,6
Me siento irritado por José	1,7
FACTOR 4: Peligrosidad	7
Me siento inseguro cerca de José	2,2
José es peligroso	3,1
Me siento amenazado por José	1,7
FACTOR 5: Miedo	5,1
José me aterraría	1,6
José me asustaría	2
José me aterrorizaría	1,5
FACTOR 6: Ayuda	21,4
Hablaría con José sobre su problema	7,8
Probabilidad de ayudar a José	6,9
Ayudaría a José	6,7
FACTOR 7: Coacción	17,4
Exigiría a José que se tomara su medicación	7,8
Creo que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico	5,7
Le obligaría a vivir en un piso supervisado	3,9
FACTOR 8: Segregación	6,6
José supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza	3,4
Creo que deberían recluirlo en un hospital psiquiátrico	1,6
Un hospital psiquiátrico es el mejor lugar para José	1,6
FACTOR 9: Evitación	13,94
Si fuera empresario, no entrevistaría a José	5,3
No compartiría con José el coche para ir al trabajo	3,44
Si fuese propietario, no alquilaría mi apartamento a José	5,2

Fuente: elaboración propia

Tercera variable: contacto con la enfermedad mental

De todas las personas que han rellenado la encuesta, 14 trabajan o han trabajado en el ámbito de la salud mental, y 16 no han trabajado nunca en el ámbito de la salud mental.

Gráfico 5. Comparación de los resultados en función si se trabaja o no en el ámbito de salud mental



Fuente: elaboración propia

Las personas que trabajan en salud mental han obtenido, en general, puntuaciones más bajas que las personas que no trabajan en salud mental. No obstante, obtuvieron puntuaciones más altas en los factores de piedad y ayuda, y hay que señalar que las puntuaciones del factor de coacción, aunque sean más bajas en el grupo de personas que trabajan en salud mental, son muy similares.

Tabla 12. Puntuaciones de las encuestas realizadas a las personas que trabajan o han trabajado en el ámbito de salud mental.

FACTOR 1: Responsabilidad	8,12
Es culpa de José	1,14
La situación de José es controlable	4,69
José es responsable de su situación actual	2,29
FACTOR 2: Piedad	16,43
Siento pena por José	3,5
Comprendo a José	6,93
Siento preocupación por José	6
FACTOR 3: Ira	4,06
Me siento violentado por José	1,69
Me siento enfadado con José	1,14
Me siento irritado por José	1,23
FACTOR 4: Peligrosidad	4,56
Me siento inseguro cerca de José	1,5
José es peligroso	1,92
Me siento amenazado por José	1,14
FACTOR 5: Miedo	3,78
José me aterraría	1,21
José me asustaría	1,36
José me aterrorizaría	1,21
FACTOR 6: Ayuda	25,29
Hablaría con José sobre su problema	8,5
Probabilidad de ayudar a José	8,43
Ayudaría a José	8,36
FACTOR 7: Coacción	17,81
Exigiría a José que se tomara su medicación	8,14
Creo que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico	6,31
Le obligaría a vivir en un piso supervisado	3,36
FACTOR 8: Segregación	5,79
José supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza	3,14
Creo que deberían recluirlo en un hospital psiquiátrico	1,29
Un hospital psiquiátrico es el mejor lugar para José	1,36
FACTOR 9: Evitación	9,93
Si fuera empresario, no entrevistaría a José	3,14
No compartiría con José el coche para ir al trabajo	3
Si fuese propietario, no alquilaría mi apartamento a José	3,79

Fuente: elaboración propia

Tabla 13. Puntuaciones de las encuestas realizadas a las personas que no trabajan en el ámbito de salud mental.

FACTOR 1: Responsabilidad	10,26
Es culpa de José	1,63
La situación de José es controlable	6,13
José es responsable de su situación actual	2,5
FACTOR 2: Piedad	15,56
Siento pena por José	4,31
Comprendo a José	5,25
Siento preocupación por José	6
FACTOR 3: Ira	7,81
Me siento violentado por José	3,5
Me siento enfadado con José	1,75
Me siento irritado por José	2,56
FACTOR 4: Peligrosidad	7,93
Me siento inseguro cerca de José	3,06
José es peligroso	2,56
Me siento amenazado por José	2,31
FACTOR 5: Miedo	6,7
José me aterraría	1,88
José me asustaría	2,69
José me aterrorizaría	2,13
FACTOR 6: Ayuda	20,07
Hablaría con José sobre su problema	7,5
Probabilidad de ayudar a José	6,44
Ayudaría a José	6,13
FACTOR 7: Coacción	17,89
Exigiría a José que se tomara su medicación	7,63
Creo que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico	6,63
Le obligaría a vivir en un piso supervisado	3,63
FACTOR 8: Segregación	6,87
José supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza	2,56
Creo que deberían recluirlo en un hospital psiquiátrico	2,25
Un hospital psiquiátrico es el mejor lugar para José	2,06
FACTOR 9: Evitación	12,87
Si fuera empresario, no entrevistaría a José	5,06
No compartiría con José el coche para ir al trabajo	3,56
Si fuese propietario, no alquilaría mi apartamento a José	4,25

Fuente: elaboración propia

4- CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

4.1 Revisión de los objetivos planteados

Los objetivos que se plantearon inicialmente son los siguientes:

- 1) Describir la variable de la edad en la emisión de estereotipos sobre la esquizofrenia.
- 2) Describir la variable del género en la emisión de estereotipos sobre la esquizofrenia.
- 3) Valorar cómo influye trabajar en el ámbito de salud mental en la emisión de estereotipos sobre la esquizofrenia.

Tras analizar los datos obtenidos con las encuestas voy a proceder a revisar los diferentes supuestos que se han planteado inicialmente, teniendo en cuenta nuestra muestra:

Es posible que entre la gente joven existan menos estereotipos (o creencias erróneas, generalizadas) hacia la esquizofrenia que entre la gente mayor.

El factor de evitación es el único de los nueve factores en el que se observan menos estereotipos (en el caso de este factor se hablaría de discriminación más que de estereotipos) en el grupo de edad de 18-29 años. Observando las puntuaciones del resto de los factores se podría decir que el grupo de edad de 18-29 años emitió un mayor grado de estereotipos. Aquí he de señalar que no se han realizado pruebas de comparación de medias (no paramétricas).

Tras el análisis del desarrollo del grupo de discusión tampoco se corrobora esta hipótesis.

Por tanto, la primera hipótesis queda refutada para nuestra muestra.

Tampoco podemos afirmar que existan menos creencias erróneas generalizadas entre la gente mayor que entre la gente joven, ya que el grupo de edad en el que se encontraron menos estereotipos acerca de la esquizofrenia fue el grupo de edad de 30-44 años.

Es probable que las diferencias entre géneros en cuanto a los estereotipos sobre la esquizofrenia no sean muy diferentes.

Sí que se observan diferencias entre las creencias de los hombres y las creencias de las mujeres. Como vimos en el Gráfico 3, las puntuaciones de las encuestas realizadas por hombres fueron mayores que las de las mujeres, a excepción de los factores de piedad, ayuda y segregación (en este último factor la diferencia fue mínima).

Por ello, y aunque estas diferencias no sean muy significativas, tampoco podemos confirmar la segunda hipótesis.

Las personas que trabajan en el ámbito de la salud mental es probable que posean menos creencias erróneas sobre la esquizofrenia.

Tras analizar las puntuaciones obtenidas en las encuestas, esta hipótesis queda confirmada en nuestra muestra. Las personas que trabajan en salud mental han obtenido, en general, puntuaciones más bajas que las personas que no trabajan en salud mental (a excepción de los factores de piedad y ayuda).

Estos resultados también se observan en el análisis del grupo de discusión.

4.2 Conclusiones generales

Como hemos visto al analizar las tres variables objeto de estudio, todas han influido en el menor o mayor emisión de estereotipos, pero hay que aclarar algunos puntos.

En relación a la variable de edad, es importante explicar que en el grupo de edad de 18-29 años se encuentra el menor porcentaje de personas que trabajan o han trabajado en salud mental, y aunque no se pueda afirmar que eso sea la causa de la mayor emisión de estereotipos de este grupo, es algo que hay que tener en cuenta.

Por otro lado, no podemos ceñirnos únicamente a estas tres variables para explicar porque una persona emite más estereotipos que otra. Aparte de la edad, género y contacto con la enfermedad mental, hay muchos más factores que pueden influir en la forma de pensar de un individuo, como por ejemplo el estado civil, nivel de estudios, contexto social y cultural, relaciones interpersonales, etc. Es muy importante tener en cuenta esta multitud de factores.

La sociedad, las normas sociales que los individuos deciden para organizar el orden social, son decisivos cuando hablamos de la conducta con los sectores de la población más desfavorecidos: *“Antes se reían de ellos. Era como un circo, la gente pagaba entrada para ir al ‘manicomio’ a verles. E incluso se les maltrataba, antiguamente se les quemaba porque pensaban que tenían algún espíritu malo dentro y esa era la forma de sacarlo. Con la reforma psiquiátrica están más protegidos”*. (Anexo I)

Como hemos visto anteriormente en las tablas comparativas de estudios sobre el estigma sobre la enfermedad mental en los medios de comunicación (Muñoz y cols., 2009), los medios de comunicación tienen mucho poder sobre la forma en que las personas construyen la realidad.

Esto se ha comprobado también analizando nuestro grupo de discusión:

"A veces los medios de comunicación son muy sensacionalistas. La prensa podría informar más sobre las enfermedades en vez de ser tan sensacionalista" (Anexo I). *"En los medios de comunicación enseguida se relaciona la violencia con la enfermedad mental y con la esquizofrenia"* (Anexo I).

Una sensibilización de la población sobre la esquizofrenia, o sobre la enfermedad mental en general, debe ir unida a una sensibilización de los medios de comunicación. Es necesaria una mayor información sobre las causas de la esquizofrenia, los síntomas y el tratamiento y asistencia a este colectivo.

También es necesario que se lleven a cabo más actuaciones de prevención. Como hemos visto *"el ambiente también afecta"* en el desarrollo de la esquizofrenia (Anexo I). Por ejemplo, un posible desencadenante son las situaciones estresantes.

Y no sólo actuaciones de prevención, también actuaciones de apoyo que favorezcan un mejor curso de la enfermedad, ya que *"es muy importante contar con el apoyo de alguien que te asesore"* (Anexo I).

Teniendo en cuenta este estudio, podemos afirmar que son muchos los factores que influyen en la emisión de estereotipos. Adicionalmente, también es posible afirmar que esta multitud de factores influyen, no solo en la naturaleza sino también en el contenido de estos estereotipos.

Pondré como ejemplo los factores de ayuda y piedad. En el género femenino se observó una menor tendencia a emitir estereotipos en relación con el género masculino. En cambio, esto no fue así en los dos factores mencionados anteriormente, en los que las mujeres puntuaron más alto.

Esto mismo ocurrió con las personas que trabajan o han trabajado en el ámbito de salud mental. Puntuaron más bajo, comparado con las personas que nunca habían trabajado en salud mental, en todos los factores menos en los factores de piedad y ayuda.

También en el grupo de discusión se observó que las posturas eran muy variadas (por ejemplo, en la cuestión de dejar a tu hijo bajo la responsabilidad de una persona con esquizofrenia), aunque había algunos puntos en los que todos los participantes coincidían (por ejemplo, en los puntos relativos a los derechos y a los medios de comunicación).

Uno de ellos, en relación a los derechos que debe poseer una persona con esquizofrenia. Todos los participantes afirmaron que una persona con esquizofrenia debe tener exactamente los mismos derechos que una persona sin esquizofrenia.

Esto, aunque para mucha gente parezca razonable e inamovible, no es compartido por todas las personas de la sociedad actual.

"Una persona con esquizofrenia tiene el mismo derecho que todo el mundo a la educación" (Anexo I), "y a todos los derechos" (Anexo I). "Otra cosa es que en la práctica esto se cumpla". (Anexo I)

Comprender que una persona, aunque tenga diagnosticada una enfermedad mental, tiene los mismos derechos que aquellos que no tienen diagnosticada una enfermedad mental, es un punto de partida necesario e imprescindible. Suele parecer algo obvio que todo el mundo da por hecho, pero en algunos casos, e incluso en ocasiones inconscientemente, negamos derechos a este colectivo. Haré referencia a los resultados obtenidos en las encuestas: el 86,67% de los encuestados exigiría a José que se tome su medicación, y, es más, un 53,33% está de acuerdo en que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere.

Es innegable que obligar a José a ponerse en tratamiento médico refleja una actitud de querer lo mejor para él, pero incluso en este caso, estaríamos negándole el derecho a la libertad de elección: la elección de ponerse en tratamiento médico o no. Aquí entramos en una difícil cuestión ¿qué es mejor, negarle el derecho a elegir y asegurarnos de que cumple el tratamiento médico, o dejarle elegir y (en caso de que José no quisiera ponerse en tratamiento médico) dejar que esto incida negativamente sobre su salud?

Esto nos lleva a la cuestión ética de si el bien de la comunidad tiene mayor importancia que el bien de un individuo.

Las puntuaciones de los factores de peligrosidad y miedo no fueron muy altas (comparándolas con otros factores). Aun así, es necesario disminuir aún más la creencia de que la esquizofrenia va asociada a la violencia.

"El problema es que se tiende a pensar que una persona con esquizofrenia va a hacer daño a los demás, y no es así. Es más, suele ser al contrario, tienden a hacerse daño más a ellos mismos que a los demás" (Anexo I).

La esquizofrenia no va necesariamente asociada a la violencia. *"El porcentaje de las personas con esquizofrenia que delinquen posiblemente sea menor que en el resto de la población"* (Anexo I).

En definitiva, podemos afirmar que el estigma afecta negativamente a las personas que están diagnosticadas de esquizofrenia, por lo que es necesario actuar al respecto.

4.3 Discusión

En "Estigma y enfermedad mental" (Muñoz y cols. 2009) se realizó un estudio sobre el estigma asociado a la enfermedad mental. En concreto se llevaron a cabo cinco estudios paralelos, en los que se medía el estigma emitido por:

- 1) Personas con enfermedad grave y persistente
- 2) Familiares de personas con enfermedad mental
- 3) Profesionales de la atención social a las personas con enfermedad mental

4) Población general

5) Medios de comunicación

Al realizar el análisis de la realidad ya se habló del estudio que Muñoz y cols. (2009) habían realizado en cuanto a los medios de comunicación, y se ha incluido las tablas comparativas que realizaron.

En este apartado se va a tener en cuenta el estudio del estigma de la enfermedad mental en población general.

Antes de nada, es necesario especificar que el estudio de Muñoz y cols. (2009) hace referencia al estigma asociado a la enfermedad mental, mientras que este estudio hace referencia al estigma asociado a la esquizofrenia.

También hay que aclarar que se van a comparar los resultados del cuestionario de atribución AQ-27.

Dicho esto, compararé los resultados obtenidos en ambos estudios.

Las puntuaciones más altas (más de 20) pertenecen a los siguientes factores:

- En nuestro estudio: ayuda
- Estudio de Muñoz y cols. (2009): ayuda y coacción

Las puntuaciones medias (entre 10 y 20) pertenecen a los siguientes factores:

- En nuestro estudio: piedad, coacción y evitación
- Estudio de Muñoz y cols. (2009): piedad, peligrosidad, segregación y evitación

Las puntuaciones más bajas (menos de 10) pertenecen a los siguientes factores:

- En nuestro estudio: responsabilidad, ira, peligrosidad, miedo y segregación
- Estudio de Muñoz y cols. (2009): responsabilidad, ira, miedo,

En la siguiente tabla están recogidas las puntuaciones obtenidas en todos los factores, tanto en nuestro estudio como en el estudio de "Estigma y enfermedad mental":

Tabla 14. Comparación de los resultados obtenidos en este estudio y en el estudio realizado por Muñoz y cols. (2009)

Factor	Media de las puntuaciones de este estudio	Media de las puntuaciones del estudio de Muñoz y cols. (2009)
Responsabilidad	9,28	8,72
Piedad	15,96	17,60
Ira	6,13	7,85
Peligrosidad	7,27	11,11
Miedo	5,34	9,05
Ayuda	22,51	20,22
Coacción	17,85	21,48
Segregación	6,36	10,11
Evitación	11,51	14,12

Fuente: elaboración propia

El ítem que menor puntuación obtuvo en el estudio de Muñoz y cols. (2009) fue el que hace referencia a la culpa de la persona con enfermedad mental sobre su situación, con una puntuación media de 1,44. En este estudio, éste fue también el ítem que obtuvo una puntuación menor, en este caso la media de esta puntuación fue de 1,4.

En el otro extremo, el ítem que mayor puntuación obtuvo en el estudio de Muñoz y cols. (2009) fue el que hace referencia a la exigencia a la persona con enfermedad mental para que tome su medicación, con una puntuación media de 8,32. En nuestro estudio, aunque este ítem también obtuvo puntuaciones altas (7,87), el ítem que mayor puntuación obtuvo fue el que hace referencia a hablar con la persona con esquizofrenia sobre su problema, con una media de 7,97.

Relativo a los porcentajes, se comparará también el mayor y el menor porcentaje de los dos estudios.

En el estudio de Muñoz y cols. (2009) un 92% exigiría a la persona con enfermedad mental que se tome su medicación. Esta afirmación fue la que obtuvo también un mayor porcentaje en este estudio (86,67). También, en nuestro estudio, un 86,67% estaría dispuesto a hablar con José acerca de su problema.

En el estudio de Muñoz y cols. (2009) solo el 1% considera a la persona con enfermedad mental responsable de haber llegado a ella.

En nuestro estudio, nadie considera a la persona con esquizofrenia responsable de su situación actual.

Podemos afirmar por tanto que, en general, los resultados de los dos estudios son similares, teniendo en cuenta pequeñas variaciones.

4.4 Dificultades encontradas y propuestas de mejora

La realización de este trabajo ha supuesto un mayor conocimiento de una realidad que despertaba en mí un gran interés: las creencias que la gente tiene sobre la esquizofrenia.

A pesar de ello, me he encontrado con una serie de dificultades, que enumeraré a continuación:

En primer lugar, la dificultad para medir las opiniones y creencias de la gente. Para soslayar esta dificultad y poder medir esta variable me apoyé en el estudio "Estigma y enfermedad mental" (Muñoz y cols., 2009), en el que se analizaban el estigma sobre la enfermedad mental en diferentes grupos: población general, familiares de personas con enfermedad mental, profesionales del área de salud mental, personas con enfermedad mental (autoestigma), población general y medios de comunicación.

Como propuesta de mejora para superar esta limitación, podría haber añadido entrevistas, tanto a profesionales sanitarios y población general como a personas diagnosticadas de esquizofrenia.

En segundo lugar, la realización del grupo discusión. He tenido dificultades tanto en elegir a las personas que iban a participar y buscar un horario en el que todos pudieran asistir, como en la elección del guion que iba a seguir. Finalmente, dos personas no pudieron asistir al grupo de discusión, una de ellas por enfermedad y otra por motivos laborales.

En la elección de las personas que iban a participar en el grupo de discusión, intenté que fueran heterogéneas, es decir, de diferentes edades, género y profesiones. Tuve dificultades en encontrar personas del género masculino, y finalmente, el único hombre que había convocado no pudo asistir.

En cuanto a las personas que han rellenado la encuesta, la selección de la muestra se realizó por conveniencia (no aleatoriamente). Aunque la muestra no fue seleccionada aleatoriamente, se intentó que fuese lo más representativa posible.

Seleccionar una muestra estratificada y seleccionada al azar entre los censados en Zaragoza, habría tenido como consecuencia unos resultados más representativos.

Por último, la mayor dificultad a la que me he tenido que enfrentar ha sido la falta de tiempo. Este Trabajo de Fin de Grado forma parte del plan de estudios del Grado en Trabajo Social. Se realiza en el segundo cuatrimestre del cuarto curso. En este mismo cuatrimestre también se cursan cuatro asignaturas optativas, paralelamente al Trabajo de Fin de Grado.

Esto ha limitado el estudio, que podía haber sido más amplio y abarcar más aspectos, como por ejemplo, la sensibilización sobre la enfermedad mental que se lleva a cabo con la población desde algunas asociaciones.

Al contactar con asociaciones sobre salud mental para la recogida de datos, he podido conocer algunas actuaciones que se llevan a cabo para sensibilizar a la población en relación con la enfermedad mental (conferencias, actividades, charlas en institutos, etc.). Me parece un tema bastante interesante que, lamentablemente, no he podido incluir en este trabajo.

También, como propuesta de mejora, habría sido interesante, no sólo conocer el estigma asociado a personas con esquizofrenia, sino también el estigma asociado a sus familiares y profesionales que les atienden. En el marco teórico comenté este tipo de estigma (estigma por asociación), pero debido a las limitaciones de tiempo no he podido abarcarlo.

Por último, otra propuesta de mejora consiste en analizar otras variables, no solo la edad, género y situación laboral. En la construcción personal de la realidad, y por tanto en la emisión de creencias erróneas generalizadas, influyen multitud de factores que deben ser analizados. Hay que considerar a los individuos teniendo en cuenta su historia personal. Otras variables que podían haber sido estudiadas son el estado civil, nivel de estudios, relaciones interpersonales, etc.

5- APORTACIONES

Como propuesta de mejora he diseñado una campaña para reducir el estigma de la esquizofrenia, que comprendería las siguientes líneas de actuación:

Charlas en centros escolares

Charlas informativas en las que se explique las causas, síntomas y prevalencia de la esquizofrenia. En estas charlas también se podría informar sobre los dispositivos asistenciales para atender a las personas diagnosticadas de esquizofrenia y las actuaciones realizadas desde las asociaciones de salud mental, centros de día, centros de rehabilitación psicosocial, etc.

Conferencias a cargo de personas diagnosticadas de esquizofrenia

Varias conferencias repartidas a lo largo del tiempo que dure la campaña, en la que varias personas con esquizofrenia cuenten a los asistentes como sufren este estigma desde su punto de vista.

Sensibilización a los medios de comunicación

Actuaciones de formación dirigidas a profesionales de diferentes medios de comunicación (prensa, televisión, cine, etc.), para intentar que se publique algún artículo que luche contra el estigma de la esquizofrenia, o que se realice algún cortometraje con este mismo objetivo.

Actuaciones dirigidas a la inclusión social de las personas con esquizofrenia en su comunidad

Se realizarán talleres de educación psicosocial, afrontamiento activo de los problemas que pudieran derivar la esquizofrenia (tanto directos como indirectos), actividades de la vida diaria, escuela de familiares, conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento, etc.

Creación de un programa de inclusión laboral para personas diagnosticadas de esquizofrenia

En este programa se realizarán cursos formativos, talleres de búsqueda de empleo (creación de curriculum vitae, herramientas de búsqueda de empleo, consejos para superar con éxito una entrevista) y se creará una bolsa de empleo en la que se oferten puestos de trabajo en las empresas que colaboren con la campaña.

Distribución de folletos

Trípticos en los cuales constarán datos informativos sobre la esquizofrenia que rompan los mitos y creencias erróneas existentes.

En la siguiente página adjunto el modelo de tríptico que he diseñado. Los datos incluidos en el tríptico son de la "Guía práctica para los medios de comunicación" (2002) elaborada por "La esquizofrenia abre las puertas".

Existe mucho desconocimiento sobre las enfermedades mentales y, en concreto, sobre la esquizofrenia.

El 83% de la población general desconoce qué es la esquizofrenia

Además, el estigma es la causa principal del aislamiento social, reduciendo las posibilidades de recuperación de los enfermos de esquizofrenia

Más del 50% de los enfermos de esquizofrenia se sienten rechazados debido a su enfermedad

Hay un alto número de enfermos de esquizofrenia sin diagnosticar debido al estigma que rodea a la enfermedad

¿A quién afecta la esquizofrenia?

Una de cada 100 personas presentará manifestaciones de esquizofrenia en algún momento de su vida.

¿Qué es la esquizofrenia?

Pérdida de contacto con la realidad

Los síntomas se pueden clasificar en:

Síntomas positivos: aquellas cosas que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar

- ✚ Delirios
- ✚ Alucinaciones
- ✚ Conductas extravagantes

Síntomas negativos: aquellas cosas que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos suelen realizar cotidianamente

- ✚ Embotamiento afectivo
- ✚ Pérdida de vitalidad
- ✚ Retraimiento social
- ✚ Pobreza de pensamiento

¿Cuáles son las causas de la esquizofrenia?

Interacción de diferentes factores genéticos, complicaciones en el embarazo y en el parto, que pueden afectar al desarrollo del cerebro y tensiones biológicas y sociales.

¿Sabías qué...?

- ✚ Los padres no son culpables de la enfermedad
- ✚ El 50% de quienes padecen esquizofrenia pueden alcanzar una recuperación total o casi total
- ✚ Las personas con esquizofrenia pueden trabajar
- ✚ Las personas con esquizofrenia pueden casarse
- ✚ Las personas con esquizofrenia pueden tener hijos

6-BIBLIOGRAFÍA

Andin-Sobocki, P. (2005), Cost of disorders of the brain in Europe, Eur J Neurol, 12, 1

American Psychiatric Association (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Barcelona: Masson S.A.

American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson S.A.

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2009) Manual de psicopatología. Volumen II. Madrid: Mc Graw hill

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental FEALES (2008). Salud mental y medios de comunicación. Guía de estilo. Madrid: FEALES

Corrigan, P. W., Markowitz, F.E., Watson, A.C., Rowan, D. y Kubiak, M.A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162-179.

Domínguez, A. (May-jun 2004), Análisis: costes de la esquizofrenia, ReEs, 3, 172-176

Espino, A. (Oct. 2009), El impacto de la salud mental en nuestras vidas, Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental, 11-21

Fuertes Rocañin, J.C., Cabrera Forneiro, J. (1996). Locura o normalidad. ¿Una frontera fácil de traspasar? Litofinter, S.A. FEALES

Goffman, E. (1963). Stigma: notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice hall

González Río, M.J. (1997). Metodología de la investigación social. Técnicas de recolección de datos. Alicante: Editorial aguaclara

Ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma del Código Civil en materia de tutela

Libro Blanco (1998). Estudio Socioeconómico sobre el Coste social de los trastornos de salud mental en España. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría OFISALUD

López, J.J. (2002). La esquizofrenia: Guía práctica para los medios de comunicación. Madrid: La esquizofrenia abre las puertas.

López M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. y Aparicio, A. (2008), La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible, Revista Asociación Española Neuropsiquiatría, 28, nº 101, 43-83

Lorente, F. (2003). Enfermedad mental. Marginación y sufrimiento humano I. Las Palmas de Gran Canaria: Obra social de acogida y desarrollo.

Macionis, J. y Plummer, K. (2007). Sociología (3ª ed.). Madrid: Pearson. Prentice Hall

Mazzara, B. (1999). Estereotipos y prejuicios. Madrid: Acento editorial

McDaid, D. (2008). Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe. Directorate-General for Health & Consumers.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo

Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., y Guillén, A. (2009) Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Editorial complutense

Myers, D. (2004). Exploraciones de la psicología social. 3ª ed. Madrid: Mc graw hil

Myers, D. (2005) Psicología. 7ª edición. Buenos Aires; Madrid: Editorial médica panamericana

Organización Mundial de la Salud (2005). El contexto de la salud mental. Ginebra: Editores médicos, S.S. EDIMSA

Suárez Ortega, M. (2005): El grupo de discusión: una herramienta para la investigación cualitativa. Barcelona: Laertes.

Torras García, A. (2011) Derechos humanos y salud mental. Todavía hay mucho que hacer: defendernos, Boletín de la asociación madrileña de salud mental, 19-24

WEBGRAFÍA

ww.aen.es

feafes.org

www.ine.es

www.saludmentalyesquizofrenia.com

www.esquizofreniaabrelaspuertas.com

<http://www.cibersam.es/cibersam>

www.wikipedia.org

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Profesionales de salud mental

Fuente: Torras García, A. (2011)

Tabla 2. Síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia

Tabla 3. Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en los medios de comunicación

Fuente: Muñoz y cols. (2009:89)

Tabla 4. Datos de las personas que han rellenado la encuesta

Tabla 5. Puntuaciones recogidas en las encuestas

Tabla 6. Puntuaciones en las encuestas de toda la muestra

Tabla 7. Puntuaciones de las encuestas realizadas a mujeres

Tabla 8. Puntuaciones de las encuestas realizadas a hombres

Tabla 9. Puntuaciones de las encuestas realizadas al grupo de edad de 18-29 años

Tabla 10. Puntuaciones de las encuestas realizadas al grupo de edad de 30-44 años

Tabla 11. Puntuaciones de las encuestas realizadas al grupo de edad de 45-60 años

Tabla 12. Puntuaciones de las encuestas realizadas a las personas que trabajan o han trabajado en el ámbito de salud mental.

Tabla 13. Puntuaciones de las encuestas realizadas a las personas que no trabajan en el ámbito de salud mental.

Tabla 14. Comparación de los resultados obtenidos en este estudio y en el estudio realizado por Muñoz y cols. (2009)

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Interacción de factores en la etiología de la esquizofrenia

Gráfico 2. Estereotipos, prejuicios y discriminación

Fuente: Muñoz y cols. (2009:13)

Gráfico 3. Comparación de los resultados en función del género.

Gráfico 4. Comparación de los resultados en función de la edad

Gráfico 5. Comparación de los resultados en función si se trabaja o no en el ámbito de salud mental

ANEXO I. Desarrollo del grupo de discusión

Participantes:

1. Mujer de 21 años. Trabaja como psicóloga en un centro de rehabilitación psicosocial
2. Mujer de 57 años. Es profesora de taller artístico en un centro de rehabilitación psicosocial. Además, tiene un familiar diagnosticado de esquizofrenia.
3. Mujer de 50 años, diplomada en Magisterio de educación especial. No ha trabajado nunca en el ámbito de la salud mental
4. Mujer de 56 años. No tiene contacto con la enfermedad mental.

Desarrollo del grupo de discusión:

Moderadora: "Revisando bibliografía he encontrado estudios en los que se preguntaba a la población general sobre los derechos que debía tener una persona con enfermedad mental. Y me sorprendió que algunas personas pensaban que las personas con enfermedad mental no deberían tener los mismos derechos que las personas sin enfermedad mental. ¿Qué pensáis vosotras sobre eso? Aquí he apuntado algunos derechos que se cuestionaban, por ejemplo: educación, tener voto, casarse, acudir al Hospital General..."

3: "No creo que sea así, por ejemplo a la educación todos tenemos derechos. Una persona con esquizofrenia, mientras esté tratada, tiene el mismo derecho que todo el mundo a la educación"

2: "Si, si, a la educación y a todos los derechos. Y al hospital igual, tiene el mismo derecho a ir."

1: "A veces se diagnostica tarde la enfermedad, porque acceden tarde al sistema de salud."

2: "Es más, incluso deberían tener más derechos de los que tienen. Otra cosa es que en la práctica esto se cumpla. Pero la asistencia sanitaria es algo fundamental."

4: "¿La esquizofrenia también se da en gente con mucha cultura? Porque recuerdo un señor que vivía por mi barrio que debía tener una enfermedad mental o algo, y tengo entendido que era un matemático sobresaliente, y a pesar de eso vivía en la calle."

2: "Claro, es que puede haber estudiado hasta el comienzo de la enfermedad. Luego con propia enfermedad, la medicación y todo pues igual le cuesta más. Pero hay muchos casos de personas con un nivel educativo alto, e incluso que siguen estudiando."

4: "¿En qué consiste exactamente la esquizofrenia? ¿Qué indicios hay? Bueno, indicios, síntomas..."

1: "Los síntomas son muchos. Se han dividido en síntomas positivos y síntomas negativos. Los síntomas positivos son los que la persona con esquizofrenia comienza a tener, y el resto de la gente no tiene; por ejemplo los delirios y alucinaciones, que pueden ser de muchos tipos. Por el contrario los síntomas negativos son cosas que la persona deja de hacer."

4: "¿Eso será más difícil de detectar, no?"

1: "Claro los síntomas positivos son mucho más visibles y se suelen detectar antes. Por el contrario los síntomas negativos son más difíciles de detectar, además aparecen gradualmente por lo que se puede tardar mucho en detectarlos."

2: "Los síntomas negativos serían, por ejemplo, aplanamiento afectivo, abulia, apatía, falta de aseo o higiene... También puede ser que la persona deja de realizar las actividades que realizaba anteriormente, como salir con los amigos."

1: "Parecen vagos pero es la propia enfermedad, ellos no son conscientes, muchas veces es por la medicación."

4: "El familiar de una amiga, que tiene esquizofrenia, fue al contrario, de repente un día empezó a estudiar y leer mucho, pero muchísimo, demasiado. Y entonces los demás, claro, sospechábamos que algo raro pasaba."

2: "Los síntomas pueden ser muy variados."

4: "Hace poco vi en una encuesta una pregunta que decía...como era... decía algo así como que si dejarías a tu hijo al cuidado de una persona con esquizofrenia. Yo no sé qué haría en ese caso, porque a la hora de tener una responsabilidad, parece que te corta un poco."

2: "Yo no tendría ningún reparo. Tengo un hermano con esquizofrenia, y por ejemplo mi hermano ha ido muchas veces a buscar a mis hijos al colegio sin ningún problema. Y ellos encantados, siempre querían ir con él. Otra cosa sería en un brote psicótico, en ese caso no. Pero el resto del tiempo ¿por qué no?"

3: "El caso de la mujer que yo conozco, tenía un hijo que iba a clase con mi hija. Y la señora siempre iba a llevar a su hijo al colegio, a recogerlo, siempre con la merienda, y vamos, que estaba siempre pendiente de él."

M: "Y cambiando un poco de tema, ¿qué haríais si a vuestra pareja le diagnostican esquizofrenia? ¿Cuál sería vuestra actitud con él o con ella?"

2: "Pues en primer lugar lo que haría sería informarme, hablar con alguien que pueda orientarme, el psiquiatra por ejemplo. También iría a un centro especializado o a una asociación de familiares, como esta. Creo que es muy importante contar con el apoyo de alguien que te asesore."

4: "¿Y cómo surgió esta asociación?"

2: "Este centro surge a raíz de la reforma psiquiátrica, cuando desaparecen los antiguos manicomios."

4: "¿Y esta reforma fue un cambio a mejor?"

2: "Con la reforma psiquiátrica están más protegidos."

1: "Antes se reían de ellos. Era como un circo, la gente pagaba entrada para ir al manicomio a verles. E incluso se les maltrataba, antiguamente se les quemaba porque pensaban que tenían algún espíritu malo dentro y esa era la forma de sacarlo."

2: "Y al surgir los neurolépticos, desaparece el "manicomio". Se traslada a los enfermos a casa, y los tienen que atender los familiares. Es ahí donde surge el problema. Para satisfacer esta necesidad se crean las asociaciones de familiares."

M: "Ahora que habláis de los neurolépticos, la siguiente pregunta está en relación con eso, ¿cuál creéis que es el mejor tratamiento para una persona con esquizofrenia?"

3: "La medicación, como decíamos antes, es muy importante, y luego está el apoyo social."

4: "Si, el roce es fundamental."

1: "Bueno, el roce si ellos quieren." (Risas)

4: "Si, si, claro, si quieren." (Risas)

3: "Son muy importantes los amigos y la familia."

4: "Si, si, es importantísimo. En el caso que yo conozco es un amigo suyo el que se hace cargo, porque vive solo y este amigo es amigo suyo. El, lo primero que hacía era sentarse en un rincón y no hablar con nadie, pero su amigo sabía cómo hablarle y cómo hacer que hablara. Es fundamental tener a alguien que se haga cargo o le apoye."

2: "Hablando del tratamiento, la principal medicación son los neurolépticos. Y luego por supuesto es fundamental el apoyo social. Aquí lo que intentamos es eso, que sigan en contacto con la gente. Pensad que aquí hay personas que llevan muchísimos años, entonces ya se conocen entre ellos, tienen sus amigos, quedan el fin de semana, e incluso han salido parejitas de aquí. El trabajo que realizan en los talleres les ayuda mucho a ocupar el tiempo, favorece la socialización,..."

3: "Claro, es una forma de mantenerte ocupado, hacer amigos... Y una duda que siempre he tenido... ¿hay más casos de esquizofrenia en hombres o en mujeres?"

1: "Afecta a ambos por igual. Aquí vienen más hombres que mujeres, pero es posible que sea por las cargas. No hablo de hijos, sino por ejemplo de hacer la comida, tareas domésticas. Suelen venir menos mujeres, pero eso no quiere decir que haya más casos de esquizofrenia en hombres que en mujeres. No recuerdo como son los porcentajes pero creo que eran bastante parecidos, no había mucha diferencia."

4: "Y las causas, ¿se conocen?"

1: "Hay muchas hipótesis. Lo que está claro es que hay un factor biológico. Por ejemplo, la dopamina. En las personas con esquizofrenia hay un aumento de actividad dopaminérgica. También

se ha comprobado que hay un componente genético. Si un familiar cercano tuyo tiene esquizofrenia tú tienes un 10% más de posibilidad de padecer esquizofrenia que otra persona que no tiene ningún familiar con esquizofrenia. También se ha propuesto asimetría en la estructura cerebral.”

2: “Se han propuesto muchos factores que pueden incidir: un virus en el embarazo, problemas en el parto, infecciones,...”

3: “Y el ambiente también afecta. Por ejemplo las drogas.”

2: “O también las situaciones estresantes. En la mili muchas veces surgía el primer brote.”

M: “Y ya por último, ¿qué imagen creéis que se da de la esquizofrenia desde los medios de comunicación?”

1, 2, 3, 4: “Mala, muy mala.”

3: “A veces los medios de comunicación son muy sensacionalistas. La prensa podría informar más sobre las enfermedades en vez de ser tan sensacionalista.”

4: “Sí, porque por ejemplo, cuando hablan en la televisión de asesinatos en algún colegio, de un tiroteo el día de la madre o de alguna noticia de ese estilo, enseguida dicen: seguro que es esquizofrénico. Y ponen el grito en el cielo.”

2: “Una cosa es una persona que actúa haciendo daño a los demás, por ejemplo un sociópata. Esas personas disfruten haciendo daño a los demás, no tienen remordimientos. Ser un sociópata no tiene nada que ver con la esquizofrenia. Pero en los medios de comunicación enseguida se relaciona la violencia con la enfermedad mental y con la esquizofrenia.”

3: “Y en todo caso no tiene tanto que ver con que la persona tenga esquizofrenia. Todos podemos ser buenos o ser malos, eso no tiene

nada que ver. Pero incluso aunque fuera real que tiene esquizofrenia, si comete un acto de ese tipo no tiene que ser por la esquizofrenia."

2: "El porcentaje de las personas con esquizofrenia que delinquen posiblemente sea menor que en el resto de la población."

3: "También puede haberse dado el caso de que por su enfermedad la gente se haya reído de él y eso haya sido la causa. Porque la esquizofrenia suele comenzar en la adolescencia o principio de la vida adulta, ¿no? Y esas son edades muy críticas, los chicos son muy vulnerables, siempre se suele despreciar al más débil, reírse de él... En el caso de un adolescente con esquizofrenia esto puede ser un factor que incida de manera negativa, las críticas por parte de los demás le pueden afectar mucho."

1: "Sí, es verdad, eso es cierto, bueno... excepto si tiene un delirio de grandeza."

4: "¿En qué consiste?"

1: "Consiste en tener la idea de que se es superior, grandiosidad. Por ejemplo *'yo soy mejor que los demás y me critican porque me tienen envidia'*. En este caso no le afectarían las críticas porque las relacionaría con envidia por parte de los demás."

4: "¿Y este delirio de grandeza siempre está presente?"

2: "No, no, siempre no. En algunas personas con esquizofrenia puede estar presente, pero no en todas."

El problema es que se tiende a pensar que una persona con esquizofrenia va a hacer daño a los demás, y no es así. Es más, suele ser al contrario, tienden a hacerse daño más a ellos mismos que a los demás."

3: "Sí, eso es verdad. Por ejemplo, el caso que yo conozco se suicidó, y fue por eso, porque no quería hacer daño a su familia y pensó que eso era lo mejor."

2: "Sí, desgraciadamente he conocido bastantes casos de suicidio. No se suelen contar los suicidios en la prensa o en la tele por el "efecto rebote". Para que otro que se quiere suicidar no coja ideas."

3: "Aunque ideas que no tenían también las pueden sacar de los ordenadores, de internet."

4: "A veces se suele relacionar mucho la esquizofrenia con aspectos religiosos, ¿no? Porque el chico del que os he hablado antes, era muy de iglesias y demonios."

2: "En el caso de mi hermano, por las noches venía a nuestra habitación porque decía que había visto al diablo en su habitación."

1: "Es muy importante tener conciencia de enfermedad, porque en la mayoría de los casos, cuando tienen un brote lo perciben como real."

ANEXO II. Modelo de encuesta

Cuestionario de atribución 27 (AQ-27)

Edad: _____ Sexo: F M

¿Tiene contacto con alguna persona diagnosticada de esquizofrenia?

- Sí, soy familiar de una persona diagnosticada de esquizofrenia
- Sí, trabajo (o he trabajado) con personas con esquizofrenia
- Sí, conozco a alguien diagnosticado de esquizofrenia
- No, no conozco a nadie diagnosticado de esquizofrenia

POR FAVOR, LEA LAS SIGUIENTES FRASES ACERCA DE JOSÉ:

José es un soltero de 30 años con esquizofrenia. A veces oye voces y se altera. Vive solo en un apartamento y trabaja como empleado en una gran firma de abogados. Ha sido hospitalizado seis veces a causa de su enfermedad.

AHORA CONTESTE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE JOSÉ. RODEE CON UN CIRCULO EL NUMERO DE LA MEJOR RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA.

1. Me sentiría violentado a causa de José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

2. Me sentiría inseguro cerca de José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
No, en absoluto Si, muchísimo

3. José me aterraría.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

4. ¿En qué medida se sentiría enfadado con José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

5. Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le exigiría que se tomara su medicación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
En absoluto								Muchísimo

6. Creo que José supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
En absoluto								Muchísimo

7. Si fuera un empresario, entrevistaría a José para un trabajo

1	2	3	4	5	6	7	8	9
No es probable								Muy probablemente

8. Estaría dispuesto a hablar con José acerca de su problema.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
En absoluto								Muchísimo

9. Sentiría pena por José.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ninguna en absoluto								Muchísima

10. Pensaría que es culpa de José que se encuentre en su situación actual.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
No, en absoluto								Si, totalmente

11. ¿Hasta qué punto cree que es controlable la causa de la situación actual de José?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
No hay ningún control personal								Completamente bajo control personal

12. ¿En qué medida se sentiría irritado por José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 En absoluto Muchísimo

13. En su opinión, ¿hasta qué punto es José peligroso?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 En absoluto Muchísimo

14. ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 En absoluto Muchísimo

15. Creo que sería mejor para la comunidad de José que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 En absoluto Muchísimo

16. Compartiría el coche para ir al trabajo con José cada día.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 No es probable Muy probablemente

17. ¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde José pudiera mantenerse alejado de sus vecinos, es el mejor lugar para él?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 En absoluto Muchísimo

18. Me sentiría amenazado por José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 No, en absoluto Si, muchísimo

19. ¿Hasta qué punto José le asustaría?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 En absoluto Muchísimo

20. ¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
No ayudaría Ayudaría

21. ¿Con qué certeza cree que ayudaría a José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Ninguna certeza Absoluta certeza

22. ¿Hasta qué punto comprende a José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísima

23. En su opinión, ¿hasta qué punto es José responsable de su situación actual?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
No es responsable Muy responsable

24. ¿Hasta qué punto le aterrorizaría José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

25. Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le obligaría a vivir en un piso supervisado.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

26. Si fuera un propietario, probablemente alquilaría un apartamento a José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
No es probable Muy probablemente

27. ¿Cuánta preocupación sentiría por José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Ninguna Muchísima

ANEXO III. Encuestas