



LA ESQUIZOFRENIA Y SU ESTIGMA SOCIAL:

Una aproximación a la percepción actual

Autora: Mireia Soler i Caixal

Tutor: Francisco Collazos Sánchez

Trabajo Final de Grado de Criminología

Grado en Criminología y Derecho

Curso: 2018-2019

Fecha de entrega: 24-05-2019

Número de palabras: 9.383



AGRADECIMIENTOS:

A Francisco Collazos, por guiarme en este trabajo con su experiencia, sabiduría y profesionalidad; ha sido todo un lujo poder trabajar con él.

A Marc Ajenjo y Irene Cruz por su compromiso y dedicación con la estadística.

A todas las personas anónimas que han aceptado participar en el estudio respondiendo amablemente a las preguntas; sin ellos no habría podido realizar mi trabajo.

Y a mi familia y amigos, por su apoyo incondicional.

RESUMEN:

El estigma se concibe como una construcción o etiqueta social que tiende a desprestigiar a la persona que presenta una característica, enfermedad o atributo distinto del colectivo social, devaluando así su identidad. En el presente trabajo se trata de investigar la existencia de este estigma en relación a las personas que padecen de esquizofrenia, de modo que, partiendo del objetivo marcado, se realiza un estudio cuantitativo tomando como variables, el estigma, los estudios universitarios y la edad.

PALABRAS CLAVES:

Esquizofrenia, construcción social, estudios universitarios y edad.

ABSTRACT:

Stigma is conceived as a social construction or label that tends to discredit the person who presents a characteristic, illness or a different attribute from a social group, thus devaluing his identity. In the present work, we investigate the existence of this stigma in relation to people who suffer from schizophrenia, so that, starting from the marked objective, a quantitative statistical study is made taking into account the following variables: stigma, age and university studies.

KEY WORDS:

Schizophrenia, social constructions, age and university studies.

AGRADECIMIENTOS:	1
LISTADO DE ABREVIATURAS	5
<u>1.INTRODUCCIÓN</u>	6
<u>1.1 ETIMOLOGÍA</u>	7
<u>2. MARCO TEÓRICO</u>	7
<u>2.1. CRIMINALIDAD DE LA PERSONA QUE PADECE DE ESQUIZOFRENIA</u>	7
<u>2.2. MEDIDAS DE SEGURIDAD EXISTENTES</u>	9
<u>2.3. LA ESQUIZOFRENIA COMO EXIMENTE EN LOS TRIBUNALES</u>	10
<u>2.4. LA ESQUIZOFRENIA Y SU ESTIGMA SOCIAL</u>	13
2.4.1. <i>Teoría del etiquetamiento</i>	13
2.4.2. <i>Aproximación al estigma</i>	15
<u>2.5. OBJETIVOS GENERALES DEL TRABAJO</u>	16
<u>3. METODOLOGÍA</u>	16
<u>3.1. MODELO DE ANÁLISIS</u>	17
<u>3.2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL TRABAJO</u>	18
<u>3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE CONCEPTOS</u>	19
<u>3.4. FICHA TÉCNICA DE LOS DATOS</u>	20
<u>3.5. METODOLOGÍA POBLACIÓN 1</u>	23
<u>3.6. METODOLOGÍA POBLACIÓN 2</u>	23
<u>3.8. INSTRUMENTO ESTADÍSTICO UTILIZADO PARA EL ANÁLISIS</u>	25
<u>4. RESULTADOS</u>	25
<u>4.1. POBLACIÓN DIANA 1</u>	25
<u>4.2. POBLACIÓN DIANA 2</u>	27
<u>5. CONCLUSIONES</u>	32
<u>5.1. LIMITACIONES DEL TRABAJO</u>	34
<u>5.2. POSIBLES LÍNEAS DE ESTUDIO FUTURAS</u>	35
<u>6. BIBLIOGRAFÍA</u>	37
<u>7.ANEXOS</u>	39
<u>7.1. ANEXO 1: ENCUESTA POBLACIÓN DIANA 1</u>	39
<u>7.2. ANEXO 2: ENCUESTA POBLACIÓN DIANA 2</u>	45
<u>7.3. ANEXO3. VALORES OBTENIDOS EN LAS ENCUESTAS, FORMATO EXCEL</u>	52
<u>7.4. ANEXO 4: ENTREVISTA A LA PSICÓLOGA, ANNA BENÍTEZ</u>	55
<u>7.5. ANEXO 5: ENTREVISTA A JESÚS PÉREZ PAZOS</u>	57

<u>7.6. ANEXO 6: ESTUDIO DETALLADO CON R PARA CADA PREGUNTA REALIZADA EN LAS ENCUESTAS.</u>	81
7.6.1. <i>MUESTRA 1</i>	81
7.6.2. <i>MUESTRA 2</i>	86
<u>7.7. ANEXO 7: BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA</u>	106

LISTADO DE ABREVIATURAS

1. Artículo: art.
2. BOE: Boletín Oficial del Estado.
3. Código Penal: CP
4. Hipótesis población diana 1: H1
5. Hipótesis población diana 2: H2
6. Hipótesis resultante de la relación entre generación y estudio: H3
7. Página: p.
8. Población diana 1: PD1
9. Población diana 2: PD2
10. Momento Histórico: MH

1.INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno grave, psicótico y crónico que afecta a la forma de sentir, pensar, comunicarse y crear relaciones interpersonales, en las que el enfermo puede presentar un conjunto de síntomas positivos, negativos, afectivos y cognitivos. Dicha enfermedad, afecta a un 1% de la población y de entre sus síntomas podemos destacar las alucinaciones, los delirios y en general, la pérdida de contacto con la realidad.

Aunque la prevalencia de este trastorno es semejante en todo el mundo, es más predominante en mujeres que en hombres, siendo, esencialmente, un trastorno de inicio juvenil cuya mayor prevalencia se encuentra en zonas urbanas, en estratos cuya renta y poder económico son más bien bajos y en ambientes con índices altos de inmigración. Así pues, tal y como determina Parramon (2018), aproximadamente el 0,7% de la población general presentaría esquizofrenia, oscilando una incidencia anual de 0,5 a 5 personas por 100.000 habitantes. (Parramon, 2018).

Respecto a la posible relación de la esquizofrenia con la posible comisión de delitos, Esbec y Echebarría (2016) afirman que:

“Una gran parte de los actos violentos cometidos por personas con esquizofrenia se relacionan con la presencia de (...) ideas delirantes persecutorias, alucinaciones auditivas amenazantes o imperativas y otros fenómenos psicóticos. Las ideas delirantes o las alucinaciones auditivas contribuyen al descontrol y a la conducta violenta del sujeto al vivenciar como reales sensaciones o hechos inexistentes pero que resultan ser determinantes de su comportamiento” (p.71)

En cuanto al tratamiento de esta enfermedad cuya causa se desconoce, principalmente, se suele emplear fármacos neurolépticos o antipsicóticos, los cuales tienen por objetivo corregir los desequilibrios existentes en los neurotransmisores. No obstante, no se debe restar importancia a las terapias psicosociales, las cuales tratan de poder ofrecer al enfermo mecanismos asistenciales a través de técnicas terapéuticas que pueden ser empleadas tanto en centros de día como en centros de salud mental y centros de autoayuda. Por otro lado, cabe remarcar que no existe una prueba específica para el diagnóstico de la esquizofrenia, de modo que, en este es de vital importancia la observación de los distintos síntomas en base a unos criterios clínicos preestablecidos, así

como el historial clínico del paciente. De modo que, éste se reduce al examen psicopatológico sin perjuicio de la utilización de los criterios consensuados por la comunidad científica, tales como el CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

De modo que, en cuanto a la estructura, el presente trabajo pretende determinar la existencia del estigma en relación con la esquizofrenia así como analizar cuantitativamente y desde el punto de vista criminológico si la generación y los estudios contribuyen a la creación de éste.

1.1 ETIMOLOGÍA

El término Esquizofrenia, se utilizó por primera vez, en una conferencia en Berlín el año 1908 de la mano del psiquiatra suizo, Eugen Bleuler. El origen de la cual, surge de una división de la palabra entre “Esquizo” (ruptura) y “frenos” (mente), de modo que, a partir de la traducción literal de estos términos griegos, podemos hacernos una pequeña idea de lo que supone esta enfermedad.

No obstante, García (2002) entiende que el conjunto de ambas palabras tiene el siguiente significado: “La escisión de la estructura de la personalidad, la ruptura del yo, síntoma esencial de la enfermedad, en el que el psiquismo funciona como un cabalgamiento anárquico de planos y de un fracaso de la comunicación” (p. 264).

Considerando lo anteriormente expuesto, podríamos concluir que la palabra Esquizofrenia, se trata de un neologismo que metafóricamente señala la separación entre la mente y el alma, poniendo de relieve el desequilibrio mental característico de la Esquizofrenia.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. CRIMINALIDAD DE LA PERSONA QUE PADECE DE ESQUIZOFRENIA

Resulta ser un tema de gran interés la criminalidad de la persona que padece de esquizofrenia, pues cuando una persona psicótica comete un delito, la notoriedad que se deriva por la forma en la que se publicita en los medios de comunicación, provoca un rechazo social así como un estigma muy significativo. No obstante, dicha categorización,

es muy relevante, porque en casi ningún caso, se asemeja a la que se le haría a una persona sin trastorno mental; hecho que será abordado en el presente trabajo.

Afirmando lo anterior, García (2002), considera que: “el acto delictivo del psicótico, cuando lo comete, adquiere una peculiar hostilidad y violencia” (p. 280). Sin embargo, y en contraposición con la que podría ser la opinión social, la mayoría de los enfermos con esquizofrenia no acostumbran a contravenir las disposiciones del CP, sino que la prevalencia de desarrollar un trastorno psicótico como la esquizofrenia es mucho mayor en prisión; argumento refutado por el Dr. Pérez Pazos (psiquiatra de la unidad psiquiátrica penitenciaria de Can Brians 1) en la entrevista adjuntada en el Anexo 5.

Por otro lado, sí que podríamos afirmar que los enfermos con esquizofrenia aguda presentan un índice más alto de peligrosidad cuando no se les ofrece el tratamiento oportuno o directamente, no se les trata. Así pues, partiendo de lo dispuesto por Mayer Gross y Wyrsh (recogido por García Andrade, 2002) para poder valorar el riesgo de una persona con esquizofrenia de cometer un acto delictivo, se debe justipreciar la biografía personal del enfermo, así como también el perfil psicológico premórbido¹, la agresividad y la manera de crear relaciones interpersonales (p. 280). Por lo tanto, aquellos enfermos que presenten síntomas agudos y graves podrían ser más propensos a cometer un delito, en detrimento de aquellos que los presentan de forma más leve. Existe, empero la posibilidad de que el cuadro clínico se inicie con un acto criminal, a partir del cual, se diagnostique la enfermedad.

Asimismo, la mayoría de delitos cometidos por enfermos con esquizofrenia carecen de historia previa, es decir, son actos delictivos impulsivos, imprevisibles e incomprensibles seguidos por sus delirios que caracterizan a dicho trastorno mental. Aunque cabe señalar que, en ocasiones, el acto delictivo es la fase final de un largo recorrido de pensamientos tormentosos del enfermo como consecuencia de sus ideas patológicas. Todo ello, llevando a un aumento no solo del temor social de la sociedad frente a la persona que padece de esquizofrenia sino a la construcción de un estigma que puede acarrear otras múltiples consecuencias emocionales para ese enfermo que es considerado peligroso, loco o incluso, poseído por el demonio. (García, 2002, p.280).

A su vez, tal y como determina García (2002), el enfermo mental suele ser un “lobo solitario” es decir, no acostumbra a utilizar cómplices para el desarrollo de su acto

¹ Personalidad premórbida: personalidad existente antes de la aparición de un trastorno mental.

delictivo, sino que es promovido por los impulsos de su propio yo. Aunque, existen casos como el asesinato múltiple de Tenerife en el que claramente se puede apreciar una psicosis inducida del padre e hijo, ambos esquizofrénicos. (p. 281)

En definitiva, los actos delictivos del enfermo con esquizofrenia, pueden ser englobados en dos grandes grupos: el primero, aquel sin historia, que se corresponde a un acto sin motivación²; y el segundo, siendo socialmente más grave, aquél que junto con la enfermedad interactúan otras causas y que puede derivarse en homicidios, asesinatos y agresiones.³

2.2. MEDIDAS DE SEGURIDAD EXISTENTES

En primer lugar, cabe indicar que la justificación de este epígrafe, se debe a que es preciso atender a la determinación que realiza el CP cuando una persona con trastorno mental comete un delito; incluido juntamente con el que presenta una intoxicación por drogas o una alteración en la percepción desde el nacimiento.

Así pues, las medidas de seguridad están reguladas en el Título IV del CP, y podrán ser medidas privativas y no privativas de libertad. Por el tema que en este trabajo nos ocupa, trataremos el primer bloque. Así pues, es preciso indicar que, tal y como determina el CP, únicamente se podrán imponer medidas de seguridad cuando concurren uno de los dos criterios siguientes: cuando se haya cometido un delito o se aprecie reincidencia. Asimismo, en su artículo 96.2 señala que existen tres tipos de medidas privativas de libertad: El internamiento en un centro psiquiátrico, el internamiento en un centro de deshabitación y el internamiento en un centro educativo especial.

De modo que, en la medida en la que una persona con trastorno mental cometa un delito, como consecuencia de la enfermedad, dando énfasis a la exigencia anterior, en ningún caso se le podrá imponer una pena privativa de libertad al existir un eximente (aspecto tratado en el siguiente epígrafe) sino que se le deberá imponer alguna de las tres medidas

² Propio de la que era concebida como la catatonía, un subtipo de esquizofrenia caracterizada por conllevar alteraciones motoras, y agitación motriz. Actualmente, ya no se conciben estos subtipos al tratarse de una enfermedad que presenta el mismo tratamiento para todos ellos y al no existir tantas diferencias sustanciales como para catalogarla en tipos de esquizofrenia.

³ Propio de la hebefrenia, antiguo subtipo más desorganizado de la esquizofrenia basado en una alteración notable en la afectividad y el pensamiento, con deficiencias en la capacidad asociativa llegando en múltiples ocasiones al pensamiento mágico, es decir a alucinaciones.

anteriormente mencionadas; argumento refutado por el Tribunal Supremo, en la Sala de lo penal, en recurso de casación 10181/2017:

“Al haber sido absuelto el acusado por apreciarse una circunstancia eximente de la responsabilidad criminal: la de alteración psíquica (art. 20.1o del C. Penal), no puede ser considerado culpable de los hechos delictivos. Ello determina la imposibilidad de una condena a pena alguna dada su falta de culpabilidad, sino a lo sumo a una medida de seguridad, tal como se prevé en el art. 101 del C. Penal , debiendo así excluirse la imposición de penas en el fallo, en el que sólo procede hablar de la imposición de medidas de seguridad acordes al grado de peligrosidad del autor de los hechos delictivos, y no al grado de una culpabilidad que no concurre (art 6.1 CP)”.

2.3. LA ESQUIZOFRENIA COMO EXIMIENTE EN LOS TRIBUNALES

El CP, en el capítulo II prevé las causas modificativas de la responsabilidad penal. Así pues, en su artículo 20.1 reza que:

“Están exentos de responsabilidad criminal: El que, al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.”

De modo que, para poder imputar responsabilidad penal se precisa el cumplimiento de dos condiciones: la capacidad volitiva y la cognitiva. Esta última, es la que se puede ver afectada por un trastorno mental, es por eso que, al tiempo de originarse el delito si se comete con la capacidad cognitiva afectada, el presunto responsable quedaría eximido de toda responsabilidad penal. No obstante, el aspecto sustancial recae en determinar cuándo el delito se comete bajo las circunstancias anteriormente mencionadas o si, por el contrario, se trata de una simulación para evitar la pena privativa de libertad. Artificio tratado con la entrevista realizada al Dr. Jesús Pérez Pazos⁴. El cual determinaba que, a

⁴ Ver Anexo 5

diario, se encuentran con casos en los que, en vez de tener que justificar los actos del paciente por una posible descompensación, deben argumentar que esa persona no está sufriendo las alucinaciones que dice ver u oír, sino que se trata, efectivamente de una representación.

Por otro lado, es necesario determinar que, aunque la esquizofrenia sea un trastorno mental crónico y psicótico, no se articula como una condición que en todo caso conlleve a la inimputabilidad, sino que, tal y como determinábamos antes, sin poner en duda la considerable gravedad de la enfermedad, se debe atender al grado de vinculación de la esquizofrenia con los actos cometidos, es decir, la relación causal existente, hecho que se llevará a cabo no solo con el peritaje sino con el examen psiquiátrico, herramientas que trataremos a continuación.

Razonamiento fuertemente refutado por la doctrina, tal y como se precisa en la Sentencia Penal Nº255/ 2018 de la Audiencia Provincial de Baleares, Sección 2, Rec. 131/2018 de 07 de junio de 2018:

“Para determinar la imputabilidad de una persona, (...) no sólo ha de atenderse a la enfermedad o deficiencia que afecte a la misma, sino fundamentalmente al concreto efecto que produce en su capacidad volitiva e intelectual.”

Refutando lo anterior, el Tribunal Supremo en la Sentencia Nº 1170/2006 defiende que:

“La enfermedad mental tiene, en nuestro derecho, un doble componente, biológico-psicológico, de modo que requiere, además de un sustrato psiquiátrico (patológico), que tal padecimiento produzca en el acusado una incapacidad severa para conocer el alcance de sus actos, o (...) que no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.”

Aunque hasta este punto se haya tratado la esquizofrenia como eximente de responsabilidad penal, también puede suponer un atenuante cuando se cumpla el presupuesto primero del artículo 21 del CP: “Cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos ”.

En otras palabras, este artículo se aplicaría cuando se produjera una eximente incompleta, es decir, en aquellos casos en los que no se cumplen con las condiciones legalmente

establecidas para que se dé la inimputabilidad, pero que, aun así, se considera que se debe originar una modificación de la responsabilidad criminal. Se aplicaría en aquellos casos en los que la enajenación mental merma las facultades cognitivas del enfermo, pero sin anularlas totalmente. Un ejemplo práctico es el que podemos apreciar en la Sentencia N° 1170/2006 del Tribunal Supremo por el que se determina que:

“La Sala considera que debe ser acreedor de una atenuante analógica de enfermedad mental, (...) por encontrarse "ligeramente" disminuida su comprensión de la realidad y no estar empeñada su capacidad de comprender "entre el bien y el mal.”

A condición de que se pueda eximir o modificar la responsabilidad penal de un enfermo con esquizofrenia, se necesita, previamente, un peritaje psiquiátrico, realizado por el forense que frecuentemente seguirá el informe psiquiátrico que realicen los psiquiatras de los hospitales psiquiátricos penitenciarios. De modo que, la función de ambos profesionales es crucial para el buen diagnóstico y determinación de la pena (si es que la hay). Así pues, tal y como señala el Dr. Jesús Pazos:

“El peritaje es la herramienta básica para que determinados pacientes con un trastorno mental sean rehabilitados como deben. Porque si no se entiende su trastorno y sus necesidades, por mucha pena de prisión que tengan, no se van a rehabilitar.” (Pazos, Anexo 5)

Lo que puede suceder, por el contrario, es que en el momento de determinar si el detenido presenta un trastorno mental, en este caso una esquizofrenia, que el forense considere que no la padece y por lo tanto, el presunto responsable sea ingresado en un módulo ordinario normal, con todas las consecuencias que se pueden desencadenar. No obstante, el Dr. Pazos nos comentaba que, en el caso que esto sucediera, gracias a la inversión que ha hecho recientemente la Administración Pública, este interno recibiría una visita de un psiquiatra en un plazo máximo de dos semanas, hecho que facilitaría el correcto diagnóstico y su posterior traslado al hospital psiquiátrico penitenciario, después de que el juez así lo ordenase.

Aunque en este epígrafe se aborde el escenario de un delito cometido por una persona que padece de esquizofrenia, cabe remarcar que muchas ocasiones se produce a la inversa, en la que la persona que sufre un trastorno mental es víctima de un abuso (normalmente

sexual) como consecuencia de su condición que le lleva a la indefensión. En base a eso, existe múltiple jurisprudencia de la que destacamos el siguiente fragmento de la Sentencia Penal nº 167/2018, de la Audiencia Provincial de Baleares:

“Se considerarán abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre personas de cuyo trastorno mental se abusare. El elemento determinante (...) no es tanto la patología que presenta el sujeto pasivo como la capacidad que tiene para comprender la naturaleza del acto cuya realización consiente.”

2.4. LA ESQUIZOFRENIA Y SU ESTIGMA SOCIAL.

2.4.1. Teoría del etiquetamiento

La teoría del etiquetamiento forma parte de las teorías micro sociológicas de la sociología de la desviación y se articula como una teoría criminológica que amplía su objeto de estudio respecto las otras teorías, pues no se centra en la delincuencia, sino que concentra sus postulados en los agentes que la controlan, como la policía. Su mayor referente es Howard Becker y fue desarrollada en la década de los 60 y 70, contexto histórico muy dinámico que influyó en su desarrollo.

Así pues, dicha teoría introduce una perspectiva distinta sobre la consideración de las normas y sobre la desviación que puede implicar el incumplimiento de éstas. De modo que, existe una consideración plural de las normas, en las que es crucial para la existencia de la desviación el concepto de norma en sí mismo. Idea ejemplificada en el siguiente fragmento de Becker (1963) :

“Cuando una regla es aplicada, la persona que se supone que la ha incumplido puede ser vista como una clase especial de persona, alguien en quien no puede confiarse que viva bajo las reglas acordadas por el grupo. Él es visto como un desviado (outsider, en el original). Pero la persona que es etiquetada como desviada puede tener un punto de vista diferente sobre la materia.” (pp.1-2)

Considerando el fragmento de Becker, podemos afirmar que, para poder realizar una comprensión adecuada del crimen, se debe atender en primer lugar, a la reacción social que el colectivo presenta y en segundo, al proceso de definición o etiquetamiento que se realiza frente a determinadas actuaciones o personas que son consideradas desviadas. De

manera que, esta teoría, de la mano de Edward Lemert, concibe dos tipos de desviaciones o de “outsiders”, los cuales se articulan como los nuevos conceptos que la diferencian de las demás:

- a) Desviación primaria: Se trata de una desviación que no ejemplifica la identidad de la persona, sino que se articula como una característica más con la que vive pero que no la define. Lemert (1967) indica que:

“Representa implicaciones marginales para el estatus y la estructura psíquica de la persona, en las que los problemas que se derivan vienen gestionados mediante la normalización, la cual provoca que la desviación sea vista como un problema más del día a día.” (cap.III)

Así mismo, los autores de dicha teoría no centraron su atención en este tipo de desviación, sino que su principal preocupación restaba en la desviación secundaria.

- b) Desviación secundaria: Consiste en el impacto que tiene en la persona la desviación, es decir, qué valor le da a la categorización que se le ha impuesto y los problemas asociados con ella pues los considerados desviados, acostumbran a tener su identidad constituida alrededor de la desviación. De modo que, lo que preocupaba a los autores era determinar qué poder tenían los organismos de control para poder evitar las desviaciones. Así pues, tal y como determina Lemert (1967):

“Los problemas son esencialmente de carácter moral, vinculados a la estigmatización, las sanciones, la segregación y el control social. Además, implica un cambio significativo en el entorno del desviado, influyendo en su socialización, tanto en la primaria como en la secundaria y, en consecuencia, provocando una reestructuración de los roles sociales.” (cap.III)

A esta teoría no le interesan tanto las causas de la delincuencia, sino los procesos de criminalización, a partir de los cuales, el colectivo social categoriza aquellos comportamientos aceptados y, por el contrario, aquellos en los que la persona que los comete pasa a ser considerada delincuente.

2.4.2. Aproximación al estigma

El estigma es la construcción social que tiende a desprestigiar a aquella persona que presenta una determinada característica, enfermedad o atributo, atribuyéndole así una identidad social devaluada, temida o rechazada por el colectivo. Aunque dicho estigma varía en función del contexto social, puede acarrear múltiples consecuencias hacia la persona que la sufre no solo a nivel social sino en la esfera personal y de aceptación de uno mismo.

Junto con el estigma, es preciso abordar la estigmatización del enfermo mental, el cual, normalmente es percibido como peligroso, errático e imprevisible. Asimismo, tal y como determina el glosario de términos psicopatológicos e históricos psiquiátricos (2019) los más estigmatizados son los enfermos de esquizofrenia, los alcohólico-dependientes y los drogodependientes.

Este prejuicio, implica un conjunto de conductas negativas o de creencias erróneas que influyen y dificultan los procesos de recuperación de las personas que padecen una enfermedad mental, aumentando inevitablemente, el riesgo de exclusión social, de discriminación y de frustración de la propia persona que sin escoger el trastorno que padece, es categorizado y rechazado por sus iguales.

Tal y como comentábamos antes, este estigma es muy frecuente en la esquizofrenia, y no solo aparece en personas que no pertenecen al círculo más cercano del enfermo, sino que sorprendentemente, aparece en los familiares y en los mismos pacientes (autoestigma), aspectos tendentes a la negación y que, por tanto, dificultan la obtención del tratamiento adecuado.

Este conjunto de creencias erróneas o de temores tienen su origen en preconcepciones sociales o prejuicios, que, por desgracia, actualmente siguen estando muy arraigados en la sociedad; hecho que impide que en pleno siglo XXI, no se pueda concebir al enfermo que padece de esquizofrenia como otro miembro “normal” respecto de los demás integrantes del colectivo social.

Cabe remarcar, respecto al estigma, tal y como determina la psicóloga Anna Benítez (actualmente trabaja como TASOC⁵) que el principal motivo de su construcción, es tanto el desconocimiento como las ideas preconcebidas. Basándonos en su experiencia personal⁶ la Srta. Anna argumenta que, debido a sus vivencias anteriores a trabajar en la *Mútua Terrassa*, ella misma tenía estas preconcepciones de modo que, su opinión respecto a las personas que padecen de esquizofrenia ha cambiado de forma abismal.

Dicho estigma se articula como el principal objetivo de la investigación de campo, en la que se pretende examinar en qué medida sigue existiendo el estigma hacia las personas que padecen de esquizofrenia.

2.5. OBJETIVOS GENERALES DEL TRABAJO

Teniendo en cuenta la revisión teórica expuesta, procederemos a exponer los objetivos generales del trabajo:

- Determinar la existencia del estigma respecto de las personas que padecen de esquizofrenia.
- Analizar cuantitativamente la relación entre la esquizofrenia y el estigma.
- Tratar dicho estigma desde el punto de vista criminológico.

3. METODOLOGÍA

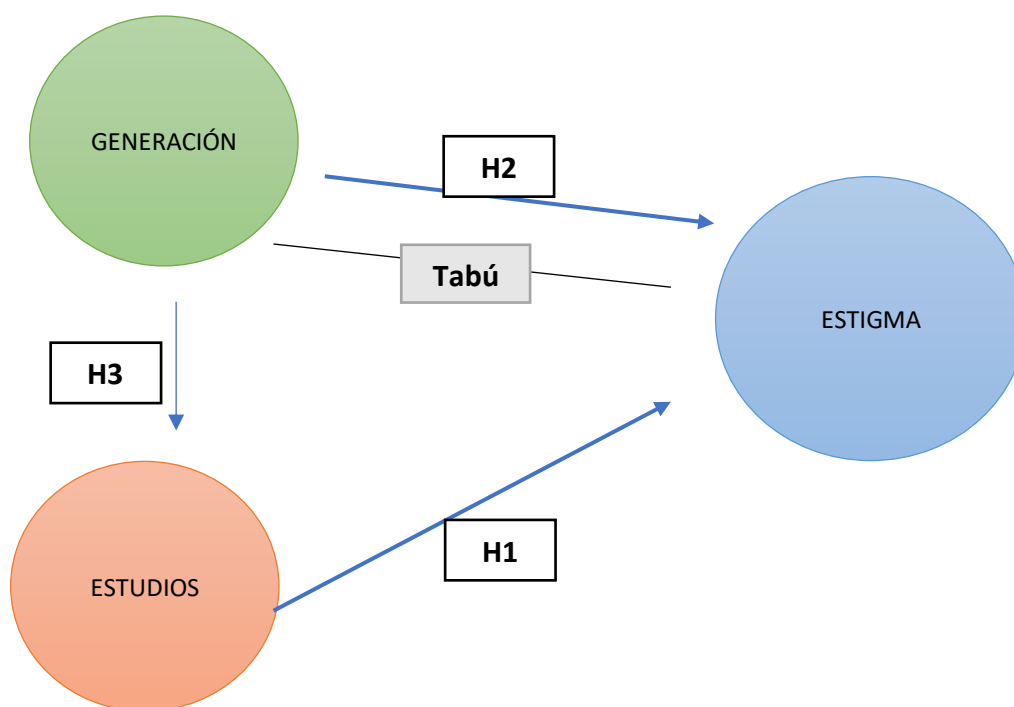
Para poder realizar un análisis de la relación del estigma con la esquizofrenia, se ha realizado un estudio cuantitativo, basado en dos encuestas, de modo que, a continuación, se procede a exponer la metodología utilizada en cada una de ellas. Cabe indicar, que ambas encuestas se articulan en torno a preguntas indirectas y claras sobre situaciones cotidianas cuyo objetivo es identificar a través de éstas, la existencia o no del estigma. Asimismo, dicho estudio se articula en relación a una ruptura epistemológica, la pregunta inicial de la cual es la siguiente: ¿Varía la intensidad del estigma hacia la persona que padece de esquizofrenia en función de los estudios que se ostenten o de la generación a la que se pertenezca?

⁵ Técnica en actividades socioculturales en un centro de atención socio sanitaria

⁶ Ver anexo 4

3.1. MODELO DE ANÁLISIS

El modelo de análisis del presente trabajo se corresponde con un análisis descriptivo con un índice de estigmatización, en el que existen tres conceptos: el estigma como variable dependiente y la generación y los estudios, como variables independientes; configurándose de la siguiente manera:



Tal y como se muestra en el esquema de elaboración propia, surgen tres hipótesis de esta relación, de las cuales, en este trabajo, solo se analizarán las dos primeras, quedando la tercera como posible línea de investigación futura y siendo las dos restantes ampliadas y justificadas en el siguiente epígrafe.

Asimismo, es preciso indicar que entre la relación entre la generación y el estigma, en la que se configura la H2 existe un elemento mediador: el tabú, aspecto desarrollado en el apartado 3.2.

No obstante, para poder cuantificar la intensidad del estigma en relación con los estudios y la generación, y por lo tanto, poder responder a la pregunta epistemológica, estos se cuantifican a través de baremos numéricos que oscilan del 0 al 10, en los que, en todas

las preguntas de las dos encuestas, el 0 corresponde al mayor estigma (categoría “nunca”) y el 10 indica el menor (categoría “siempre”).

Exceptuando lo anterior, encontramos en la PD1⁷ la pregunta 12, en la que el 0 es indicador de la menor peligrosidad, y la 13, el 0 es indicador de una menor prevalencia, correspondiéndose en ambos casos el 10 con el mayor estigma. Asimismo, en la PD2⁸ estas preguntas se corresponden con la pregunta 13 y 14.

3.2 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL TRABAJO

Tal y como hemos comentado anteriormente, existen dos poblaciones diana, es por eso que existen hipótesis y objetivos para cada una de ellas.

Población diana 1⁹:

- **Hipótesis (H1):** Los estudiantes universitarios presentarán una menor intensidad de estigma, en relación con los que no ostentan dichos estudios.
- **Objetivo:** Se pretende investigar la influencia de los estudios universitarios con la concepción hacia la persona que padece esquizofrenia, mediante la comparación entre jóvenes de 19-35 años con jóvenes de la misma edad que no presenten estudios universitarios.
- **Variable a estudiar:** Estudios universitarios.
- **Fundamentación H1:** Se parte de la tesis doctoral realizada por Marciales, G.P. (2003), estudio que fundamenta la hipótesis por la que consideramos que la PD1, aprende a tener un pensamiento crítico y consecuentemente, presentará un menor estigma.

Población diana 2¹⁰:

- **Hipótesis (H2):** La generación anterior al 1959 (mayores de 60) presentará el índice más alto de estigma, y en consecuencia percibirá a la persona que padece de esquizofrenia como más peligrosa que una persona sin enfermedad mental.

⁷ Ver anexo 1

⁸ Ver anexo 2

⁹ Ver anexo 1.

¹⁰ Ver anexo 2

- **Objetivo:** Se pretende estudiar si la generación y en consecuencia, los distintos procesos de socialización, inciden en el pensamiento restrictivo o, por el contrario, tolerante respecto las personas que padecen esquizofrenia.
- **Variable a estudiar:** La generación.
- **Fundamentación H2:** Se parte del estudio de la autora Chirinos, N. (2009), la cual realiza una revisión teórica en la que señala que las distintas generaciones responden a procesos de socialización diferentes y son éstos, los que inciden en sus pensamientos y convicciones. Aunque la autora traslade estas distinciones al ámbito laboral, son extrapolables al presente trabajo. Asimismo, el estudio de González A. (2011), también fundamenta nuestra hipótesis, considerando las diferencias entre las generaciones como consecuencia del entorno social vivido y del momento histórico.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE CONCEPTOS

La operacionalización, surgió de la mano de P. W. Bridgeman el cual introdujo un procedimiento cuyo objetivo persigue reducir la ambigüedad de las variables, otorgando así una mayor claridad al estudio (Conesa, P., Romero, P. (2000), p. 158).

Mediante el siguiente esquema se pretende especificar las variables objeto de estudio para posteriormente, a través de los indicadores expuestos, podamos analizar la forma en la que las dimensiones se articulan y refutar o verificar las hipótesis inicialmente formuladas.

CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES
Estigma	<ul style="list-style-type: none"> - Confianza - Interacción - Competencia - Peligrosidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquiescencia respecto el ejercicio de profesiones médicas de Atención Primaria - Permisi3n acerca del ejercicio de un cargo de alta responsabilidad como la de presidente del gobierno.

		<ul style="list-style-type: none"> - Conformidad en relación al ejercicio de una profesión que implique el cuidado de menores de edad. - Percepción respecto la comisión de delitos. - Confirmidad acerca del ejercicio de tareas domésticas. - Percepción respecto a la peligrosidad. - Conformidad acerca a la obtención del carnet de conducir. - Permision respecto el ejercicio de una profesión que implique el cuidado de ancianos. - Aprobación respecto a la tenencia de hijos. - Conformidad acerca del ejercicio profesional en un centro de deshabitación por drogas.
Generación	Momento histórico en el que se desarrolla la generación	<ul style="list-style-type: none"> - Edad
Estudios	Exposición al pensamiento crítico	<ul style="list-style-type: none"> - Estudios universitarios - Estudios no universitarios

3.4.FICHA TÉCNICA DE LOS DATOS

	PD1	PD2
Método de triaje		<u>Adolescentes</u> : generación 2000

	<p>Se ha escogido la franja de edad oscilante entre 19 y 35 años, considerando que este estrato representa la etapa en la que se cursan este tipo de estudios.</p>	<p>MH: Aparición del €, calentamiento global y desarrollo de las TIC.</p> <hr/> <p><u>Jóvenes</u>: generación 1984-1999 MH: Aparición de las TIC.</p> <hr/> <p><u>Adultos</u>: generación 1960-1983 MH: Dictadura y Transición.</p> <hr/> <p><u>Mayores de 60 años</u>: generación anterior al 1959. MH: Guerra Civil Española, Segunda Guerra Mundial y Post-Guerra.</p>
<p>Diseño recogida de datos: Acceso informantes</p>	<p>Obtenidas mediante la difusión de la encuesta por WhatsApp. En ambas encuestas se ha utilizado la plataforma electrónica de Google Drive para la creación de cuestionarios.</p>	<p><u>Adolescentes</u>: compañeros de escuela de parientes cercanos mediante difusión por WhatsApp en el grupo de clase, así como en los grupos de extraescolares.</p> <hr/> <p><u>Jóvenes</u>: muestra de la PD1</p> <hr/> <p><u>Adultos</u>: difusión de las encuestas por WhatsApp en los grupos de conocidos así como de sus contactos.</p>

		<p><u>Mayores de 60</u> : a esta muestra se le realizó las entrevistas en formato papel. Se tuvo acceso mediante la realización de éstas en una residencia geriátrica y mediante la difusión de ésta en los abuelos de mis conocidos y amigos.</p>
Estratos muestra	Encuestados, indistintamente del sexo, cuya edad oscila entre los 19 y 35 años, cursando estudios universitarios.	<u>Adolescentes</u> : 13- 18 años
		<u>Jóvenes</u> : 19- 35 años
		<u>Adultos</u> : 36- 59 años
		<u>Mayores de 60</u> : 60 o más.
Datos y espacios	102 encuestados.	<u>Adolescentes</u> : 54 encuestados
		<u>Juveniles</u> : 102 encuestados.
		<u>Adultos</u> : 100 encuestados.
		<u>Mayores de 60</u> : 51 encuestados.

3.5 METODOLOGÍA POBLACIÓN 1

Se trata de una encuesta analítica por sus objetivos, de respuesta cerrada según el tipo de pregunta y digital respecto al método de obtención de datos. En cuanto a la muestra, se han escogido estudiantes universitarios cuya edad oscila entre 19 y 35 años, pues se considera que es en esta franja de edad, en la que, normalmente, se cursan este tipo de estudios. La muestra, se compone de 102 estudiantes universitarios de las distintas universidades de Cataluña.

3.6 METODOLOGÍA POBLACIÓN 2

Se trata de una encuesta analítica por sus objetivos y de respuesta cerrada según el tipo de pregunta. En cuanto al método de obtención de datos, es tanto digital como en soporte de papel debido a los distintos grupos generacionales y a su distinta experiencia con los dispositivos electrónicos. Es por ello, que con el objetivo de poder facilitar en todos los casos la consecución de la encuesta, se ha realizado en ambos formatos.

Como se indicaba, esta encuesta ha sido ofrecida a cuatro generaciones, aunque con idéntico contenido para poder compararlas. Estas son:

- **Generación 2000** (Adolescentes de entre 13-18 años): Se compone de una muestra de 54 adolescentes.
- **Generación 1984-1999** (Jóvenes de entre 19 y 35 años): Se integra de un total de 102 encuestados (*misma muestra que en la población 1*)
- **Generación 1960-1983** (Adultos de entre 36 y 59 años): Se constituye por un total de 100 adultos.
- **Generación anterior al 1959** (Mayores de 60 años): Formada por un total de 51 encuestados.

Así pues, la PD2 tiene una muestra total de 307 personas. Esta segmentación de la población, responde principalmente a las distintas generaciones en las que poder analizar el cambio de pensamiento asociado a las distintas etapas históricas y culturales vividas. En estas generaciones, cuyo indicador es la edad, existe un elemento mediador: el tabú.

Históricamente, se consideraba a la persona con un trastorno mental como loca, la cual debía ser apartada por el colectivo provocando la construcción de un tabú en torno a la enfermedad mental. Es por eso, que, para poder justificar la incidencia del factor generacional con la construcción de tabús, en este caso en torno a la esquizofrenia, se ha partido del estudio realizado por Humberto López Morales (2005), junto con la Asociación de Academias de la Lengua Española, en la que refuta el argumento que el tabú está incidido por las variables género, edad y nivel sociocultural de los sujetos (p. 1).

No obstante, y aunque se trate de un estudio cuantitativo, para el presente trabajo se han realizado dos entrevistas iniciales o exploratorias a dos profesionales: a la psicóloga Anna Benítez y al Psiquiatra Jesús Pérez Pazos, ambas incorporadas en los anexos. (Anexo 4 y 5).

Al tratarse de dos entrevistas diagnósticas cuyo objetivo principal es la construcción de la problemática de la investigación para la posterior construcción de la hipótesis y de la observación (Quivy y Campenhoudt 2001, p. 66), no se realizará un estudio cualitativo propiamente. Asimismo, nos han servido para la obtención de información para el marco teórico.

No obstante, se anima a los lectores a ojear ambas entrevistas. En primer lugar, porque, en la primera de ellas (a la Srta. Benítez) se aborda el cambio de percepción que la profesional ha experimentado de las personas que padecen de esquizofrenia, al tratar personalmente con este tipo de pacientes. Mientras que, en la segunda (el Dr. Pérez Pazos), nos ofrece una visión más técnica acerca de los peritajes psiquiátricos y de su importancia, así como nos ayuda a entender el funcionamiento de un hospital psiquiátrico penitenciario.

Es cierto que, en ambas, se trata el estigma, tema principal del presente trabajo, sin embargo, la autora considera que esta construcción social puede ser mejor estudiada realizando un estudio estadístico cuantitativo a través de las encuestas realizadas.

3.8. INSTRUMENTO ESTADÍSTICO UTILIZADO PARA EL ANÁLISIS

Con el objetivo de poder realizar el análisis estadístico de las respuestas obtenidas con las encuestas, se ha utilizado el programa R (versión 3.5.0) con la interfaz gráfica *Deducer*.

4 RESULTADOS

4.1. POBLACIÓN DIANA 1

La muestra utilizada para la PD1, tal y como se ha ido comentando a lo largo del trabajo, se corresponde con la generación jóvenes de la PD2. Asimismo, es preciso mostrar como se divide la muestra, la cual se articula en relación a los estudios cursados (universitarios).

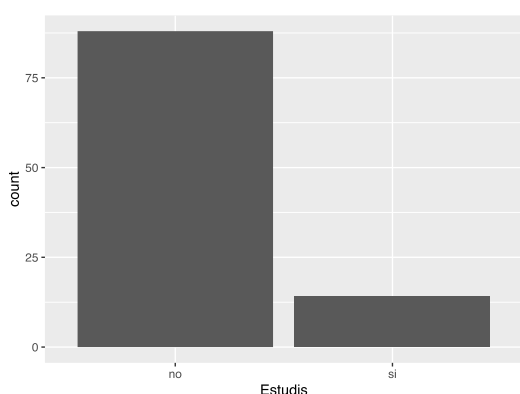


Ilustración 4-1. GRÁFICO MUESTRA PD1. Fuente: elaboración propia

Cabe remarcar que las categorías del gráfico se articulan en torno a la siguiente pregunta: “¿Después de la ESO has trabajado o estudiado un grado superior? Sí/ No, he ido a la universidad¹¹. Así pues, de la muestra analizada, el 86,3% han cursado o están cursando estudios universitarios, mientras que el 13,7% restante no.

```

$Estudis
-----
--                               Frecuencias                               --
--                               --                                         --
-- Value # of Cases    % Cumulative %                                     --
1   no         88      86.3      86.3
2   si         14      13.7      100.0
--                               --                                         --
--                               Case Summary                               --
--                               --                                         --
--                               Valid Missing Total                       --
# of cases  102      0      102
--                               --                                         --
-----

```

Ilustración 4-2. TABLA DE FRECUENCIAS. Fuente: Elaboración propia con R

¹¹ Ver anexo 1

Teniendo en cuenta la herramienta *Descriptives* y el *Two Sample Test*, observamos que en las primeras 10 preguntas (en la que el 0 representaba el mayor estigma) de los encuestados que estén cursando o que hayan cursado estudios universitarios, la media de las cuales no es superior a 5, exceptuando la tercera (5,420) y la quinta (6.022) y siendo la más baja y significativa la primera (2,75, p-valor= 0,032). Mientras que la desviación típica no supera en ninguna pregunta los 3,3 puntos, la mediana es más elevada, llegando a los 6.0 puntos en la pregunta 3 y 5.

```

$`Estudis: no Edat: 19_35 `
      Mean St. Deviation Valid N Median
pregunta_1 2.750000      2.670615      88      2.0
pregunta_2 3.568182      2.895877      88      3.0
pregunta_3 5.420455      2.993178      88      6.0
pregunta_4 4.022727      2.994160      88      4.0
pregunta_5 6.022727      2.932095      88      6.0
pregunta_6 3.170455      2.746875      88      3.0
pregunta_7 4.227273      3.106268      88      5.0
pregunta_8 4.420455      3.000849      88      5.0
pregunta_9 4.693182      3.329968      88      5.0
pregunta_10 4.431818      3.004959      88      4.5
pregunta_11 4.488636      2.832465      88      5.0
pregunta_12 4.045455      2.923976      88      4.0

```

```

$`Estudis: si Edat: 19_35 `
      Mean St. Deviation Valid N Median
pregunta_1 5.071429      3.540193      14      5.5
pregunta_2 5.928571      3.361874      14      7.0
pregunta_3 6.500000      2.954788      14      7.0
pregunta_4 5.928571      3.407329      14      7.0
pregunta_5 7.214286      3.117656      14      8.0
pregunta_6 5.142857      3.570330      14      6.0
pregunta_7 6.571429      3.344669      14      7.0
pregunta_8 6.357143      3.564939      14      7.0
pregunta_9 6.142857      3.438630      14      7.0
pregunta_10 6.357143      3.152707      14      7.0
pregunta_11 3.642857      3.272429      14      2.5
pregunta_12 3.571429      3.081316      14      3.5

```

Ilustración 4-3. Fuente: Elaboración propia con R

Por otro lado, en lo que respecta a la pregunta 11 y 12 en las que se medía la percepción de los encuestados acerca de la

```

t-test
      mean of no mean of si Difference 95% CI Lower 95% CI Upper      t df p-value
pregunta_1 2.8      5.1      -2.32      -4.4      -0.221 -2.35 15 0.032
pregunta_2 3.6      5.9      -2.36      -4.4      -0.349 -2.48 16 0.024
pregunta_3 5.4      6.5      -1.08      -2.9      0.713 -1.27 18 0.222
pregunta_4 4.0      5.9      -1.91      -3.9      0.136 -1.98 16 0.065
pregunta_5 6.0      7.2      -1.19      -3.1      0.687 -1.34 17 0.198
pregunta_6 3.2      5.1      -1.97      -4.1      0.149 -1.98 16 0.066
pregunta_7 4.2      6.6      -2.34      -4.4      -0.331 -2.46 17 0.025
pregunta_8 4.4      6.4      -1.94      -4.1      0.193 -1.93 16 0.072
pregunta_9 4.7      6.1      -1.45      -3.5      0.628 -1.47 17 0.159
pregunta_10 4.4      6.4      -1.93      -3.8      -0.023 -2.14 17 0.048
pregunta_11 4.5      3.6      0.85      -1.1      2.805 0.91 16 0.374
pregunta_12 4.0      3.6      0.47      -1.4      2.332 0.54 17 0.597
HA: two.sided
H0: difference in means = 0
>

```

Ilustración 4-4. Fuente: Elaboración propia con R

probabilidad de cometer un delito o la peligrosidad de una persona que padecería de esquizofrenia, la media de ambas, no llega al 5 y la mediana es de 5 y 4 respectivamente, resultado positivo en términos de estigma.

Por otro lado, en cuanto al 13,7%, de encuestados que no haya o no estén cursando estudios universitarios, observamos que la media de las primeras 10 preguntas, supera en todas ellas los 5 puntos, llegando al 7,21 en la pregunta 5, hecho que nos indica un menor estigma en relación a los encuestados que sí que han o están cursando un grado

universitario. Asimismo, tanto la desviación típica como la mediana también son más elevadas que en el grupo de encuestados anterior, alcanzando los 8.0 puntos en la pregunta 5.

Por lo que respecta a las dos últimas preguntas, la media no es superior a 3.6, la desviación típica a 3.2 y la mediana 3.5. Datos que refuerzan el argumento anterior.

De modo que, debemos refutar la hipótesis planteada, puesto que, tal y como se ha demostrado estadísticamente, los estudios universitarios no influyen positivamente en la creación del estigma respecto de las personas que padecen de esquizofrenia, sino al contrario, que los encuestados universitarios presentan un mayor estigma en relación a los que no ostentan dicha titulación.

Se adjunta en anexos (7.6.1), el estudio realizado en cada pregunta individualmente, junto con las tablas de contingencias para conocer detalladamente los valores obtenidos.

4.2. POBLACIÓN DIANA 2

A continuación, se presenta una tabla junto con un gráfico ilustrativo de distribución y elaboración propia en el que se reflejan los resultados obtenidos en cada generación para cada pregunta¹², así como una tabla resumen del K- Sample Test realizado con R, con las cuatro generaciones agrupadas con el objetivo de poder responder a la hipótesis planteada para la PD2.

	Mayores de 60	Adultos	Jóvenes	Adolescentes
Pregunta 1	3	2,57	3,068	3,203
Pregunta 2	3,431	4,46	3,892	4,092
Pregunta 3	3,666	5,29	5,568	4,666
Pregunta 4	4,411	4,63	4,284	4,277
Pregunta 5	3,823	5,07	6,186	5,333
Pregunta 6	3,117	3,21	3,441	3,444
Pregunta 7	5,705	5,73	4,549	4,592
Pregunta 8	3,215	4,59	4,686	3,666
Pregunta 9	3,352	3,94	4,892	3,925
Pregunta 10	3,176	4,19	4,696	4,203
Pregunta 11	5,04	4,96	5,628	4,89
Pregunta 12	4,726	4,84	6,02	4,76
Total	46,66	53,48	56,91	51,051
Promedio	3,88	4,4566	4,7425	4,2542

¹² Para observar los resultados obtenidos mediante la herramienta “Descriptives” con R, ver anexo 7.6.2.5

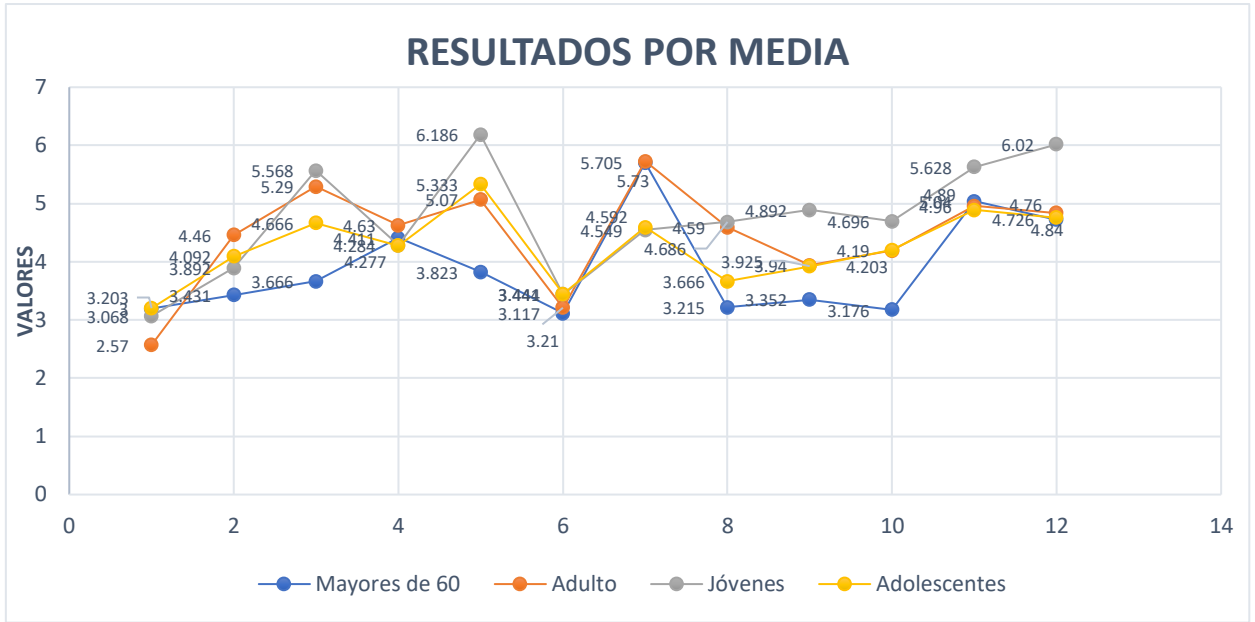


Ilustración 4-5. RESULTADOS POR MEDIA Fuente:Elaboración propia.

One-way analysis of means (not assuming equal variances)

	F (num df,denom df)	p-value
pregunta_1	0.8710690 (3,133.358)	0.4579121618
pregunta_2	1.1419829 (3,134.677)	0.3345578336
pregunta_3	3.8384328 (3,134.118)	0.0112577723
pregunta_4	0.2506407 (3,136.715)	0.8607688194
pregunta_5	6.5706983 (3,136.073)	0.0003509036
pregunta_6	0.1955838 (3,136.466)	0.8992579557
pregunta_7	3.2713897 (3,135.355)	0.0232318356
pregunta_8	3.2793170 (3,137.929)	0.0229400903
pregunta_9	2.7429572 (3,139.253)	0.0455307006
pregunta_10	2.3668055 (3,135.992)	0.0736219017
pregunta_11	1.1467182 (3,132.993)	0.3327421899
pregunta_12	3.7637977 (3,133.697)	0.0123929029

Ilustración 4-6 Resultados K- Simple- Test. Elaboración propia¹³

Así pues, en primer lugar, tenemos los resultados por media, en la que en la pregunta 1, la diferencia entre los grupos poblacionales es mínima, siendo la más baja en los adultos (2,57). No sucede lo mismo en la pregunta 2, en la que podemos observar mayores diferencias que en la anterior, pues el grupo de mayores de 60 es el que presenta una media más baja (3,431), mientras que la más alta es representada por el colectivo de adultos (4,46). Tampoco ocurre en la pregunta 3 (p-valor=0,011), en la que existen diferencias significativas, existiendo una diferencia casi de 2 puntos porcentuales entre los mayores de 60 (3,666,) y los jóvenes (5,68).

En lo que respecta a la pregunta 4, no se observa divergencia entre la media obtenida para los cuatro grupos poblacionales, mientras en la quinta (p-valor=0,0003), se vuelven a

¹³ Ver Anexo 7.6.2

contemplar una disparidad entre el colectivo de mayores de 60 (3,823) y el de adultos (5,07), superando 2,363 puntos de diferencia, resultado muy significativo en términos de afirmar la hipótesis. En la pregunta 6, es en la que se observa una mayor identidad de respuesta, casi coincidiendo la media obtenida para el grupo de adolescentes y de jóvenes. En la séptima (p-valor= 0,023), el grupo de mayores de 60 presenta la segunda mayor media alcanzando casi los 6 puntos (5,705), aspecto muy relevante pues tal y como hemos ido analizando, suele presentar las medias más bajas.

En la octava (p-valor= 0,022), hay divergencia de media pero todas oscilan entre los 3,2 y los 4,6, siendo el colectivo de mayores de 60 quienes ostentan la media más baja (3,215). En la novena (p-valor= 0,045) y la décima tampoco existen grandes variaciones, siendo en ambas el colectivo de mayores de 60 el que presenta las medias más bajas (3,352) y (3,176) y las más altas estando en ambas, en el colectivo de jóvenes.

En lo que respecta a la undécima y la duodécima (p-valor= 0,012), en las que, de forma inversa a las demás, el 0 representaba el menor estigma y el 10 el mayor, se han obtenido valores semejantes para ambas preguntas en cada grupo poblacional, en las que las cifras más altas son comprendidas por los adolescentes (pregunta 11) y los mayores de 60 (pregunta 12).

En términos globales, este gráfico es identificativo de la existencia del estigma en relación a la persona que padece de esquizofrenia, pues las cifras obtenidas son bajas, únicamente superando el 5 en las primeras 10 preguntas, 7 veces de las 40 posibles. No obstante, las dos últimas, reflejan que a pesar del estigma existente, no se considera de forma significativa que el hecho de padecer esquizofrenia es sinónimo de ser más peligroso o de cometer más delitos. Así pues, las preguntas cuyo resultados son significativo, son la 3, la 5, la 7, la 8 y la 9, tal y como se muestra en el siguiente gráfico:

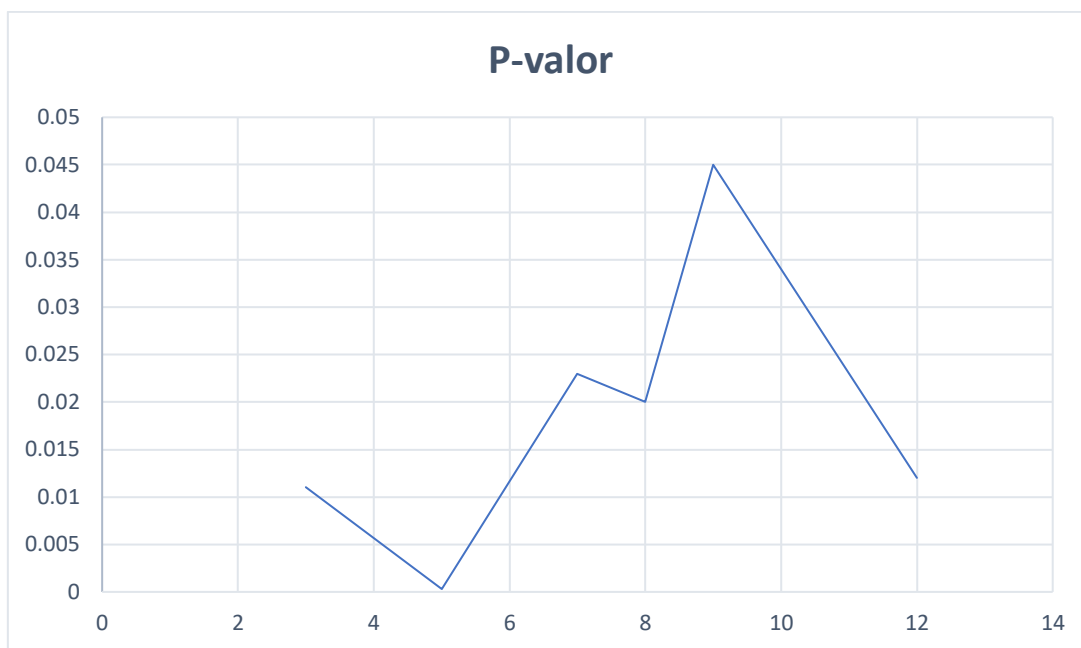


Ilustración 4-7. RESULTADOS P-VALOR. Fuente: Elaboración propia.

De modo que podríamos afirmar la hipótesis inicialmente planteada por la que afirmamos que la generación anterior al 1959, es la que presenta un mayor estigma, puesto que exceptuando la pregunta 3, 4 y 7, es quien presenta las media más baja (3,88).

En lo que respecta a la segunda parte de la hipótesis, por la que afirmábamos que el grupo poblacional más mayor tenderá a percibir a la persona que padece de esquizofrenia como más peligrosa, debemos refutarla, pues es la generación 2000 la que manifiesta esta percepción con mayor significatividad.

Una vez analizada la media, pasamos a estudiar los resultados midiendo la dispersión de los datos a través de la desviación típica¹⁴, en la que observamos una dispersión muy grande, oscilando todos los términos entre los valores 2,7 y 4.

No obstante, es preciso señalar que en el grupo poblacional de mayores de 60, la dispersión de las respuestas es mucho mayor, al existir una polarización significativa. Asimismo, esto se refleja con mayor notoriedad en la pregunta 7 en la que se pide la opinión respecto en qué medida consideran que una persona con esquizofrenia podría tener hijos. Así pues, se trata de resultados muy interesantes al existir mucha dispersión de respuesta. Consideramos que esta objeción puede venir dada por la concepción que

¹⁴ Para observar los resultados obtenidos mediante la herramienta “Descriptives” con R, ver anexo 7.6.2.5

presentan el grupo poblacional más mayor en relación al tradicionalismo, asociado directamente a la natalidad y a la importancia de la familia.

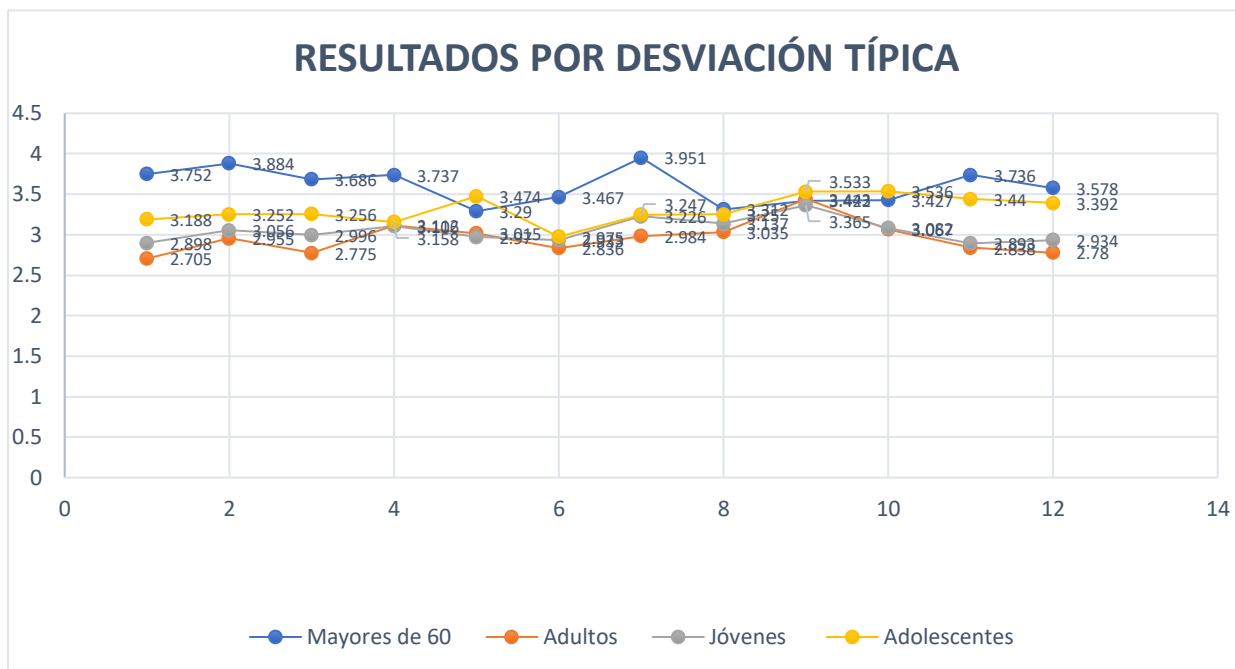


Ilustración 4-8. RESULTADOS POR DESVIACIÓN TÍPICA. Fuente: Elaboración propia

En términos generales, acerca de la desviación típica podemos concluir que todos los grupos poblacionales adoptan este patrón de situarse en uno de los dos extremos¹⁵.

Por otro lado, la mediana nos ayuda a entender en valores más simples la tendencia de cada grupo poblacional para cada pregunta, siendo acorde con las otras medidas estadísticas el grupo de mayores de 60 el más restrictivo y el grupo de jóvenes el menos estigmatizante.

Asimismo, reiteramos que en la pregunta 7, el grupo de mayores de 60 es el que presenta la mediana más alta.

¹⁵ Ver anexo 7.3

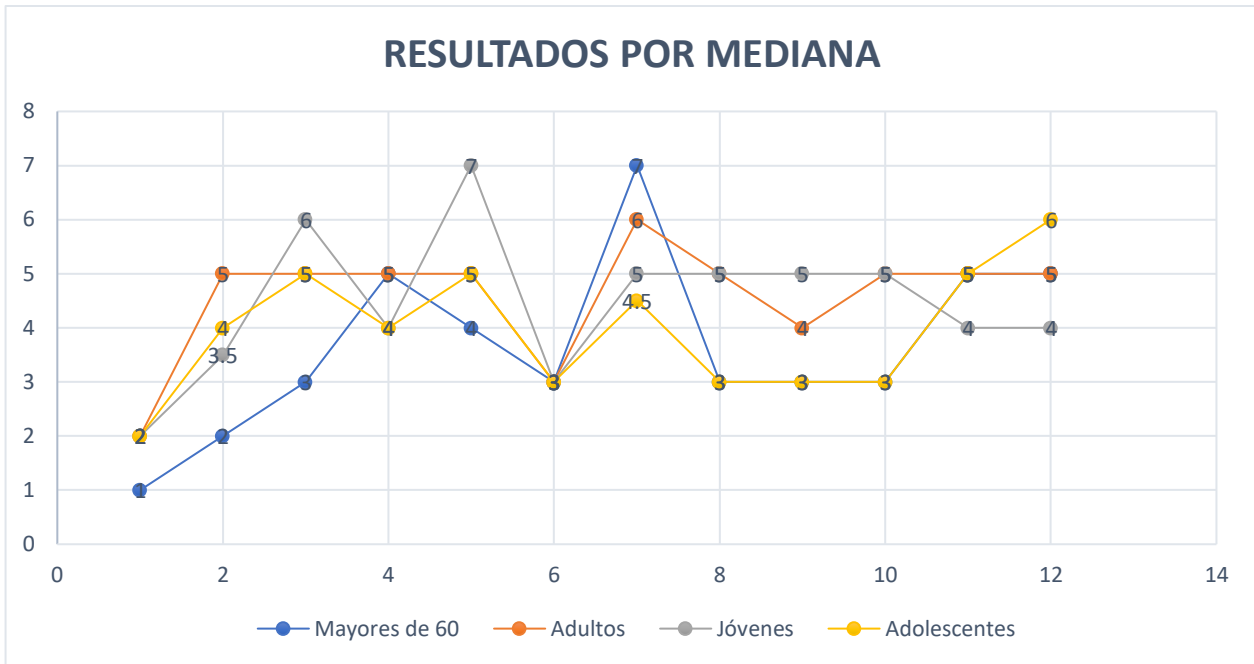


Ilustración 4-9. RESULTADOS POR MEDIANA. Fuente: Elaboración propia.

Se adjunta en anexos (7.6.2), el estudio realizado en cada pregunta individualmente, para conocer detalladamente los valores obtenidos, así como una tabla con los gráficos obtenidos para cada pregunta.

5 CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se ha querido investigar la existencia del estigma en relación a las personas que padecen de esquizofrenia tomando como variables los estudios universitarios y la generación.

Después de analizar los resultados obtenidos, en primer lugar, debemos refutar la H1 planteada por la que se afirmaba que los estudiantes universitarios tenderían a tener una menor intensidad de estigma respecto de la persona que padece de esquizofrenia. Pues, tal y como se ha mostrado en los resultados, la realización de este tipo de estudios no conllevan un menor estigma, sino lo contrario, que presentan una media sustancialmente inferior en relación con la que presentan los que no son universitarios. Asimismo y refutando lo anterior, lo mismo sucede con las preguntas 11 y 12, en la que de forma inversa (por el tipo de planteamiento de la pregunta) los universitarios presentan un

estigma superior de más de 1 punto porcentual en términos de media estadística. De modo que se rompe un tópico, pudiendo ser objeto de investigaciones futuras.

Así pues, teniendo en cuenta el resultado sorpresivo obtenido, remarcando de nuevo, el carácter inesperado, afirmamos que las personas que presentan o están cursando estudios universitarios presentan un mayor estigma hacia la persona que padece de esquizofrenia. Hecho que nos demuestra que a pesar de que se cursen estudios superiores en los que se trata de obtener un pensamiento crítico, esto no influye, en términos generales y respecto las personas encuestadas para este estudio, en su forma de pensar, que sigue siendo estigmatizante para la persona que padece la enfermedad mental objeto de este estudio.

Por otro lado, en cuanto a la PD2, también debemos afirmar la existencia del estigma, no obstante, la presencia de éste es distinto en cada generación. De modo que, partiendo de la H2, podemos afirmar que el estigma más alto en relación a la persona que padece de esquizofrenia se encuentra en el grupo poblacional de mayores de 60 años (presentando el promedio más bajo), asociado al pensamiento más conservador que señalábamos en la recogida de datos.

Sin embargo, en relación con las dos últimas preguntas, observamos un estigma inferior en relación a la peligrosidad y a la propensión al delito de las personas que padecen esquizofrenia, pues en todas ellas la media es cercana o supera el 5, aspecto positivo teniendo en cuenta los valores obtenidos en las diez preguntas restantes, siendo los jóvenes los que presenta un menor estigma y los adolescentes el mayor. De modo que, como autocrítica, la autora pensaba obtener valores mucho más elevados para estas dos últimas preguntas.

En quinto lugar, es preciso comentar que en la muestra de jóvenes (misma muestra que en la PD1), existe un menor estigma, pero no en relación a los estudios cursados, sino a la generación; aspecto muy relevante en términos estadísticos.

Asimismo, en lo que respecta a la pregunta 3 (p -valor= 0,011) (la 5 en las encuestas) podemos afirmar que existe un estigma significativamente inferior en comparación con

las otras preguntas respecto la posibilidad de que una persona con esquizofrenia pueda trabajar en un centro de deshabitación por drogas.

En sexto lugar, es conveniente realizar un breve comentario de la pregunta 5 (p-valor= 0,0003) (la 7 en las encuestas), en la que se planteaba a los encuestados su opinión acerca de que las personas con esquizofrenia pudieran tener hijos. De los resultados obtenidos por la generación 1984-1999, podemos afirmar el cambio de pensamiento respecto de la posibilidad que una persona con enfermedad mental pueda tener descendientes en relación con la generación anterior al 1959 como consecuencia de la incidencia de la época vivida y de los valores tradicionalistas asociados a ésta. Es por eso que los jóvenes son los que ostentan la media más alta en detrimento de los adultos y los mayores de 60 años que presentan la más baja, pues tal y como determina González, A. (2011), son una generación más cuestionadora, flexible y menos normativa (p. 4).

Por último y a modo de conclusión, cabe indicar que es preciso empezar a cambiar la concepción arraigada que tiene la sociedad en relación con la persona que padece de esquizofrenia, pues esta preconcepción construida a nivel social conlleva consecuencias gravísimas para este colectivo, tales como el aislamiento, la soledad y la autodestrucción por no poder encajar en el grupo de iguales del mismo modo que encajan las personas que no sufren esta enfermedad. Así que, bajo mi punto de vista, sería conveniente realizar campañas a nivel educativo para el conocimiento de estas enfermedades y sus implicaciones, para que, en la medida de la posible, el estigma vaya siendo un aspecto del pasado.

5.1. Limitaciones del trabajo

En cuanto a las limitaciones y dificultades que han surgido en la elaboración del trabajo, se subraya, principalmente, la relacionada con la posibilidad del mal planteamiento de las dos últimas preguntas en la generación anterior al 1959, pues en los resultados se han observado respuestas inconexas con el tenor de las demás.

Es decir, encuestados que en la mayoría de las preguntas, respondían con un 0, y en las dos últimas, en las que, el 0 indicaba un estigma inexistente acerca de la peligrosidad de

la persona que padece de esquizofrenia y el 10 la mayor, han respondido, de igual forma con un número bajo o 0.

En el mismo punto, ha sucedido también con aquellos encuestados cuya tendencia de respuesta era elevada o de 10 (estigma inexistente) y en las dos últimas preguntas han respondido con la misma convicción, quizá, sin entender que en este caso el 10 era el valor que indicaba el mayor índice de peligrosidad o de propensión al delito.

A continuación se adjunta imagen, ilustrativa de la limitación determinada anteriormente:

Sujeto_21	60 o mas	Femenino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sujeto_22	60 o mas	Masculino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sujeto_23	60 o mas	Femenino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sujeto_11	60 o mas	Femenino	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Asimismo, también es preciso indicar que la muestra de la PD1 es desigual en cuanto a la representación de los dos grupos muestrales (universitarios/ no universitarios). De modo que, quizá estos reparos hayan contribuido a que los resultados obtenidos sean inexactos o no se correspondan con la forma de pensar de estos encuestados.

5.2. Posibles líneas de estudio futuras

En cuanto a las líneas posibles de estudio futuras, la autora considera que sería interesante seguir analizando tanto la variable estudios universitarios como la edad profundizando en el género, al existir diferencias manifiestas de pensamiento asociados a éste y a la estructura cerebral similar pero no idéntica de ambos, tal y como determina Rodríguez Manzo, Gabriela (2015) en la Revista de Ciencia órgano oficial de la Academia Mexicana de Ciencias (p.11)

En segundo lugar, también sería llamativo ampliar la variable estudios y segmentarla en las distintas posibilidades existentes: grado medio, grado superior y estudios universitarios, para poder ver si existen diferencias entre ellos, puesto que, nuestro estudio se ha centrado únicamente en los estudios universitarios sin especificar si el 13,7% de los encuestados no universitarios, habían trabajado después de la ESO o por el contrario, habían cursado un grado. Así como estudiar el estigma en función de los distintos grados universitarios existentes: científicos, sociales, tecnológicos, humanísticos y artísticos. No solo por la influencia que tendría en el estigma por lo que respecta a la especialización,

sino porque podríamos observar qué carreras son las que contribuyen a la creación de un mayor estigma y viceversa. De igual modo, resultaría interesante estudiar la hipótesis no analizada en el presente trabajo, surgida de la relación entre generación y estudios (H3).

Desde un punto de vista más técnico, la autora considera que de tener más tiempo y extensión, sería enriquecedor para el trabajo analizar cualitativamente las entrevistas realizadas a los profesionales Dr. Jesús Pérez Pazos y Ana Benítez (aunque se hayan calificado como entrevistas iniciales o exploratorias) analizando las distintas categorías emergentes respecto del estigma.

Por último, considero que podría ser un tema de análisis cautivador, la influencia de los medios de comunicación en la creación del estigma acerca de la persona que padeciera de esquizofrenia, cuando son estos medios el escenario de numerosos debates sobre el sistema punitivo, tal y como determina M. García Arán (2010) cuya afección en los espectadores respecto la creación del estigma es muy significativa en temas tan sensibles cómo podría ser la peligrosidad de una persona que padece de esquizofrenia. Asimismo, es cierto que determinadas emisiones de los medios provocan, y a la vez proliferan la sensación social de inseguridad e incluso de miedo respecto de colectivos minoritarios como los enfermos mentales. Es por eso que considero que sería muy interesante poder estudiar esta influencia, puesto que a nivel cuantitativo existe una presencia excesiva de sucesos criminales asociados a la persona que padece de esquizofrenia que no se adecuan a los datos reales; ya que, a menudo, aparecen titulares estigmatizantes, en los que prevalece el interés periodístico y la voluntad de la empresa de comunicación para aumentar beneficios antes que tomar en consideración la afección que indirectamente se crea hacia las personas que padecen esta enfermedad.

De tal manera que, a modo de crítica, deberían ser más cautelosos a la hora de incrementar y/o mantener estos prejuicios que tanto impacto tienen en la sociedad como en los pacientes.

6 BIBLIOGRAFÍA.

- Arechederra, JJ. (2004). *El enfermo mental ante la ley (protección jurídica y asistencial del enfermo mental)*. Madrid: Wyeth
- Becker, HS. (1963). *Outsiders. Studies in the sociology of Deviance*. New York: The Free Press.
- Carrasco (2009) *Metodología de investigación científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación*. Lima: Editorial San Marcos.
- Chirinos, N. (2009). *Características generacionales y los valores. Su impacto en el mundo laboral*. Venezuela: Observatorio Laboral Revista Venezolana.
- Conesa, PJ., Egea,P,(2000) *Operativización de variables en la investigación psicológica*. Extraído de: <http://www.psicothema.com/pdf/538.pdf>
- Esbec, E., Echeburúa, E., (2016). *Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense*. Recuperado de: <https://www.mendeley.com/viewer/?fileId=6aa192dc-3cb8-2035-0bc1-b767f0330a71&documentId=91489ddb-3dee-3e98-b6f4-b9b4321ef9fd>
- España. Audiencia Provincial de Baleares (Orden Penal, Sección 2ª). [Versión electrónica. Base de Datos de Centro de Documentación Judicial] Sentencia núm. 17/2017 de 10 de abril de 2018.
- España. Audiencia Provincial de Baleares (Orden Penal, Sección 2ª). [Versión electrónica. Base de Datos de Centro de Documentación Judicial] Sentencia núm.255/2018 de 07 de junio de 2018.
- España. Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1ª) [Versión electrónica. Base de datos de Centro de Documentación Judicial] Sentencia 3867/2017 de 25 de octubre de 2017.
- España. Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1ª). [Versión electrónica. Base de Datos de Centro de Documentación Judicial]. Sentencia núm,10395/2006 de 24 de noviembre de 2006.
- García, JA. (2002). *Psiquiatría criminal y forense* (Segunda edición). Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.
- García, M. (2010). *El derecho penal simbólico (a propósito del nuevo delito de dopaje)*. Valencia: Tirant lo Blanch.

- González, A. (2011). “*La evolución generacional y su tendencia al desarrollo: el lenguaje como objeto de estudio.* Extraído de: <https://www.redalyc.org/pdf/1995/199520010065.pdf>
- Gratacós, M. (2018). *Flexibilidad cérea: características, enfermedades relacionadas y tratamiento.* Extraído de: <https://www.lifeder.com/flexibilidad-cerea/>
- Lemert, E. (1967). *Human deviance, social problems and social control.* New jersey: Prentice Hall.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, Boletín Oficial del Estado, núm.281 de 24 de mayo de 1996. Extraído de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>
- López, H (2005). *La sociolingüística del Tabú.* Extraído de: https://scholar.google.es/scholar?q=related:c7vElqMpl48J:scholar.google.com/&scioq=factor+generacional+y+tabú&hl=es&as_sdt=0,5
- Marciales, GP. (2003). *Pensamiento crítico: diferencias en estudiantes universitarios en el tipo de creencias, estrategias e inferencias en la lectura crítica de textos.* (Tesis doctoral). Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/tesis/edu/ucm-t26704.pdf>
- Mayer Gros, W; Slater, E; Roth, M. (1954). *Textbook of clinical psychiatry.* Londres: Cassell.
- Parramon, G. (2018). *Trastorns psicòtics: Esquizofrenia.* [Diapositivas de PowerPoint].
- Quivy, R., Campenhoudt, L., (2001). *Manual de Recerca en ciències socials.* Barcelona: Herder.
- Rodríguez, G. (2015). *Revista ciencia: Sexo y Cerebro.* Octubre-diciembre de 2015. Recuperado de: https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/66_4/PDF/SexoYCerebro.pdf

7.ANEXOS

7.1. ANEXO 1: Encuesta Población Diana 1

¡Hola! Mi nombre es Mireia Soler y estaría muy agradecida si pudieras responderme a las siguientes preguntas. La encuesta es totalmente anónima y los resultados obtenidos servirán para un trabajo de fin de grado sobre la esquizofrenia.

A modo de introducción, la Esquizofrenia es un trastorno grave, psicótico y crónico que afecta a un 1% de la población. En esta, el enfermo, sufre alteraciones en el pensamiento, en las emociones y en la conducta, entre las que destacan las alucinaciones, los delirios y la pérdida de contacto con la realidad.

Muchas gracias por tu colaboración.

1. Género
 - a. Femenino
 - b. Masculino
 - c. Prefiero no decirlo
 - d. Otros

2. ¿Después de la ESO has trabajado o estudiado un grado superior?
 - a. Sí
 - b. No, he ido a la universidad.

3. De 0 a 10, ¿en qué medida dejarías a tu hijo, menor de edad, a cargo de una persona que padeciera esquizofrenia? Siendo el 0 nunca y el 10 siempre.
 - a. 0
 - b. 1
 - c. 2
 - d. 3
 - e. 4
 - f. 5

- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

4. De 0 a 10, ¿en qué medida consideras que una persona con esquizofrenia podría ser tu médico de cabecera? Siendo el 0 nunca y el 10 siempre

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

5. De 0 a 10, ¿en qué medida consideras que una persona con esquizofrenia podría trabajar en un centro de desintoxicación por drogas? Siendo el 0 nunca y el 10 siempre.

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7

- i. 8
- j. 9
- k. 10

6. De 0 a 10, ¿en qué medida compartirías piso con una persona con esquizofrenia?

Siendo el 0 nunca y el 10 siempre

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

7. De 0 a 10, ¿en qué medida consideras que una persona con esquizofrenia debería tener hijos? Siendo el 0 nunca y el 10 siempre.

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

8. De 0 a 10, ¿en qué medida permitirías que una persona con esquizofrenia se quedará a cargo del cuidado de tus abuelos? Siendo el 0 nunca y el 10 siempre.

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

9. De 0 a 10, ¿en qué medida dejarías las llaves de tu casa a una persona con esquizofrenia? Siendo el 0 nunca y el 10 siempre.

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

10. De 0 a 10, ¿en qué medida consideras que una persona con esquizofrenia debería tener carnet de conducir? Siendo el 0 nunca y el 10 siempre.

- a. 0

- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

11. De 0 a 10 ¿en qué medida consideras que una persona con esquizofrenia podría ser presidente/a del gobierno? Siendo el 0 nunca y el 10 siempre.

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

12. De 0 a 10, ¿en qué medida llevarías a tu hijo/a a un curso de natación, sabiendo que el instructor padece de esquizofrenia? Siendo el 0 nunca y el 10 siempre.

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4

- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

13. De 0 a 10, ¿en qué medida consideras que una persona con esquizofrenia es más peligrosa que una persona sin enfermedad mental? Siendo 0 la menor peligrosidad y el 10 la mayor.

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

14. De 0 a 10 ¿en qué medida consideras que una persona con esquizofrenia es más propensa a cometer un delito? Siendo el 0 ninguna y el 10 el mayor nivel de tendencia.

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3

- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

7.2. ANEXO 2: Encuesta Población Diana 2

¡Hola! Mi nombre es Mireia Soler y estaría muy agradecida si pudieras responderme a las siguientes preguntas. La encuesta es totalmente anónima y los resultados obtenidos servirán para un trabajo de fin de grado sobre la esquizofrenia.

A modo de introducción, la Esquizofrenia es un trastorno grave, psicótico y crónico que afecta a un 1% de la población. En esta, el enfermo, sufre alteraciones en el pensamiento, en las emociones y en la conducta, entre las que destacan las alucinaciones, los delirios y la pérdida de contacto con la realidad.

Muchas gracias por tu colaboración.

1. Edad

- a. 12-18
- b. 19-35
- c. 36-60
- d. 61 o más.

2. Género

- a. Femenino
- b. Masculino
- c. Prefiero no decirlo

d. Otros

3. De 0 a 10, ¿en qué medida dejarías a tu hijo/a, menor de edad, a cargo de una persona que padeciera esquizofrenia? Siendo el 0 nunca y el 10 siempre.

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

4. De 0 a 10, ¿en qué medida consideras que una persona con esquizofrenia podría ser psiquiatra? Siendo el 0 nunca y el 10 siempre

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

5. De 0 a 10, ¿en qué medida consideras que una persona con esquizofrenia podría trabajar en un centro de desintoxicación por drogas? Siendo el 0 nunca y el 10 siempre.

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

6. De 0 a 10, ¿en qué medida compartirías piso con una persona con esquizofrenia? Siendo el 0 nunca y el 10 siempre.

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

7. De 0 a 10, ¿en qué medida consideras que una persona con esquizofrenia debería tener hijos? Siendo el 0 nunca y el 10 siempre.

- a. 0

- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

8. De 0 a 10, ¿en qué medida permitirías que una persona con esquizofrenia se quedará a cargo del cuidado de tus abuelos? Siendo el 0 nunca y el 10 siempre.

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

9. De 0 a 10, ¿en qué medida dejarías que una persona con esquizofrenia realizará las tareas domésticas de tu casa? Siendo el 0 nunca y el 10 siempre.

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4

- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

10. De 0 a 10, ¿en qué medida consideras que una persona con esquizofrenia debería tener carnet de conducir? Siendo el 0 nunca y el 10 siempre

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

11. De 0 a 10 ¿en qué medida consideras que una persona con esquizofrenia podría ser presidente/a del gobierno? Siendo el 0 nunca y el 10 siempre.

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7

- i. 8
- j. 9
- k. 10

12. De 0 a 10, ¿en qué medida llevarías a tu hijo/a a un curso de natación, sabiendo que el instructor padece de esquizofrenia? Siendo el 0 nunca y el 10 siempre.

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

13. De 0 a 10, ¿en qué medida consideras que una persona con esquizofrenia es más peligrosa que una persona sin enfermedad mental? Siendo 0 la menor peligrosidad y el 10 la mayor.

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8

- j. 9
- k. 10

14. De 0 a 10 ¿en qué medida consideras que una persona con esquizofrenia es más propensa a cometer un delito? Siendo el 0 ninguna y el 10 el mayor nivel de tendencia.

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7
- i. 8
- j. 9
- k. 10

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
46				sujeeto_44	36_60	femenino	0	5	5	5	7	0	8	5	0	0	8	8
47				sujeeto_45	36_60	masculino	6	6	6	6	7	5	7	7	8	8	8	8
48				sujeeto_46	36_60	masculino	1	3	3	3	1	1	3	1	2	2	6	6
49				sujeeto_47	36_60	masculino	2	0	5	5	7	5	9	8	0	8	0	0
50				sujeeto_48	36_60	femenino	0	5	5	2	2	2	2	2	0	2	8	8
51				sujeeto_49	36_60	masculino	7	8	7	8	9	7	9	9	7	8	2	2
52				sujeeto_50	36_60	masculino	6	4	4	8	6	8	7	7	3	9	2	2
53				sujeeto_51	36_60	femenino	5	2	10	0	7	8	10	10	10	10	0	0
54				sujeeto_52	36_60	masculino	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	10	10
55				sujeeto_53	36_60	femenino	0	7	10	5	9	0	7	10	10	4	2	3
56				sujeeto_54	36_60	femenino	3	8	7	10	7	4	8	7	7	7	0	0
57				sujeeto_55	36_60	masculino	0	6	8	10	5	0	10	0	10	5	7	7
58				sujeeto_56	36_60	masculino	2	8	9	5	5	2	9	2	8	1	6	6
59				sujeeto_57	36_60	masculino	0	0	10	5	10	5	10	5	5	0	7	7
60				sujeeto_58	36_60	femenino	7	7	7	7	3	7	9	8	8	9	1	1
61				sujeeto_59	36_60	femenino	4	0	5	5	5	5	8	10	0	9	2	2
62				sujeeto_60	36_60	masculino	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	0
63				sujeeto_61	36_60	masculino	0	0	5	0	5	0	0	0	0	0	5	5
64				sujeeto_62	36_60	masculino	1	3	3	4	5	4	6	6	10	6	5	5
65				sujeeto_63	36_60	masculino	5	7	8	6	9	5	8	7	5	5	5	5
66				sujeeto_64	36_60	femenino	0	2	5	0	0	0	0	0	0	2	2	2
67				sujeeto_65	36_60	masculino	2	7	10	7	9	3	9	8	9	9	5	5
68				sujeeto_66	36_60	femenino	5	6	4	7	5	5	6	4	4	6	6	6
69				sujeeto_67	36_60	femenino	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
70				sujeeto_68	36_60	masculino	0	6	5	0	5	0	5	3	2	2	8	8
71				sujeeto_69	36_60	masculino	0	5	5	5	0	0	5	5	5	0	0	0
72				sujeeto_70	36_60	masculino	5	5	7	7	6	6	7	7	4	6	6	6
73				sujeeto_71	36_60	femenino	2	5	5	5	5	5	6	4	5	6	5	5
74				sujeeto_72	36_60	masculino	9	0	0	10	5	5	5	5	6	5	5	5
75				sujeeto_73	36_60	masculino	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
76				sujeeto_74	36_60	masculino	0	0	3	0	0	0	4	6	0	0	2	2
77				sujeeto_75	36_60	femenino	3	5	4	4	3	2	8	5	5	2	7	7
78				sujeeto_76	36_60	femenino	0	0	0	10	0	0	0	0	0	5	0	0
79				sujeeto_77	36_60	masculino	0	2	5	5	7	0	7	0	10	7	8	8
80				sujeeto_78	36_60	masculino	5	10	10	5	5	0	8	8	0	5	5	5
81				sujeeto_79	36_60	masculino	2	5	5	5	5	5	5	6	5	5	5	5
82				sujeeto_80	36_60	masculino	1	2	2	2	2	1	3	2	3	2	9	9
83				sujeeto_81	36_60	masculino	3	5	8	5	5	3	5	3	2	5	5	5
84				sujeeto_82	36_60	femenino	0	2	3	2	3	1	4	3	0	5	5	5
85				sujeeto_83	36_60	femenino	0	6	6	6	7	0	0	3	6	5	8	8
86				sujeeto_84	36_60	masculino	8	7	7	7	7	6	6	8	6	8	7	7
87				sujeeto_85	36_60	masculino	6	10	10	10	10	6	10	6	10	6	6	6
88				sujeeto_86	36_60	femenino	0	0	4	0	3	3	3	3	0	3	0	0
89				sujeeto_87	36_60	masculino	5	7	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7
90				sujeeto_88	36_60	femenino	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

91				sujeeto_89	36_60	masculino	0	4	4	4	0	0	4	0	0	0	9	9
92				sujeeto_90	36_60	masculino	0	0	3	1	0	0	1	1	1	2	4	4
93				sujeeto_91	36_60	masculino	0	8	8	5	8	0	7	8	0	8	7	7
94				sujeeto_92	36_60	femenino	2	5	9	6	5	5	8	5	5	5	5	5
95				sujeeto_93	36_60	masculino	7	8	7	8	9	7	7	5	4	6	2	2
96				sujeeto_94	36_60	masculino	0	2	0	4	6	0	8	0	0	0	10	10
97				sujeeto_95	36_60	femenino	0	6	5	1	4	0	1	3	4	1	8	8
98				sujeeto_96	36_60	masculino	0	7	7	5	5	3	5	8	8	0	8	8
99				sujeeto_97	36_60	femenino	0	0	5	0	0	0	5	1	5	0	7	7
00				sujeeto_98	36_60	femenino	3	4	4	4	8	3	7	4	4	4	4	4
01				sujeeto_99	36_60	femenino	4	4	4	4	8	4	8	4	4	4	10	10
02				sujeeto_100	36_60	femenino	6	7	7	6	6	7	7	5	3	6	2	2

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	
1	GRUPO UNIVERSITARIOS				pregunta 1	pregunta 2	pregunta 3	pregunta 4	pregunta 5	pregunta 6	pregunta 7	pregunta 8	pregunta 9	pregunta 10	pregunta 11	pregunta 12	pregunta 13	pregunta 14	pregunta 15		
2				sujeeto 1	19_35	masculino	no	0	3	3	0	6	2	0	0	5	2	2	1		
3				sujeeto 2	19_35	masculino	no	3	6	6	3	7	2	2	5	10	2	6	2		
4				sujeeto 3	19_35	femenino	no	5	7	10	5	5	6	5	7	2	6	8	9		
5				sujeeto 4	19_35	femenino	no	1	2	5	4	4	2	1	4	3	3	8	1		
6				sujeeto 5	19_35	femenino	no	1	2	5	3	4	2	2	4	4	3	5	1		
7				sujeeto 6	19_35	femenino	si	1	3	3	5	8	1	8	5	6	8	5	5		
8				sujeeto 7	19_35	masculino	si	5	7	6	8	7	5	8	10	7	7	0	3		
9				sujeeto 8	19_35	femenino	si	8	6	9	7	10	8	9	7	6	8	3	5		
10				sujeeto 9	19_35	femenino	no	3	5	10	0	9	6	8	4	9	10	0	2		
11				sujeeto 10	19_35	masculino	si	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	0		
12				sujeeto 11	19_35	femenino	si	1	1	3	3	3	1	1	1	1	3	6	5		
13				sujeeto 12	19_35	femenino	no	2	5	7	3	5	2	5	3	5	2	2	0		
14				sujeeto 13	19_35	femenino	si	7	10	10	10	10	8	10	9	10	10	1	1		
15				sujeeto 14	19_35	femenino	si	6	7	7	8	8	7	7	8	7	7	1	1		
16				sujeeto 15	19_35	femenino	si	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	7	7		
17				sujeeto 16	19_35	femenino	no	2	5	7	7	7	3	5	7	4	7	5	6		
18				sujeeto 17	19_35	femenino	si	3	3	7	3	9	3	6	7	7	5	1	1		
19				sujeeto 18	19_35	masculino	no	4	4	4	4	9	5	6	6	5	6	3	0		
20				sujeeto 19	19_35	femenino	si	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7		
21				sujeeto 20	19_35	masculino	si	8	8	7	7	9	7	7	7	6	2	1			
22				sujeeto 21	19_35	otros	si	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10		
23				sujeeto 22	19_35	femenino	si	0	0	1	0	3	0	0	0	0	1	7	4		
24				sujeeto 23	19_35	otros	no	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
25				sujeeto 24	19_35	femenino	no	5	3	5	3	7	7	8	8	5	7	5	7		
26				sujeeto 25	19_35	femenino	no	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	5	0		
27				sujeeto 26	19_35	masculino	no	3	3	5	2	7	3	2	3	2	3	3	4		
28				sujeeto 27	19_35	masculino	no	0	0	2	0	0	0	0	0	3	0	8	4		
29				sujeeto 28	19_35	femenino	no	4	5	5	6	10	4	8	7	4	4	7	7		
30				sujeeto 29	19_35	masculino	no	0	0	6	2	5	0	2	5	6	2	3	5		
31				sujeeto 30	19_35	masculino	no	2	3	7	5	5	3	7	8	9	7	5	7		
32				sujeeto 31	19_35	femenino	no	2	5	10	4	5	2	2	5	0	2	5	6		
33				sujeeto 32	19_35	femenino	no	4	6	8	6	7	6	10	9	9	9	6	2		
34				sujeeto 33	19_35	femenino	no	0	0	4	0	2	0	0	0	0	0	4	5		
35				sujeeto 34	19_35	femenino	no	7	7	9	7	7	7	7	8	6	7	7	7		
36				sujeeto																	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
50				sujeeto 49	19 35	masculino	no	0	3	7	1	2	5	6	5	0	3	6	3	
51				sujeeto 50	19 35	femenino	no	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
52				sujeeto 51	19 35	masculino	no	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	
53				sujeeto 52	19 35	femenino	no	2	0	1	3	6	1	3	5	7	6	5	5	
54				sujeeto 53	19 35	femenino	no	5	6	9	6	8	6	7	7	6	8	0	0	
55				sujeeto 54	19 35	femenino	no	2	4	7	3	5	4	5	7	7	4	3	6	
56				sujeeto 55	19 35	femenino	no	2	0	5	4	8	4	3	3	4	7	3	3	
57				sujeeto 56	19 35	femenino	no	3	7	8	5	8	3	4	6	8	7	3	7	
58				sujeeto 57	19 35	femenino	no	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	9	
59				sujeeto 58	19 35	femenino	no	0	0	5	0	6	0	4	2	1	2	7	6	
60				sujeeto 59	19 35	femenino	no	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	5	
61				sujeeto 60	19 35	masculino	no	3	4	7	5	5	3	5	4	5	4	4	5	
62				sujeeto 61	19 35	masculino	no	5	5	10	6	4	4	6	6	7	2	2	7	
63				sujeeto 62	19 35	femenino	no	1	1	8	1	2	1	5	1	0	3	8	2	
64				sujeeto 63	19 35	femenino	no	1	3	3	0	3	1	1	0	1	4	7	0	
65				sujeeto 64	19 35	femenino	no	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	3	4	
66				sujeeto 65	19 35	femenino	no	1	3	6	3	8	3	4	3	7	5	4	4	
67				sujeeto 66	19 35	femenino	no	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
68				sujeeto 67	19 35	femenino	no	1	2	2	0	7	4	0	2	1	2	0	1	
69				sujeeto 68	19 35	femenino	no	6	2	10	5	7	6	6	6	6	0	7	0	
70				sujeeto 69	19 35	femenino	no	8	8	8	10	10	7	8	9	10	10	8	8	
71				sujeeto 70	19 35	femenino	no	8	8	8	10	10	7	8	9	10	10	8	8	
72				sujeeto 71	19 35	femenino	no	7	5	5	7	7	5	5	5	5	7	4	4	
73				sujeeto 72	19 35	femenino	si	5	8	8	5	7	5	7	8	8	7	1	0	
74				sujeeto 73	19 35	femenino	no	5	5	5	5	9	5	5	5	5	5	10	0	
75				sujeeto 74	19 35	femenino	no	6	8	8	6	10	10	8	6	8	7	3	6	
76				sujeeto 75	19 35	femenino	no	1	4	3	10	4	1	4	3	9	5	5	3	
77				sujeeto 76	19 35	femenino	no	0	0	1	1	3	0	0	1	0	1	1	6	
78				sujeeto 77	19 35	femenino	no	6	6	6	5	7	5	6	6	5	6	4	3	
79				sujeeto 78	19 35	femenino	no	3	5	8	5	7	6	8	8	5	7	3	1	
80				sujeeto 79	19 35	femenino	no	2	0	0	0	6	0	0	7	2	3	4	8	
81				sujeeto 80	19 35	femenino	no	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	7	3	
82				sujeeto 81	19 35	femenino	no	3	6	6	4	10	5	6	6	5	6	6	5	
83				sujeeto 82	19 35	femenino	no	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	10	1	
84				sujeeto 83	19 35	femenino	no	0	0	5	2	5	0	0	0	0	5	1	3	
85				sujeeto 84	19 35	femenino	no	1	2	2	0	8	1	0	5	9	7	7	7	
86				sujeeto 85	19 35	masculino	no	0	5	7	7	1	0	6	7	4	5	3	0	
87				sujeeto 86	19 35	femenino	no	1	3	2	7	9	3	2	7	5	5	0	2	
88				sujeeto 87	19 35	femenino	no	0	2	2	4	5	1	7	1	2	3	1	1	
89				sujeeto 88	19 35	femenino	no	0	0	6	7	6	0	0	0	0	0	10	1	
90				sujeeto 89	19 35	femenino	no	0	0	0	0	5	0	0	10	0	0	8	5	
91				sujeeto 90	19 35	femenino	no	0	0	8	3	10	3	3	6	0	0	7	4	
92				sujeeto 91	19 35	masculino	no	8	10	8	7	8	8	9	9	4	10	1	2	
93				sujeeto 92	19 35	femenino	no	3	8	8	7	8	5	8	10	8	9	2	2	
94				sujeeto 93	19 35	femenino	no	4	5	7	2	7	5	5	5	7	6	5	6	
95				sujeeto 94	19 35	masculino	no	4	5	5	5	10	2	2	5	5	7	3	3	
96				sujeeto 95	19 35	femenino	no	0	0	2	1	2	1	1	0	0	1	10	1	
97				sujeeto 96	19 35	femenino	no	4	4	6	6	5	4	4	4	5	4	2	3	
98				sujeeto 97	19 35	femenino	no	2	1	8	3	10	0	0	4	5	2	0	0	
99				sujeeto 98	19 35	femenino	no	7	6	10	7	9	7	6	5	8	8	3	5	
100				sujeeto 99	19 35	masculino	no	3	3	3	7	10	3	10	5	10	3	0	0	
101				sujeeto 100	19 35	femenino	no	8	8	8	8	8	8	8	8	6	8	2	0	
102				sujeeto 101	19 35	femenino	no	3	7	8	6	6	3	7	7	6	6	5	4	
103				sujeeto 102	19 35	masculino	no	4	4	8	4	6	4	4	6	10	6	3	3	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	
1	GRUPO POBLACIONAL ADOLESCENTES				pregunta 1	pregunta 2	pregunta 3	pregunta 4	pregunta 5	pregunta 6	pregunta 7	pregunta 8	pregunta 9	pregunta 10	pregunta 11	pregunta 12	pregunta 13	pregunta 14		
2				sujeeto 1	12 18 años	masculino	7	8	7	9	10	8	10	8	10	10	0	0		
3				sujeeto 2	12 18 años	pnd	2	1	1	4	2	3	3	3	3	3	2	3		
4				sujeeto 3	12 18 años	otros	10	0	0	0	0	0	0	4	3	0	2	3		
5				sujeeto 4	12 18 años	masculino	7	0	2	4	0	1	5	0	0	8	10	10		
6				sujeeto 5	12 18 años	masculino	2	1	0	5	10	4	5	0	4	6	0	0		
7				sujeeto 6	12 18 años	masculino	6	4	5	6	5	5	6	5	5	6	5	6		
8				sujeeto 7	12 18 años	masculino	0	5	6	7	5	6	6	9	8	7	1	3		
9				sujeeto 8	12 18 años	masculino	2	10	10	2	8	5	5	10	5	9	5	8		
10				sujeeto 9	12 18 años	masculino	5	5	6	6	6	7	8	3	5	4	5	5		
11				sujeeto 10	12 18 años	femenino	0	1	1	7	1	4	7	0	1	5	4	4		
12				sujeeto 11	12 18 años	masculino	5	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0		
13				sujeeto 12	12 18 años	masculino	5	4	6	8	10	6	8	4	5	7	6	5		
14				sujeeto 13	12 18 años	femenino	0	0	0	0	6	4	7	4	4	4	7	6		
15				sujeeto 14	12 18 años	pnd	7	7	7	5	7	6	8	4	7	4	0	0		
16				sujeeto 15	12 18 años	masculino	0	1	1	1	2	1	2	1	0	1	10	10		
17				sujeeto 16	12 18 años	femenino	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	9	9		
18				sujeeto 17	12 18 años	masculino	2	8	10	6	10	7	9	5	10	8	5	5		
19				sujeeto 18	12 18 años	masculino	10	10	10	7	9	7	8	5	8	6	7	7		
20				sujeeto 19	12 18 años	masculino	0	0	0	0	1	2	1	1	2	1	1	1		
21				sujeeto 20	12 18 años	femenino	0	2	3	2	2	2	0	0	1	1	9	9		
22				sujeeto 21	12 18 años	masculino	1	6	7	2	2	1	4	0	1	0	6	6		
23				sujeeto 22	12 18 años	masculino	1	3	5	3	2	1	1	2	1	3	6	6		
24				sujeeto 23	12 18 años	femenino	4	6	5	8	10	8	3	4	10	7	0	0		
25				sujeeto 24	12 18 años	femenino	3	0	1	2	4	1	1	0	1	3	5	5		
26				sujeeto 25	12 18 años	femenino	5	7	5	10	10	6	10	8	10	10	8	8		
27				sujeeto 26	12 18 años	femenino	9	7	5	7	10	5	7	7	5	8	0	0		
28				sujeeto 27	12 18 años	femenino	7	8	9	10	9	8	10	9	9	9	0	0		
29				sujeeto 28	12 18 años	femenino	3	8	5	7	6	6	5	3	6	3	5	5		
30				sujeeto 29	12 18 años	femenino	2	5	3	4	8	4	4	2	3	3	3	4		
31				sujeeto 30	12 18 años	masculino	0	0	1	0	4	0	1	1	0	0	10	10		
32				sujeeto 31	12 18 años	masculino	0	3	6	3	7	0	2	0	3	7	7	7		
33				sujeeto 32	12 18 años	femenino	5	8	6	9	10	5	10	7	7	10	8	8		
34				sujeeto 33	12 18 años	masculino	3	4	8	1	5	0	3	0	0	0	0	0		
35				sujeeto 34	12 18 años	masculino	0	4	4</											

7.4. ANEXO 4: Entrevista a la psicóloga, Anna Benítez.

- a) **¿Podrías realizar una pequeña descripción de la idea general inicial que tenías de un enfermo con esquizofrenia?**

Pensaba en personas con constantes delirios y alucinaciones, con las que seguramente sería difícil interactuar y un tanto agresivas. Me generaba miedo el no saber cómo podían responder.

- b) **Acorde con la pregunta anterior, del 1 al 10, como percibías de peligroso a una persona que padece de esquizofrenia, siendo 0 el de menor peligrosidad y 10 el de mayor.**

2

- c) **Relacionado con la pregunta anterior, del 1 al 10, como considerabas de delincuente a un enfermo con esquizofrenia, siendo 0 el de menor peligrosidad y 10 el de mayor.**

0

- d) **Actualmente, después de su experiencia profesional, ¿cambiarías las respuestas de las preguntas anteriormente planteadas? ¿Por qué?**

Rotundamente sí, sobre todo la primera pregunta. Mi concepción de una persona con Esquizofrenia ha cambiado totalmente después de haberlas podido conocer personalmente. La idea preconcebida que tenía no se parece en nada a cómo es la realidad. Se podría decir que he experimentado tres fases: la primera de total desconocimiento sobre cómo son estas personas y dónde me guiaba por los comentarios y tópicos que continuamente les rodean. La segunda fue estudiando el grado de Psicología donde pude conocer un poco mejor algunos de los síntomas que presentan estas personas, haciendo mucho hincapié en los brotes que sufren, como si sucedieran constantemente. Finalmente, la tercera fase, que se dio cuando realicé mis prácticas en una residencia de salud mental y después en mi experiencia profesional en otra residencia. Es en estos dos últimos lugares donde he podido conocer cómo son estas personas y cuál es la realidad que les

rodea. Son personas que han sufrido mucho, en muchas ocasiones no han tenido vidas fáciles y luchan constantemente para aceptarse cómo son y hacer frente a las voces que oyen, a veces dolorosas o a la montaña rusa de estados emocionales que experimentan.

e) ¿Consideras que el estigma interfiere de forma notable en la concepción que tiene la población de un enfermo con esquizofrenia? ¿Por qué?

Sí, cómo he respondido en la pregunta anterior, las personas que sufren Esquizofrenia arrastran una serie de tópicos y están estigmatizadas muy injustamente. A menudo se dice “que no se puede hablar bien de algo sin antes haberlo conocido” y en este caso es realmente así. Pienso que, como me sucedió a mí, si la población pudiese conocer bien a estas personas, cambiaría totalmente dicha concepción.

f) ¿Has podido tener la oportunidad de trabajar, como profesional, la forma en la que el estigma afecta a los usuarios de *Casa Marqués Salut Mental*?

Personalmente no he podido trabajarlo porque los días en que realizo mi jornada laboral se llevan a cabo otros talleres de rehabilitación, pero me consta que sí se ha trabajado por parte de compañeras en otras ocasiones. A nivel de conversación distendida, es un tema que suele aparecer en reiteradas ocasiones y se les da espacio para que puedan expresarse y comentarlo.

g) En el caso de que la respuesta anterior sea afirmativa, ¿podrías explicarnos tu experiencia?

Talleres y cuestionarios.

h) Al encontrarse ubicado el Centro de Salud Mental, en pleno centro de Terrassa, ¿ha supuesto algún tipo de dificultad por la condición de estos enfermos? Es decir, ¿el barrio ha experimentado algún tipo de desapego como consecuencia de la presencia de este centro y del estigma que comporta?

Desgraciadamente sí que hemos vivido algún episodio desagradable. Cada día se realiza un paseo alrededor de la residencia y sí que se nota que algunas personas miran a los usuarios más de lo normal. También se nos ha pedido que no vayan a algunos

establecimientos cercanos y concretamente en una ocasión se nos pidió que un usuario no se acercara por los alrededores de un colegio a la hora de la salida. Por suerte son pocas las veces que esto ocurre y me gusta pensar en que cada vez ocurrirán en menor medida.

i) ¿Consideras que el estigma hacia la persona que padece de esquizofrenia es mayor en grupos poblacionales infantiles, adolescentes o adultos?

Considero que es mayor entre la población adulta, pero por puro desconocimiento. Los niños se dejan guiar por la opinión de los mayores y los adolescentes debido al momento vital que experimentan creo que tienen más libertad a la hora de expresarse y la mente más abierta.

j) Por último, como profesional, ¿cómo considerarías que se podría cambiar la visión que, en general, la población tiene hacia la persona con esquizofrenia?

Repito lo anterior, conocer para saber. Quizás concienciar a la población desde etapas tempranas sobre los trastornos mentales, qué son y cómo se manifiestan. En concreto, la Esquizofrenia, un trastorno mental que puede desencadenarse a raíz de un episodio traumático y eso no nos exime a nadie, todos podemos llegar a sufrirlo a lo largo de nuestra vida. Más campañas de concienciación y sobretodo apoyo a estas personas que pueden sentirse desprotegidas y solas.

Muchas gracias por su colaboración.

7.5. ANEXO 5: Entrevista a Jesús Pérez Pazos.

He decidido introducir la transcripción de la entrevista como recurso de apoyo al trabajo, pese a que las citas más reseñables y las ideas más generales ya han sido recogidas a lo largo del trabajo.

Así pues, identifico que la entrevistadora se reconocerá en el texto como E y el entrevistado, el Dr. Jesús Pérez Pazos, como S1.

E: Buenas tardes, Jesús. Tal y como te comenté por correo electrónico, estoy realizando el trabajo de fin de grado de criminología, cuyo tema es la esquizofrenia y la

estigmatización social, es decir, averiguar cuál es el estigma y los perjuicios que rodean a la persona que padece de esquizofrenia. Así pues, el objetivo de la entrevista es conocer tu opinión, como profesional, sobre los temas centrales que te indiqué en el correo electrónico: acerca del funcionamiento del hospital Psiquiátrico Penitenciario, sobre la calidad de los peritajes psiquiátricos, acerca de la relación entre paciente y justicia y del estigma del que hablábamos antes.

Debido a puros aspectos técnicos del trabajo, necesitaría grabar la entrevista para su posterior transcripción y obtención de resultados. No obstante, para ello, necesito de tu consentimiento, ¿estás de acuerdo en grabarla?

Bueno pues, empecemos.

E: Teniendo en cuenta que un hospital psiquiátrico penitenciario, es considerado como un centro penitenciario especial y que tal y como consta, desempeñas tus funciones como psiquiatra en este centro. ¿Podrías explicarnos su funcionamiento?

S1: Bueno te explico, en Catalunya, hay dos unidades de especialización psiquiátrica, una está situada en Brian 1 y otra en Brians 2. La nuestra, la de Brians 1 tiene 80 camas y la de Brians 2 80 camas para toda la población penitenciaria de Cataluña. Para diferenciar un poco lo que hace en cada uno. Brians 1 desde que se cerró la modelo es el centro de preventivos y es la más potente en relación al interno que acaba de ingresar en prisión y hay que hacer un diagnóstico, hay que hacer el peritaje público, no privado se hace en la unidad. Pacientes con esquizofrenia o con un trastorno mental severo que han cometido un delito, ingresan directamente a nuestra unidad. Brians 1 es una unidad de rehabilitación, para pacientes crónicos, con esquizofrenia que han cometido un delito muy grave, lo típico es matar al padre o al vecino y tienen que cumplir una medida de seguridad en la prisión de 20/25 años y están en la unidad de rehabilitación de Brians 2. En nuestra unidad hacemos el informe, que no diría el pericial, aunque a veces el juzgado te lo pida, nosotros no somos peritos. Nosotros hacemos la labor de clínicos, atendemos a los pacientes. Hay dos grupos: los forenses que utilizando nuestros informes realizan los informes periciales y el equipo clínico.

Nuestra unidad son 80 camas y hay 4 unidades diferentes.

1. **La de agudos** es una unidad muy restrictiva, no es como una unidad de agudos de un hospital psiquiátrico. Es diferente porque hay que tener en cuenta que estamos en una

prisión y el hecho que los internos sepan que hay esta unidad, debemos tener un filtro para que no todos acaben ingresando en dicha unidad. Y el hecho de que los internos sepan que hay una unidad de psiquiatría, hace que muchos quieren ingresar en el hospital psiquiátrico, de modo que, tenemos que tener una especie de filtro porque la mayoría lo utilizan como una escapatoria de la cárcel.

2. **La de preventivos con trastorno mental severo** (quizás es el que más te interesa por lo que te estás preguntando): es donde ingresan este tipo de pacientes que han cometido un delito grave y que hay que hacer una valoración psiquiátrica de cara a una valoración forense posterior.
3. **Unidad de subagudos**: funciona como una unidad de agudos de un hospital psiquiátricos normal. Son ingresos de 1, 2 meses o 3 meses en pacientes que requieren estar ingresados. No solo ingresan los de la calle que acaban de cometer un delito sino internos que están en prisión y de repente tienen un episodio psiquiátrico. Es decir, aquellos que no presentaban ningún antecedente psiquiátrico pero que dentro de prisión se descompensan. Hay dos tipos de pacientes, los trastornos mentales que cometen un delito grave e ingresan en la unidad, como aquellos internos que padecen un episodio psiquiátrico e ingresan en la unidad. Vienen de diferentes sitios: o derivados del juzgar, el forense ve al paciente y considera que no debe estar ingresado en un módulo normal, se lo indica al juez y este emite una orden de ingreso en el centro psiquiátrico penitenciario; o bien, el psiquiatra de guardia (hay uno de 24h) decide el ingreso en la unidad por su propia decisión. Cuando este paciente se le da el alta vuelve a su módulo.
4. **Unidad de rehabilitación de mujeres**: hace la función de Brians 2 pero como no hay módulo de mujeres en Brians 2 hay 6 pacientes para toda Cataluña. Es algo muy específico que realmente el funcionamiento de la unidad no está preparado para la unidad rehabilitación de mujeres, pero como Brians 1 es de las unidades de psiquiatría que tiene el módulo de mujeres es la unidad de tratamiento.

E: ¿Podrías realizar una breve definición del peritaje psiquiátrico, así como de sus funciones y de su utilidad?

S1: El peritaje es la herramienta básica para que determinados pacientes con un trastorno mental sean rehabilitados como deben. Porque si no se entiende su trastorno y sus

necesidades, por mucha pena de prisión que tenga, no se van a rehabilitar. Se dan muchas situaciones y yo creo que es debido a las diferencias en cuanto a la labor pericial, hay muchos casos pacientes que estando muy descompensados de su enfermedad no se ha valorado su descompensación o incluso su enfermedad por muchos motivos: porque el forense en ese momento no considero que tenía una enfermedad mental o que estaba descompensados de su enfermedad, muchas veces porque no tienen recursos económicos, muchas veces por desconocimiento de las familias, porque consideran que si el juez cree que tiene que cumplir una pena de prisión, es así. Entonces es la herramienta necesaria para poder conseguir una rehabilitación que funcione. Para que esa persona no vuelva a cometer ese delito. De todos modos, hay muchos casos en los que son pacientes tan graves el juez determina que cumplan una medida penal alternativa de muchos años. Nuestra labor inicial muy importante, en cuanto al diagnóstico y el informe clínico. Yo como psiquiatra no debería hacer el informe pericial porque podrías tener intereses, de modo que, nuestra función en un juicio es como testigo no como perito, aunque lo jueces a veces te pongan como perito, porque fuiste de las primeras personas que viste a ese paciente después de la comisión del delito. Hay una situación que se da ahora que es muy diferente a la que se daba antes. Todo paciente antes con trastorno mental tenía que cumplir una medida de seguridad en un módulo diferente, ahora no, ahora se debe justificar que la persona en el momento de cometer el delito estaba descompensada de su enfermedad mental para eximirlo de culpa y además que esta descompensación que este trastorno afectó a su capacidad volitiva y cognitiva. Porque muchas veces el forense que tiene una formación médica y tienen una formación que no es específica, aunque ahora están haciendo la capacitación en salud mental para que, a parte de las prácticas, porque se ve que muchas veces el forense conoce muy por encima lo que son los trastornos mentales. Nosotros como psiquiatras lo vemos muchas veces que nos vienen pacientes que han estado 6 meses encerrado en un módulo normal, aunque pasa poco porque ahora hay un psiquiatra para cada centro y se suele detectar. Pero he tenido pacientes que han estado aislados y por lo tanto no han llamado la atención y da pena porque hasta mucho tiempo después no se valora que ese paciente en ese momento estaba descompensado.

Las cosas están cambiando mucho porque ahora hay psiquiatras en todos los centros penitenciarios todos los días. Es decir, se ha invertido mucho en los últimos años (5-10) para que se haga un equipo de soporte a la primaria que es similar a lo que hay en los

ambulatorios para que enfermeros, psicólogos, psiquiatra y trabajador y educador social hagan un seguimiento específico de todos de los pacientes y se detecte lo más rápido posible quién tiene un trastorno mental. Entonces el juez a petición del abogado solicita un informe y es el psiquiatra el que se encarga de realizar el informe clínico que más tarde el forense lo convierte en el informe pericial. Lo que pasa es que normalmente lo hace a través de tu informe clínico.

Me ingresó un paciente que había matado al vecino y había intentado matar a la pareja del vecino. El paciente venía derivado del psiquiatra de un módulo normal porque el forense dijo que no estaba descompensado de su trastorno mental. Nuestra labor en ese caso fue insistir que se trataba de un caso muy grave y de un trastorno crónico y resistente al tratamiento y explicar que lo que pasó sí que estaba relacionado con su trastorno mental. Por lo tanto, la función que tenemos en nuestra unidad es que esas carencias que se dan en la medicina forense porque es imposible ser médico y controlar de todas las especialidades o ser especializado en psiquiatría. Lo que ha pasado con la medicina forense, es que anteriormente no había esas especialidades, aunque ahora está cambiando. Por lo tanto, nosotros lo que hacemos es asesorar a los forenses. Y hay mucha rivalidad porque, aunque nos ayudamos mucho entre nosotros como en otras especialidades médicas que se intentan un poco quitar el trabajo unos a otros cuando realmente cada uno tiene su función. Mi labor es tratar al paciente, no solo cuando ha cometido el delito, sino que sea consciente porque lo ha hecho y como lo han hecho no es labor del forense, porque su labor es explicar cómo estaba ese paciente en el momento de cometer los hechos y nosotros le ayudamos. Muchas veces el shock es muy importante después.

Para concretar la pregunta, aunque nuestra labor no es pericial, es de testigo, al final el informe pericial de forense se acaba basando en nuestro informe clínico porque la mayoría de veces ingresan después de cometer el delito y nosotros somos de las primeras personas que vemos a esa persona después del forense. Es importante también el psiquiatra que lo trataba antes, de hecho, suelen pedirle informes a éste. Pero por eso es tan importante, porque es de las pruebas que se puede utilizar para determinar si ha cometido el delito como consecuencia de una descompensación de su trastorno mental.

E: ¿Bajo tu punto de vista, consideras que, en la práctica, existe una diferencia significativa en cuanto a calidad y fiabilidad entre los peritajes de parte y los de

carrera? ¿Es decir, cómo consideras que afecta el hecho tener recursos económicos con conseguir un buen peritaje? ¿Pasa como con los abogados?

S1: Normalmente está asociado, de hecho, el que se puede permitir un abogado privado, el siguiente paso es conseguir un peritaje privado. Pero para mí, des de mi punto de vista, no desde una forma proporcional. Aunque, si una persona no tiene recursos económicos, tiene menos posibilidades de demostrar que se le puede aplicar un atenuante. Hay una variedad de gente que se dedica a la psiquiatría legal y hay gente que cobra más y gente que cobra menos, igual que a los abogados. Pero en medicina, para mí, el psiquiatra que cobra más para hacer una primera visita no significa que sea más bueno y en el caso del perito privado, éste no te asegura que vaya a estar mejor hecho. Yo veo normalmente los informes periciales y mi opinión no está relacionado. No obstante, una persona sí que es cierto que si tienes menos recursos económicos, tienes menos posibilidades que revisen tu caso de la forma que lo hace un perito privado. Pero en general, cuando estamos hablando de delitos graves o de trastornos mentales graves, no es necesario utilizar un perito privado porque es muy claro. Hay casos que es más difícil de demostrar y sí que es cierto que a la hora del juicio y de valorar las pruebas, cuando se ve al clínico y al perito diciendo lo mismo, llegando a las mismas conclusiones, el jurado va a confiar en el veredicto de estos profesionales porque des de la parte pública y privada tienen el mismo punto de vista.

Yo creo que es más importante el abogado que el perito, desconociendo el buen abogado del mal abogado, porque yo no juzgo al abogado. Des de mi impresión, no siempre lo más caro es lo mejor y esto es algo que ocurre en todos lados. No obstante, el caché y por tanto el precio de sus servicios van en función de la fama y de la experiencia que ha adquirido esa persona, aunque a veces sucede que, en un punto de su carrera, deja de esforzarse tanto para mantener el nivel. Yo he visto personas que llegado a un punto se han relajado y el informe que hacen no están a la altura de una persona mucho más joven que está empezando.

E: ¿En cuanto a la revisión que comentabas respecto de un perito de carrera y uno privado, hay mucha diferencia?

S1: ¿Cuándo te refieres a uno de carrera, te refieres a...?

E: A un funcionario. Es decir, que, en principio, un funcionario tenderá a tener un volumen de faena más grande que uno privado, ¿esto también sucede en los peritajes?

S1: Sí. Es verdad que el funcionario, como por ejemplo los compañeros del Instituto de Medicina Legal, en general tienen un volumen de trabajo mucho más grande, pero los que yo conozco y con los que he trabajado conjuntamente, no he tenido una experiencia tan negativa. Quizás la he tenido más con el forense por un tema de especialización, lo que te he comentado antes. Porque aún no se han especializado tanto como para que un forense se encargue de un paciente con trastorno mental.

E: **Por tu experiencia profesional, ¿consideras que los jueces, en general, tienen en cuenta el peritaje psicológico? Porque si es que es cierto que, en la carrera hemos visto, sobretodo en derecho procesal, que, si ambas partes aportan al juicio peritos para refutar sus posiciones jurídicas, y las conclusiones de ambas son opuestas, el juez puede tener poder de decisión, ¿sucede lo mismo en el ámbito psiquiátrico?**

S1: En este sentido delegan más, porque sí que a veces notan que están más perdidos en ese sentido. Por eso el trabajo del perito privado parte de la desconfianza de que le han pagado para defender una determinada postura. Me ha ocurrido mucho con jurados populares, es decir, que incluso hay pacientes que les ha perjudicado tener un perito privado, porque no se lo han creído por ser demasiado descarados, es decir, han intentado exagerar lo que ocurría a esa persona y eso ya crea desconfianza en el juez o en el jurado. Entonces yo creo que sí que delegan más la decisión, pero también depende mucho del juez. Aunque nos creamos que la medicina es una ciencia exacta y que todos los médicos van a tomar la misma decisión, diagnóstico o tratamiento y depende, y con especialidades como la psiquiatría aún más. Depende del juez y de la relación que tenga el juez con el forense. Yo me encontrado con casos en los que me han preguntado muchas cosas para llegar a una conclusión y casos en los que me han pedido repetir lo que yo he escrito en el informe. Cuando realmente el juicio es el mejor momento para explicar todo eso.

E: **¿Consideras que los enfermos de esquizofrenia son correctamente juzgados por la administración de justicia?**

S1: yo creo que cada vez más, cada vez se hace mejor por una de las cosas que te explicaba antes, ahora en Cataluña en todas las prisiones hay psiquiatras visitando salvo en alguna como la de jóvenes y la de mujeres, en las que van dos o tres veces por semana. En los demás centros hay psiquiatra que visitan a diario y lo que se le se escapa al forense, es

decir, comete el delito lo ve el forense y dice que no les pasa nada y ingresa en el módulo de prisión, normalmente, a los pocos días, va haber un psiquiatra que haga esa valoración y si por ejemplo requiere un ingreso en el hospital psiquiátrico, que es la unidad nuestra y rápidamente lo deriva. Entonces cuando el juez o el abogado se da cuenta que lo han ingresado en un hospital psiquiátrico rápidamente nos pide un informe. Entonces ahora es mucho más ágil que antes, y he tenido casos que estaban aparcados porque en su momento nadie se preguntó si esa persona cometió ese delito como consecuencia de su enfermedad. Normalmente llaman la atención aquellos pacientes que son conductualmente están muy alterados. Pero hay muchos pacientes esquizofrénicos que están en su mundo y los funcionarios no detectan porque no tiene una especialización en salud mental. Es ahora que en determinadas prisiones se están haciendo módulos específicos con funcionarios formados para que se den cuenta del trastorno mental. Antes no se hacía esto y todos los años se hace formación a los funcionarios sobre trastornos mentales. De modo que creo que se está avanzando en la formación de aquellas personas que pueden detectar si un interno tiene una enfermedad mental. En ese sentido yo creo que poco a poco se va avanzando, aunque queda un montón por recorrer. Aunque se está avanzando por toda la inversión que se ha hecho. O sea, en prisión se ve en manera más frecuente un paciente que en la calle porque cuando están estables se ven cada 3 o 4 meses en la calle y en prisión, los vemos una vez al mes. Una primera visita en la calle muchas veces, en la calle hablo del ámbito civil, se va al mes o al mes y medio. En prisión la estamos dando a las 2, 3 semanas, pero eso es porque ha habido una inversión. Porque se ha visto que hay una prevalencia mucho más elevada en prisión que en la calle por eso se ha invertido tanto. Por 1200 internos de la prisión, somos 8 psiquiatras, entonces eso permite que se haga una atención adecuada y se detecten esos casos. Sino por volumen de trabajo no acabarías viendo tan rápido esos pacientes. Por ejemplo, una de las cosas que se ha implementado desde que se ha puesto más dinero es que en el módulo de ingresos en prisión hay un psiquiatra que pasa dos veces a la semana, de modo que casos como ese que pasan por percibidos ya los vemos cuando entran en la cárcel. El que antes iba a un módulo directamente y no pasaba nada y se podía pasar meses allí, ahora lo detectamos y muchas veces lo ingresamos y hacemos esa derivación al módulo de preventivos en el que se le hace un informe psicológico que después se utiliza en el juicio

muchas veces. Entonces la conclusión es que queda mucho por recorrer, pero es verdad que con la inversión que se ha hecho se avanza mucho más.

E: Entonces una pregunta que me ha surgido después de lo que me estás contando, **¿qué pasaría si estuvieran las plazas de Brians1, Brians 2, de Sevilla y Alicante? ¿Una persona con trastorno mental, se quedaría en el módulo ordinario?**

S1: Normalmente, o sea, desde que estoy yo nunca ha ocurrido, pero tenemos más, o sea, a parte de esas, yo siempre me lo he preguntado, sobre todo pensando en la unidad de rehabilitación de Brians2 que son 80 camas y allí vamos ingresando pacientes que a veces tienen que estar, a veces 15, 20 años entonces cada año es verdad que pueden ingresar 1 o 2 al año con delitos graves y se van acumulando. Pero sí que es verdad que hay un drenaje, es decir, cuando ingresan pacientes con medidas de seguridad de 15 o 20 años, lo normal no es que cumplan los 15 años allí, lo normal es que se proponga el traslado a un centro psiquiátrico civil.

E: Como en un tercer grado, ¿no?

S1: Más que un tercer grado, las medidas penales alternativas, no se clasifican, precisamente porque son una medida de seguridad y no hay una obligatoriedad de clasificarlo. Lo que pasa es que sí que es verdad que como equipo referente y como haces informes cada 6 meses al juez, y se le va explicando cómo está al juez. Si después de 4 o 5 años la evolución es buena, cumple el tratamiento, tiene mejor conciencia de su enfermedad y se considera que puede estar en un hospital psiquiátrico civil de crónicos, se propone al juez y el juez toma la decisión de cambiarle el centro de cumplimiento en vez de un centro penitenciario en uno civil. Normalmente es algo progresivo, no acaban estando los 20 años en el centro penitenciario hasta el final. Lo normal, si el paciente no es tan grave, es que haya una progresión porque el objetivo es que ese paciente mejore, se rehabilite y pueda hacer una vida lo más normal posible, aunque sea un paciente tan grave que deba estar en un centro psiquiátrico toda la vida, pero que no sea necesario estar en una unidad de alta seguridad, porque las unidades penitenciarias psiquiátricas son de alta seguridad. Hay pacientes tan graves que son graves en cuanto a los síntomas, pero no en cuanto a la peligrosidad me refiero, no en cuanto a que cometan una agresión. Entonces el medio adecuado no es estar en una unidad penitenciaria 20 años, sino que deben estar en el centro psiquiátrico civil y cuando se hacen mayores en una residencia psiquiátrica. La cosa es decidir cuál es el mejor sitio. Hay algunos que vuelven a la

comunidad, otros con su familia, pero primero hay que demostrar que ha habido un cambio. O demostrar que no ha habido ningún cambio y entonces va a tener que estar en un hospital toda su vida que esto a veces pasa. A mí me lo han preguntado muchas veces, preguntarme sobre el pronóstico del paciente y tener que decir la verdad, que es una paciente tan grave que el planteamiento tendría u ser en una unidad que garantice que no consume drogas y que se toma el tratamiento entonces el juez puede decir que este sea el centro penitenciario psiquiátrico y cuando he visto que no, también te piden opinión y en general te hacen caso.

E: Volviendo a la relación del paciente con la administración de justicia. **¿Cómo describirías en 5 palabras la relación entre el enfermo de esquizofrenia y la administración de justicia?** Así ya encaminamos hacia el tema del estigma. Porque sí que es cierto que otros delitos que pueda cometer una persona que no tenga ningún trastorno mental como podría ser los relacionados con las drogas, también existe trabajos y doctrinas que determinan que la administración de justicia a veces es reacia en función de cómo es la persona, qué delito ha cometido si consume drogas o no. Entonces, ¿cómo los describirías como profesional?

S1: Yo creo que, una de las palabras, la primera sería desconfianza, aunque no por el estigma, no tiene que ver con el estigma, sino porque hay una utilización de la salud mental por parte de los delincuentes. En mi trabajo lo más frecuente no es determinar que una persona tiene un trastorno mental sino la mayor parte de mi trabajo es desmontar a aquel que está fingiendo tener un trastorno mental pero que en realidad no lo tiene. Esto es muy frecuente porque como tiene beneficios o ingresando en el hospital o atenuantes, o incluso eximentes muchas veces, se han pasar muchas veces por enfermos mentales. Entonces la administración de justicia, diría desconfianza porque es eso, desconfían porque utilizan los diagnósticos de salud mental para librarse de las consecuencias de lo que han cometido, entonces esa es una de las primeras palabras que me viene a la cabeza. Claro después pensando también en el tema del estigma, yo creo que cada vez hay más concienciación en cuanto a lo que es la enfermedad mental, antes no existía, antes dependía mucho de la persona y de la administración de justicia. Porque si alguien tiene un familiar que tiene un trastorno mental lo entiende mucho mejor y es capaz de ponerse en la posición de esa persona y lo entiende de otra manera. Ahora se entiende mucho mejor porque hay más formación. Porque abogados como médicos forenses, hay cosas

que se explican que antes no se explicaban y no se quedan solo con lo que genera estigma que son los medios de comunicación. Realmente lo que nos perjudica es lo que sale en las noticias y lo que hace que haya mucha gente tengan una opinión muy *sesgada*. Con formación se le está dando mucha vuelta a esto y hay mucha más concienciación en las personas de la administración de justicia y en todos los estamentos.

No me salen 5 jajaja.

E: Las que te salgan, no te preocupes **¿Crees que miedo sería una de ellas?** No tanto por parte del juez sino de los funcionarios que están trabajando. En general de todo el cuerpo de la administración de justicia, incluyendo los abogados.

S1: Vale. Por parte de los abogados sí que lo he notado. Porque, por ejemplo, es muy frecuente que cuando el paciente ingresa en nuestra unidad, es muy frecuente que el abogado deje de venir a visitar a su cliente. Es como ui está ingresado allí a ver si va a estar muy mal, y claro, es verdad hay veces que están muy mal y se enfadan con el abogado. Aunque teniendo en cuenta que es una unidad que podemos supervisar mucho mejor como está el paciente, entonces, yo estaría más tranquilo, es más yo diría que hay veces que tenemos que llamar a los abogados y avisarles de que ya pueden venir a visitar a su cliente. Miedo, sí, en determinados estamentos, sí aunque en los funcionarios no, porque el que tiene un trastorno mental es más vulnerable y como es más vulnerable el funcionario, lo maneja mucho más.

E1: *Vale.*

S1: Yo no digo que pacientes con adiciones o con trastornos de la personalidad, esos no son vulnerables, de hecho, uno de los peligros de que un paciente con trastorno mental esté en un módulo normal es la vulnerabilidad ante los delincuentes, ante los antisociales y por eso los intentamos separar. Porque los pacientes con retraso mental, pacientes con discapacidad intelectual y con esquizofrenia, son muy vulnerables, se aprovechan de ellos, no solo los internos, sino que los funcionarios también los utilizan de alguna manera porque como son más vulnerables, consiguen más cosas de ellos, por ejemplo, que hagan de chivatos. Entonces, por parte del equipo de funcionarios no considero que haya miedo. Y por parte de los forenses, también diría la palabra que dije antes, desconfianza, como he dicho antes, porque siempre le están intentado, la mayoría de los internos se hacen pasar por personas con trastorno mental. Esto es muy frecuente, pero al final uno se acaba adiestrando en esa forma de trabajar.

E: Claro

S1: En diferenciar los que realmente lo tienen de los que no, de los que lo tienen e intentan disimular de que lo tienen, porque también hay casos así.

E: ¿Se avergüenzan de su condición?

S1: Claro, incluso hacen el papel contrario, o sea, no quieren ser considerados como pacientes con trastorno mental y da pena porque en ese sentido son tan graves que incluso no saben que les estas intentando ayudar en cuanto al tratamiento, pero bueno, como no tienen conciencia de enfermedad, pues. Esto ocurre mucho en el ámbito de la psiquiatría, no solo en el ámbito penitenciario en general, el que quiere ingresar no debería y el que debería ingresar no quiere, en general ocurre mucho. Y en el ámbito penitenciario también pasa.

E: Sí, esto lo estuve comentando con Francisco, que existen muchos casos en los que se hacen pasar por personas con esquizofrenia para justificar el delito que habían cometido.

S1: Esto está en el orden del día. En mi trabajo, diría que la mayor parte de las visitas tienen que ver con esto.

E: Vale

S1: Con un paciente que me está intentado decir que es esquizofrénico cuando la evolución de lo que está explicando no cuadra con una esquizofrenia. En general es muy sencillo, porque en general, aunque los síntomas se conozcan cada vez más.

E: No se pueden fingir

S1: Se pueden fingir, se pueden fingir, de hecho, hay pacientes que lo acaban consiguiendo, pero en algún momento eso se acaba notando, por ejemplo, cuando ves interactúan con otros pacientes cuando ves cómo funcionan en la unidad acabas desmontando todo eso. Hay casos muy graves que son simuladores que incluso ya simulaban en el ámbito civil, en el hospital se hacían pasar por pacientes con trastorno mental. Pero lo normal no es eso, sino que el porcentaje elevado de simuladores se desmonten rápidamente. Entonces hay una cantidad, es que hoy mismo teníamos una reunión del departamento especial de sancionados en el centro penitenciario y me explicaban eso, que tenían un paciente que decía que tenía esquizofrenia y que quería que lo viera el psiquiatra y revisas la historia y ninguna visita con el psiquiatra nunca, ningún síntoma que te expliquen los funcionarios y no tenía nada que ver con la descompensación de una esquizofrenia. Acabas viendo al paciente y al final él mismo muchas veces se

acaba desmontando. Una de las facilidades que tenemos es que la discapacidad intelectual en el centro es uno de los diagnósticos más frecuentes, en general, discapacitados intelectuales, pacientes con trastorno por consumo de sustancias y trastornos de personalidad. Entonces la discapacidad intelectual no sabe elaborar la simulación de una manera que lo haría un simulador profesional, no lo hace, lo hace de forma más burda.

E: Claro, entonces es más fácil de ver que está mintiendo

S1: Claro, te habla de las voces de una manera que es muy fácil diferenciarla de las alucinaciones auditivas de un paciente esquizofrénico. Es bastante sencillo salvo que hay determinados casos, que incluso, muchas veces entre los compañeros hay una diferencia de parecer. Compañeros que hemos visto muchas veces a ese paciente y pensamos diferente.

E: Entonces, en estos casos **¿Qué hacéis?**

S1: En general cada paciente tiene su psiquiatra referente, aunque sí que es verdad que hay veces que está de guardia otro compañero y opina otra cosa, porque claro un diagnóstico no es transversal. Tu no ves a un paciente un día y ya sabes todo lo que le va a pasar. Sino que los diagnósticos se hacen de forma longitudinal de modo que el psiquiatra que lo conoce más, que lo ha visto más veces y que teniendo en cuenta su evolución, al final toma una decisión y tiene una impresión diagnóstica. Pero sí que es cierto que hay casos tan complicados que muchas veces pensamos diferente.

E: Y en cuanto a lo que decías antes de que ha habido un cambio por parte de la Administración de Justicia de apostar más por las unidades penitenciarias psiquiátricas, en este caso, **¿Consideras que realmente la Administración os da los instrumentos necesarios para poder diagnosticar, cada vez más rápido personas que han cometido un delito debido a su trastorno mental?**

S1: Sí porque están invirtiendo en formación. O sea, los forenses cada vez están mucho más formados y cada vez nos piden más información a los clínicos que vemos a esos pacientes. Mi impresión es que antes no se utilizaba tanto nuestra información. Yo creo que sí, creo que la Administración cada vez utiliza más la información clínica especializada, eso es porque, hay y antes no había, y ahora pasa el psiquiatra una vez a la semana o incluso mucho menos. En otras partes de España, sobretodo en Sevilla y Alicante que es donde hay unidades penitenciarias psiquiátricas, no pasa el psiquiatra

todos los días. No hay tantos recursos, y claro cuando no hay estos recursos, no se puede utilizar y el forense está desnudo. No puede utilizar la opinión de un psiquiatra que lleva a ese paciente, tiene que tomar la decisión él y eso no se puede.

E: ¿Consideras que las sentencias penales son sensibles con la esquizofrenia o que por el contrario ayudan a crear un mayor estigma?

S1: no creo que creen un mayor estigma, o sea, el objetivo de las medidas penales alternativas es evitar el estigma. Es decir, primero cuando un paciente cumple con una medida de seguridad en un hospital psiquiátrico, se le separa del resto de internos. Como se considera que puede ser vulnerable, no puede pisar un módulo normal, yo no puedo dar el alta a un paciente interno de una unidad psiquiátrica penitenciaria, el juez no me dejaría. De la misma manera, no está sancionado de la misma manera, no puede ir a departamento especial a cumplir una sanción de primer grado, como te decía, o están clasificado como están calcificados los penados, entonces, aunque muchas veces el paciente por gravedad de su enfermedad o por desconocimiento, este a disgusto porque a veces prefieren ser, se identifican más con el delincuente, prefieren ser más malotes y no estar con los trastornos mentales, realmente, se les está ayudando separándoles de los que son más peligrosos. Es lo que te decía antes, es una cuestión de vulnerabilidad, son más vulnerables y al final los delincuentes con trastorno antisocial y los psicópatas se acaban aprovechando de ellos. Entonces, yo creo que, a nivel social, puertas a fuera de la prisión, mi opinión es que a veces, cree, o sea la gente se sorprende porque en los medios de comunicación sale la noticia de: ha salido de la prisión

E: El esquizofrénico

S1: El esquizofrénico que cometió aquel delito. Y como a veces salen en menos tiempo que saldría un penado porque al penado le caen 15 años, y a los $\frac{3}{4}$ de condena ya están saliendo. Pero un paciente si se considera que puede estar en un psiquiátrico civil al año o a los dos años, los psiquiatras opinamos y decimos la verdad. Entonces muchas veces la noticia es, entra, sale de prisión la persona que cometió ese delito, pero se olvidan de que van a un hospital psiquiátrico.

E: Esto provoca una reacción social contraria.

S1: Claro si quitas el filtro de los medios de comunicación, yo creo que no, lo que pasa es que yo también me muevo en un medio en el que hay ese conocimiento del trastorno

mental. Pero cuando hablas con gente que no pertenece a ese entorno la verdad es que sigue existiendo ese estigma.

La gente se sorprende que una madre que haya matado al hijo, es decir, hay muchos casos, una madre que con un trastorno depresivo mata al hijo pues que saga más pronto que otro delincuente que haya cometido un delito menos grave, bueno más que menos grave, diríamos menos llamativo. Porque muchas veces una depresión psicótica, eh remite, esa personalidad está estable, hay una buena concienciación de esa enfermedad, hay un soporte familiar y hay que abogar para que esa persona pueda retomar su vida.

E: Claro

S1: Entonces la noticia de los medios de comunicación será: ya sale en libertad tal persona, pero la rehabilitación de esa persona no va a estar porque pase más años en prisión, va estar en que entiende su enfermedad, las maneras de prevenirla y que entienda que necesita un tratamiento

E: Bueno está claro que la sociedad es muy punitiva y que por culpa de los medios de comunicación hay mucha gente que no cree en la rehabilitación de los presos.

S1: A ver, es verdad que desde dentro sí que te puedo decir que hay también este punto, no solo des de fuera, sino que desde dentro hay esa sensación de reincidencia, pero claro los datos no dicen eso. De hecho, la semana pasada no sé si viste una noticia en el periódico que las prisiones en Cataluña se estaban vaciando. Vaciando no, pero que estaba disminuyendo el número de internos porque el código penal ha cambiado y ahora se ahoga mucho más por medidas penales alternativas, entonces, en pacientes toxicómanos se apuesta mucho por unidades terapéuticas, entonces disminuye el número de presos en las prisiones, pero eso no significa que haya menos delincuencia fuera, sino que se está abordando de otra manera. Aunque sí que es cierto que la gente desde fuera piensa que como más encerrados estén, mejor.

E: O que el código penal es muy blando si sí.

S1: Eso son punto de vistas mucho más conservadores, des de un punto de vista ideal, el medio penitenciario debe estar restringido para determinados casos en los que aislarles de la sociedad sea un tratamiento, la finalidad del medio penitenciario es hacer una rehabilitación, lo que pasa que si es verdad que hay casos que no son rehabilitables.

E: hay casos en los que es muy difícil

S1: Hay casos que no son rehabilitables. Hay delincuentes que no son rehabilitables del mismo modo hay trastornos mentales tan graves que muchas veces no se puede rehabilitar y yo se lo he dicho el juez, tengo pacientes en la unidad, esquizofrénicos que todos los días están teniendo síntomas que en un medio civil le podrían provocar volver a cometer un delito, con mucho tratamiento, mucha vigilancia pero claro si yo lo pongo con su familia en la misma situación con una posibilidad de consumir drogas, probablemente volvería a cometer el delito y esto hay que decirlo. Del mismo modo pasa con pacientes que cuando salen se les hace un informe en el que plasma que hay un alto riesgo de reincidencia, por ejemplo, los casos de abusos sexuales o de pederastas, que en general reinciden mucho. Pues en el caso de trastorno mental también lo decimos. Esto no quiere decir que todos sean iguales. En cuanto al estigma, en general gracias a los Medios de Comunicación se asocia la enfermedad mental y sobretodo la esquizofrenia con violencia y eso no es así, la violencia en general no está asociada a la enfermedad mental, en general. Hay una parte, un porcentaje de la violencia que sí que está asociada a la enfermedad mental, pero con determinadas características. Es decir, con determinados síntomas, en este caso la esquizofrenia como pueden ser las alucinaciones y los delirios. En general ¿qué esquizofrénicos acaban ingresando en un hospital civil? los que tienen alucinaciones, los que tienen delirios y que hay una probabilidad de que pasen al acto, por eso los hospitales psiquiátricos están para prevenir que ocurran estos delitos o para que no actúen contra sí mismos, que no se suiciden o que no actúen contra otros. Lo que pasa es que a veces acaban cometiendo el delito. Entonces la labor es de rehabilitar este tipo de paciente que muchas veces son muy rehabilitables porque son casos que no son tan graves pero que en ese momento estaban muy intoxicados, que no se había diagnosticado la enfermedad nunca y no se le ocurrió nunca a la familia de llevarlos a urgencia, esto es muy casual. Estos casos dan mucha pena porque no es un caso irremediable, es un caso que fortuitamente acaba cometiendo el delito de manera fortuita, porque a nadie se le ocurrió llevarlo a un hospital o ir a unas urgencias. Entonces esto es así y realmente dan pena porque el destino de esa persona sería muy diferente si tuviera al lado una persona que pensase que eso se pudiera evitar.

E: Sí que es cierto que sigue habiendo una concepción bastante elevada de asemejar al esquizofrénico como una persona violenta porque he pasado una encuesta para buscar el estigma y el 80% ha contestado afirmativamente. He hecho un baremo del 0 al 10 y en

un 80- 85% han superado el 7 de que tienen como más violenta una persona que tiene un trastorno mental respecto de una que no lo tiene.

S1: eso es por los MC

E: Si sí, claramente

S1: Clarísimamente. Se han tomado decisiones, hay algo que están cumpliendo un poco y lo están haciendo mejor, respecto al suicidio, han tomado más conciencia y no sale cada día en las noticias

E: Exacto

S1: No sale en las noticias las noticia de que alguien se ha tirado al metro cuando se tiran y se suicidan personas cada día. En ciudades como BCN o Madrid es muy frecuente. Pero entorno al suicidio parece que han tomado más conciencia. Pero respecto al trastorno mental como casi siempre primero es la noticia, les da igual lo que haya detrás, no se esperan ni tienen la paciencia para decir, igual esa persona tenía una enfermedad mental. Es chico que metió a la madre en *tuppers*, yo creo que si hubiera más prudencia se orientaría la noticia de otra manera, entonces yo creo que la asociación que tiene la gente con los enfermos mentales es porque conocen a los enfermos mentales por las noticias que salen en los medios de comunicación.

E: Exacto

S1: Cuando estamos rodeados de trastornos mentales que no se ven porque no son violentos. Esa es la historia, yo creo que al final hay herramientas de concienciación, realmente se está intentando dar la vuelta pero es muy difícil porque hay algo, diría que innato que es la desconfianza hacia el diferente igual que con los discapacitados intelectuales también pasa yo muchas veces lo que observo cuando estoy en el autobús es cómo reacciona la gente cuando entra una persona con una discapacidad intelectual, hay mucha más desconfianza hacia esa persona que a un psicópata que pasa por desapercibido. Entonces, por ahí y es muy difícil darle la vuelta porque los medios de comunicación, no van a cambiar porque saben que su objetivo no es concienciar, aunque yo quiero ser optimista porque creo que nuestra labor es darle la vuelta. Pero es verdad que es muy difícil.

E: Si, sí. Con esta última respuesta me acabas de responder a otra pregunta que te quería hacer: Como profesional, **¿Cómo considerarías que se podría cambiar la visión que,**

en general, la población tiene hacia el esquizofrénico? Vigilando como los medios de comunicación emiten las noticias, principalmente, ¿no?

S1: Y también, más que hacer cambiando eso, porque habrá que cambiarlo, pero es muy difícil porque es una presión económica, hay que vender más y para hacerlo voy a explicar las cosas de una forma más llamativa sin importar si realmente estoy perjudicando a esa persona, porque más que perjudicar a esta persona en concreto, están perjudicando a todas las personas con trastorno mental en general, a todo el colectivo. Es muy difícil de cambiar, pero se trata de hacer una discriminación positiva. Es decir, de hacer visible en los medios de comunicación la enfermedad mental, pero de una forma positiva para que la gente vea muchos tipos de trastornos mentales y esto se hace con películas, documentales, proyectos que al final lo acaban haciendo ONG's pero es que al final se trata de eso. De darle la vuelta.

E: Como por ejemplo la película de campeones.

S1: Exacto, ese es un ejemplo. Es un ejemplo que hace que la gente pierda el miedo y lo vea de otra manera. Con pacientes con esquizofrenia las películas, han hecho mucho daño.

E: Sí, porque lo señalan como al violento que comete el homicidio.

S1: Tratan ese tipo de casos que son muchos más llamativos y lo tratan de una manera que muchas veces no tiene nada que ver con la realidad del enfermo mental y allí otra vez se rigen por términos de ventas, económicos y sobre todo por temas de morbo. Es decir, que va a ser más lucrativo y más interesante para la gente. Es verdad, a mí me engancha mucho más, en general, las series, porque vemos tantas series de delincuentes y CSI, pues porque esto engancha mucho más, no engancha ver una persona que tiene una vida normal, no tiene tanto interés. Como no vende, no se va a tratar y entonces la gente no se va dar cuenta y ahí estamos, esto es labor de los profesionales que se dedican a eso. Y las películas y los documentales siempre tienen que ver con alguien que tiene un familiar y como la enfermedad mental es tan frecuente y siempre hay alguien, se acaba tratándose ese tema. Pero bueno, es bastante complicado.

E: Ya la última pregunta, los pacientes con esquizofrenia en prisión **¿acostumbra a relacionarse dentro de la prisión con otro tipo de presos en especial?** Es decir, si son más propensos a relacionarse con pacientes que tienen una discapacidad intelectual, por ejemplo, entre ellos.

S1: No, hay mucha. Pero esto es porque somos nosotros los que los acabamos poniendo en la misma unidad, separándolos de pacientes peligrosos para ellos y eso hace que tengan mucha más relación, al final hacen actividades juntos, salen de permiso juntos, salen de actividades programadas juntos, hacen actividades con los educadores juntos entonces hay mucha relación entre ellos. Lo que pasa al final que más que pacientes con esquizofrenia, son pacientes con trastorno mental bipolar, esquizofrenia, discapacidad intelectual y claro es lo que te decía antes, aparte de que no hay un paciente puro, aunque hay pacientes que solo tienen esquizofrenia, está muy asociada con pacientes con discapacidad intelectual y después un trastorno psicótico, diríamos que nosotros hacemos porque acaben relacionándose entre ellos porque sería muy peligroso el dejarlos un poco en la vulnerabilidad de que el delincuente se aproveche de ellos. Porque realmente esto pasa, en general el paciente esquizofrénico tiene recursos económicos porque tiene una pensión y los otros internos se aprovechan.

E: Se aprovechan, claro.

S1: Los otros no tienen dinero en el centro y tienen una llave y en esa llave cada mes les ingresan el dinero y les obligan a darles la llave para comprar cosas los otros internos, esto es muy frecuente.

E: No lo sabía

S1: Cuando detectamos eso, es cuando los separamos, pero esto como en los pacientes de esquizofrenia que tienen más tendencia a consumir drogas, pues los vendedores de droga los utilizan y los enganchan. Igual que en la calle también pasa que van a los colegios y a los psiquiátricos y van a los alrededores porque saben que es un cliente dijo, con dinero porque tiene una prisión y los utilizan, pues en la cárcel pasa lo mismo, aprovechan esa vulnerabilidad y facilidad de dinero más adicción. Los otros adictos, por lo general, se han pulido todo el dinero y no tienen ni un duro, entonces de este no me voy aprovechar porque no me va a pagar, pero del que tiene una pensión, sí que me voy a aprovechar.

E: Entonces, dentro de este centro, o sea, teniendo en cuenta que funcionáis distinto de un módulo ordinario, vosotros, no sanciones, pero delante de este tipo de conductas, en los que unos internos se aprovechan de otros, **¿qué mecanismos tenéis para que esto no suceda?** Es decir, supongo que vosotros como psiquiatras no podéis imponer sanciones a ningún interno.

S1: Claro, no es una sanción estrictamente, pero sí que hay que tomar medidas. Si tu detectas que un paciente, la llave es intransferible, tú tienes tu llave y no se la puedes dar a otra persona, si el personal de enfermería o funcionarios detecta que esa llave está pasando por otros pacientes y están comprando con su llave, en general, primero, se les aísla, y se les explica claramente la normativa y que, si no cumplen con la normativa, el régimen de vida va a cambiar, es decir, que va a bajar menos horas al patio, va a tener unas consecuencias. No se considera sanción porque no se rige por la normativa, por el código penitenciario. Es una sanción clínica igual que en los hospitales psiquiátricos se toman medidas, cómo, por ejemplo, si en una unidad de agudos hay relaciones entre un hombre y una mujer, hay que hacer una separación durante un tiempo, entonces nosotros también tenemos que intervenir para que eso no se repita. Claro muchas veces acaban, por mucho que yo te diga, que nuestra labor es diferencial del que tiene trastorno mental y del que no, del que es vulnerable y del que no, muchas veces se acaban colando y los que no son vulnerables lo detectamos dentro cuando se aprovechan de los otros. Entonces hay que tomar medidas y aislarlos del resto y hasta que realmente se den cuenta de que esa actitud no puede continuar y de hay unas normas no puede mantener el régimen de vida que mantienen los otros, al final el Hospital Psiquiátrico Penitenciario, tiene, es algo muy intermedio entre el hospital de la calle y una prisión. No es una prisión, pero tiene horarios, recuentos, que se hacen igual, los tienen que los funcionarios y se debe cumplir la normativa penitenciaria, pero, por ejemplo, las sanciones no se realizan, es un poco más manejo clínico de cosas que no son clínicas, hay situaciones que no son clínicas.

E: Son cotidianas, ¿no?

S1: Son situaciones que podrían ser sancionables. Igual que un paciente esquizofrénico, muchas veces no comete un delito estando descompensado y acaba teniendo una pena de prisión, un paciente de nuestra unidad muchas veces, es verdad, que podría ser castigado, no es castigado porque está en la unidad, pero sí que hay que tomar una medida conductual, para que cese esa conducta, sino tienen na visión de las consecuencias de sus actos no va a cesar. Una cosa que ocurre mucho es que, hay 200 mujeres en la prisión de Brians1 y hay un departamento especial, yo creo que es de lo más, es de los que ha tenido más mala fama en los último 20 años porque ha habido muchos suicidios. Entonces hay una utilización del recurso psiquiátrico muy importante de para evitar que me mantengan

en primer grado, digo que me voy a matar, o intento suicidarme, que me vean para que me ingresen en psiquiatría, entonces es un círculo vicioso. Incumplen la normativa, les ponen en primer grado y para salir de primer grado, hacen un intento de suicidio para entrar en psiquiatría. Entonces tu allí tienes que hacer un filtro y decir, y no puedo potenciar que sigan haciendo eso porque si no cada vez que incumplo la norma

E: Van a intentar entrar psiquiatría, claro.

S1: Muchas veces se equivocan, porque están intentando llamar la atención y muchas veces se matan, entonces, desde que estoy yo, creo que ha habido en el especial, al menos un suicidio al año seguro. Hay más suicidios en prisión. Hay más suicidios en el ámbito penitenciario que en el ámbito civil, ese es otro motivo de que haya más recursos porque en general, el paciente con trastorno mental se suicida más y el que no tiene trastorno mental también se suicida más. Hay una utilización continua y allí tenemos que hacer nuestro trabajo de, es un tira y afloja entre lo que intentan y lo que tú les puedes dar. Entonces muchas veces no les puedes tener en psiquiatría porque se están aprovechando de otros pacientes y no les estás ayudando, porque no aprenden de sus conductas anti normativas.

E: Claro

S1: En el hospital psiquiátrico, no se hace esa rehabilitación que se debe hacer en un módulo ordinario penitenciario.

E: Entonces, una de las últimas preguntas, a lo mejor tu respuesta es negativa teniendo en cuenta que eres psiquiatra y has tenido una formación al respecto, pero por ejemplo, hice otra entrevista con una psicóloga que le asignaron unas prácticas en un centro el lado de Mutua de Terrassa, que tienen un centro penitenciario, perdona, una unidad psiquiátrica y ella me dijo que ella había tenido un cambio muy radical entre la pre-concepción que tenía antes de entrar en las prácticas con lo que realmente se encontró, **¿a ti también te ha pasado, que has experimentado un cambio de visión respecto a lo que tenías antes de empezar tu carrera profesional o es la misma?**

S1: ¿En cuanto al estigma?

E: Sí

S1: El cambio de visión que yo he experimentado es en base a la gravedad de la enfermedad, el paciente con trastorno mental severo o con esquizofrenia severa, en

general, es mucho más grave que el del medio civil no solo por lo que ha cometido, por el delito que ha cometido sino por la sintomatología y la resistencia al tratamiento. O sea, es verdad que a veces, ha tenido que pasar eso para que un paciente, a veces es muy fortuito y que son casualidades trágicas, pero hay veces que, sino no ocurre eso, incluso podría haber cometido algo más grave. Entonces, el cambio de visión, en relación al estigma yo ya tenía una visión muy clara en cuanto al enfermo con trastorno mental, es la violencia. Para mí el trastorno mental yo no lo asocio a la violencia a no ser que vea que esté muy descompensado o que yo veo claramente que hay riesgo de que pueda actuar contra otros. Entonces no ha cambiado mi visión del estigma, pero en cuanto a la gravedad sí, son pacientes muy muy graves y muchas veces hay una sensación de impotencia ante lo que puedes hacer.

E: Claro en cuanto que no puedes hacer mucho.

S1: Claro no puedes hacer mucho, más que acompañarlo y realmente la función la está haciendo el medio de estar aislado, controlado, con cámaras, con funcionario para que no actúe contra otras personas. Ahí haces muy poco, como psiquiatra hago muy poco. Hago mucho menos de lo que yo pensaba que podría hacer, pero bueno al final es algo bastante lógico. No me lo esperaba porque igual nunca había visto pacientes tan graves, yo venía del medio de las drogodependencias y es verdad que pacientes con trastorno mental severos de unidades de crónicos no había visto tantos. En cuanto al estigma, todo lo contrario, ha disminuido porque diferencio mucho los pacientes que veía en medio civil de este tipo de pacientes.

E: La última pregunta, **¿podéis obligar a que un interno tome el tratamiento, aunque se resista? ¿El hecho de que esté en un centro penitenciario puede en que exista mayor obligatoriedad?**

S1: No, es cierto que sería más fácil porque es verdad que el medio es mucho más intimidatorio y puedes utilizar la presión que tienen ellos por salir antes de prisión, muchas veces ellos asocian, y aquí quiero diferenciar el interno del módulo ordinario al interno de la unidad psiquiátrica, el interno del módulo, es difícil de entender, porque el del módulo está estable y no puedo ir con el del enfermero y pincharle porque yo quiero, ellos son conscientes de que no les podemos obligar a tomarse el tratamiento (si está estable). Sino está estable yo considero que lo tengo que ingresar, lo ingreso y administro

el tratamiento involuntariamente. Pero, por ejemplo, hoy mismo hablaba con una enfermera de un paciente que ingresa mínimo una vez al año y que cada vez que ingresa está 4 meses porque sus descompensaciones son muy graves. El problema es que cuando está estable decide dejar el tratamiento que, en su caso, es inyectable, o sea que para facilitar que no lo dejen una vez al mes se les administra el tratamiento inyectable. Es una de las herramientas que más utilizamos para no tener que estar todo el día discutiendo de si toman o dejan el tratamiento. Entonces en el caso de este chico, como lo deja, deja de ir a las visitas y el tratamiento, al final a los 2 o 3 meses se descompensa e ingresa. Mientras que sería mucho más rentable para él, continuar con el tratamiento, no tomar drogas, hacer el programa que tiene que hacer en su momento para solicitar un cambio a tercer grado. Este chico tiene una pena muy elevada, y es de esos casos que en su momento no se le diagnóstico una descompensación por una esquizofrenia no detectada y cuando se compensa, se pregunta cómo es que no se lo detectaron, pero cuando vuelve a la prisión, vuelve a trabajar, vuelve a dejar de tener la relación con nosotros, vuelve a dejar el tratamiento y el psiquiatra que lo lleva ambulatoriamente no se puede pelear con él, sí que puede mandarlo para ingresarlo. Entonces lo que le decimos es que lo envíe antes de que se descompense porque esto lleva a consecuencias muy graves. Yo he tenido pacientes, que la última vez destrozó la celda y agredió a su compañero de celda y por eso tuvo unas consecuencias, entonces pierden el trabajo, pierden la posibilidad de hacer un programa para conseguir el tercer grado antes, pierden muchas oportunidades. Pero la realidad a la pregunta, es que no puedo, no tengo las herramientas pero que en general se sienten más presionados.

E: Claro porque hay contacto a diario con el psiquiatra, ¿no?

S1: Y hay una confianza en que nosotros nos piden informes, y cuando un paciente con trastorno mental severo o con esquizofrenia nos piden informes sobre ellos y si yo le digo al juez y el equipo de tratamiento que está estable, que cumple con el tratamiento, que no consume drogas va ir a su favor. Tengo esta herramienta, la herramienta punitiva de que no le perjudique.

E: Claro tienes la herramienta de ayudarlo a estar libre más temprano

S1: Claro por eso en determinadas ocasiones ayuda el hecho que el paciente esté en prisión en ese sentido. No estoy hablando de los graves, sino de los que hasta que no están en un ambiente más contenedor, no puedes tratar la conciencia de enfermedad, porque

hay pacientes que nunca se han visitado por un psiquiatra. Muchas veces se detectan ahí y es en prisión donde se les diagnóstica. Porque muchos de los esquizofrénicos que están en la calle no están diagnosticados, muchas veces han perdido el soporte familiar y nadie se ha dado cuenta y él menos, pues está convencido de que no le pasa nada. Es por eso que a veces ayuda que ingresen en un medio penitenciario porque tienen más ojos que lo conocen y esa información nos llega a nosotros para hacer un diagnóstico. Entonces cuando salen, claro es otro de las funciones del equipo de atención a la primaria que te comentaba antes, ahora hay más contacto entre nosotros y los psiquiatras de la calle porque somos más y nos podemos coordinar mejor. Entonces le podemos decidir: tal paciente sale a la calle, atentos. Ahora hay un equipo de enfermería en que se encarga de todo paciente que lleva determinado tiempo en prisión y toma más de dos psicofármacos hay que darle una visita en el médico de cabecera y en el psiquiatra en menos de 1 mes, son unos objetivos que se han marcado para que cuando salen de prisión siga existiendo un control. Es decir, para que lo que se ha hecho en prisión, no quede en vano. Antes había una puerta giratoria que los que salían volvían a entrar, estaban diagnosticados y se les trataba en prisión y cuando salían dejaban el tratamiento, sigue pasando, pero hay más coordinación del medio penitenciario con el medio civil. Yo ahora hablo más con el psiquiatra que lo que se hablaba antes porque antes igual era un psiquiatra para la prisión de la modelo y hacían lo que podían. Una de las funciones era tratarlos allí no coordinarse para tener un control después de que salieran, entonces yo creo que eso se ha mejorado. Muchas gracias por tu atención y por tu explicación.

7.6. ANEXO 6: Estudio detallado con R para cada pregunta realizada en las encuestas.

7.6.1. MUESTRA 1

7.6.1.1 RESULTADOS OBTENIDOS MEDIANTE “FREQUENCIES FUNCTION”

<pre> \$pregunta_1 ----- -- Frequencies -- -- ----- -- -- Value # of Cases % Cumulative % -- 1 0 25 24.5 24.5 2 1 14 13.7 38.2 3 2 15 14.7 52.9 4 3 11 10.8 63.7 5 4 7 6.9 70.6 6 5 9 8.8 79.4 7 6 4 3.9 83.3 8 7 5 4.9 88.2 9 8 7 6.9 95.1 10 9 2 2.0 97.1 11 10 3 2.9 100.0 -- -- Case Summary -- -- ----- -- -- Valid Missing Total -- # of cases 102 0 102 -- -- ----- -- </pre>	<pre> \$pregunta_2 ----- -- Frequencies -- -- ----- -- -- Value # of Cases % Cumulative % -- 1 0 22 21.6 21.6 2 1 5 4.9 26.5 3 2 12 11.8 38.2 4 3 12 11.8 50.0 5 4 6 5.9 55.9 6 5 14 13.7 69.6 7 6 7 6.9 76.5 8 7 8 7.8 84.3 9 8 9 8.8 93.1 10 9 2 2.0 95.1 11 10 5 4.9 100.0 -- -- Case Summary -- -- ----- -- -- Valid Missing Total -- # of cases 102 0 102 -- -- ----- -- </pre>
<pre> \$pregunta_3 ----- -- Frequencies -- -- ----- -- -- Value # of Cases % Cumulative % -- 1 0 7 6.9 6.9 2 1 6 5.9 12.7 3 2 7 6.9 19.6 4 3 9 8.8 28.4 5 4 4 3.9 32.4 6 5 14 13.7 46.1 7 6 10 9.8 55.9 8 7 12 11.8 67.6 9 8 17 16.7 84.3 10 9 5 4.9 89.2 11 10 11 10.8 100.0 -- -- Case Summary -- -- ----- -- -- Valid Missing Total -- # of cases 102 0 102 -- -- ----- -- </pre>	<pre> \$pregunta_4 ----- -- Frequencies -- -- ----- -- -- Value # of Cases % Cumulative % -- 1 0 20 19.6 19.6 2 1 5 4.9 24.5 3 2 5 4.9 29.4 4 3 14 13.7 43.1 5 4 8 7.8 51.0 6 5 13 12.7 63.7 7 6 9 8.8 72.5 8 7 13 12.7 85.3 9 8 5 4.9 90.2 10 9 2 2.0 92.2 11 10 8 7.8 100.0 -- -- Case Summary -- -- ----- -- -- Valid Missing Total -- # of cases 102 0 102 -- -- ----- -- </pre>

\$pregunta_11					\$pregunta_12				
Frequencies					Frequencies				
Value	# of Cases	%	Cumulative %		Value	# of Cases	%	Cumulative %	
1	0	12	11.8	11.8	1	0	15	14.7	14.7
2	1	9	8.8	20.6	2	1	14	13.7	28.4
3	2	7	6.9	27.5	3	2	8	7.8	36.3
4	3	16	15.7	43.1	4	3	11	10.8	47.1
5	4	7	6.9	50.0	5	4	8	7.8	54.9
6	5	17	16.7	66.7	6	5	13	12.7	67.6
7	6	6	5.9	72.5	7	6	9	8.8	76.5
8	7	12	11.8	84.3	8	7	11	10.8	87.3
9	8	8	7.8	92.2	9	8	5	4.9	92.2
10	9	2	2.0	94.1	10	9	5	4.9	97.1
11	10	6	5.9	100.0	11	10	3	2.9	100.0

Case Summary					Case Summary				
Valid	Missing	Total			Valid	Missing	Total		
# of cases	102	0	102		# of cases	102	0	102	

7.6.1.2 RESULTADOS OBTENIDOS MEDIANTE “CONTINGENCY TABLES FUNCTION”

Table: Estudios by pregunta_1													
Estudis	pregunta_1	pregunta_1										Row Total	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
no	Count	23	12	15	10	7	7	3	3	5	2	1	88
	Row %	26.136%	13.636%	17.045%	11.364%	7.955%	7.955%	3.409%	3.409%	5.682%	2.273%	1.136%	86.275%
	Column %	92.000%	85.714%	100.000%	90.909%	100.000%	77.778%	75.000%	60.000%	71.429%	100.000%	33.333%	
si	Count	2	2	0	1	0	2	1	2	2	0	2	14
	Row %	14.286%	14.286%	0.000%	7.143%	0.000%	14.286%	7.143%	14.286%	14.286%	0.000%	14.286%	13.725%
	Column %	8.000%	14.286%	0.000%	9.091%	0.000%	22.222%	25.000%	40.000%	28.571%	0.000%	66.667%	
	Column Total	25	14	15	11	7	9	4	5	7	2	3	102
	Column %	24.510%	13.725%	14.706%	10.784%	6.863%	8.824%	3.922%	4.902%	6.863%	1.961%	2.941%	

Large Sample		
Test Statistic	DF	p-value
Chi Squared 17.01	10	0.074

Table: Estudios by pregunta_2													
Estudis	pregunta_2	pregunta_2										Row Total	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
no	Count	21	4	12	9	6	14	6	5	7	2	2	88
	Row %	23.864%	4.545%	13.636%	10.227%	6.818%	15.909%	6.818%	5.682%	7.955%	2.273%	2.273%	86.275%
	Column %	95.455%	80.000%	100.000%	75.000%	100.000%	100.000%	85.714%	62.500%	77.778%	100.000%	40.000%	
si	Count	1	1	0	3	0	0	1	3	2	0	3	14
	Row %	7.143%	7.143%	0.000%	21.429%	0.000%	0.000%	7.143%	21.429%	14.286%	0.000%	21.429%	13.725%
	Column %	4.545%	20.000%	0.000%	25.000%	0.000%	0.000%	14.286%	37.500%	22.222%	0.000%	60.000%	
	Column Total	22	5	12	12	6	14	7	8	9	2	5	102
	Column %	21.569%	4.902%	11.765%	11.765%	5.882%	13.725%	6.863%	7.843%	8.824%	1.961%	4.902%	

Large Sample		
Test Statistic	DF	p-value
Chi Squared 21.84	10	0.016

Table: Estudis by pregunta_3

Estudis	pregunta_3											Row Total	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
no	Count	7	5	7	6	4	14	9	8	16	4	8	88
	Row %	7.955%	5.682%	7.955%	6.818%	4.545%	15.909%	10.227%	9.091%	18.182%	4.545%	9.091%	86.275%
	Column %	100.000%	83.333%	100.000%	66.667%	100.000%	100.000%	90.000%	66.667%	94.118%	80.000%	72.727%	
si	Count	0	1	0	3	0	0	1	4	1	1	3	14
	Row %	0.000%	7.143%	0.000%	21.429%	0.000%	0.000%	7.143%	28.571%	7.143%	7.143%	21.429%	13.725%
	Column %	0.000%	16.667%	0.000%	33.333%	0.000%	0.000%	10.000%	33.333%	5.882%	20.000%	27.273%	
	Column Total	7	6	7	9	4	14	10	12	17	5	11	102
	Column %	6.863%	5.882%	6.863%	8.824%	3.922%	13.725%	9.804%	11.765%	16.667%	4.902%	10.784%	

Large Sample
Test Statistic DF p-value
Chi Squared 14.824 10 0.139

Table: Estudis by pregunta_4

Estudis	pregunta_4											Row Total	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
no	Count	18	5	5	12	8	11	9	10	3	2	5	88
	Row %	20.455%	5.682%	5.682%	13.636%	9.091%	12.500%	10.227%	11.364%	3.409%	2.273%	5.682%	86.275%
	Column %	90.000%	100.000%	100.000%	85.714%	100.000%	84.615%	100.000%	76.923%	60.000%	100.000%	62.500%	
si	Count	2	0	0	2	0	2	0	3	2	0	3	14
	Row %	14.286%	0.000%	0.000%	14.286%	0.000%	14.286%	0.000%	21.429%	14.286%	0.000%	21.429%	13.725%
	Column %	10.000%	0.000%	0.000%	14.286%	0.000%	15.385%	0.000%	23.077%	40.000%	0.000%	37.500%	
	Column Total	20	5	5	14	8	13	9	13	5	2	8	102
	Column %	19.608%	4.902%	4.902%	13.725%	7.843%	12.745%	8.824%	12.745%	4.902%	1.961%	7.843%	

Large Sample
Test Statistic DF p-value
Chi Squared 12.576 10 0.248

Table: Estudis by pregunta_5

Estudis	pregunta_5											Row Total	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
no	Count	7	1	6	2	5	16	8	14	9	7	13	88
	Row %	7.955%	1.136%	6.818%	2.273%	5.682%	18.182%	9.091%	15.909%	10.227%	7.955%	14.773%	86.275%
	Column %	87.500%	100.000%	100.000%	50.000%	100.000%	100.000%	100.000%	82.353%	81.818%	77.778%	76.471%	
si	Count	1	0	0	2	0	0	0	3	2	2	4	14
	Row %	7.143%	0.000%	0.000%	14.286%	0.000%	0.000%	0.000%	21.429%	14.286%	14.286%	28.571%	13.725%
	Column %	12.500%	0.000%	0.000%	50.000%	0.000%	0.000%	0.000%	17.647%	18.182%	22.222%	23.529%	
	Column Total	8	1	6	4	5	16	8	17	11	9	17	102
	Column %	7.843%	0.980%	5.882%	3.922%	4.902%	15.686%	7.843%	16.667%	10.784%	8.824%	16.667%	

Large Sample
Test Statistic DF p-value
Chi Squared 12.516 10 0.252

Table: Estudis by pregunta_6

Estudis	pregunta_6											Row Total	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
no	Count	22	7	10	14	8	9	6	5	3	2	2	88
	Row %	25.000%	7.955%	11.364%	15.909%	9.091%	10.227%	6.818%	5.682%	3.409%	2.273%	2.273%	86.275%
	Column %	91.667%	77.778%	100.000%	93.333%	100.000%	81.818%	100.000%	62.500%	60.000%	100.000%	50.000%	
si	Count	2	2	0	1	0	2	0	3	2	0	2	14
	Row %	14.286%	14.286%	0.000%	7.143%	0.000%	14.286%	0.000%	21.429%	14.286%	0.000%	14.286%	13.725%
	Column %	8.333%	22.222%	0.000%	6.667%	0.000%	18.182%	0.000%	37.500%	40.000%	0.000%	50.000%	
	Column Total	24	9	10	15	8	11	6	8	5	2	4	102
	Column %	23.529%	8.824%	9.804%	14.706%	7.843%	10.784%	5.882%	7.843%	4.902%	1.961%	3.922%	

Large Sample
Test Statistic DF p-value
Chi Squared 17.268 10 0.069

Table: Estudis by pregunta_7													
Estudis	pregunta_7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
no	Count	18	4	9	5	7	14	8	6	10	3	4	88
	Row %	20.45%	4.54%	10.22%	5.68%	7.95%	15.90%	9.09%	6.81%	11.36%	3.40%	4.54%	86.27%
	Column %	90.00%	100.00%	100.00%	83.33%	100.00%	100.00%	88.88%	60.00%	83.33%	75.00%	57.14%	
si	Count	2	0	0	1	0	0	1	4	2	1	3	14
	Row %	14.28%	0.00%	0.00%	7.14%	0.00%	0.00%	7.14%	28.57%	14.28%	7.14%	21.42%	13.72%
	Column %	10.00%	0.00%	0.00%	16.66%	0.00%	0.00%	11.11%	40.00%	16.66%	25.00%	42.85%	
	Column Total	20	4	9	6	7	14	9	10	12	4	7	102
	Column %	19.60%	3.92%	8.82%	5.88%	6.86%	13.72%	8.82%	9.80%	11.76%	3.92%	6.86%	

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 17.103 10 0.072

Table: Estudis by pregunta_8													
Estudis	pregunta_8	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
no	Count	15	5	6	6	10	13	9	9	6	6	3	88
	Row %	17.04%	5.68%	6.81%	6.81%	11.36%	14.77%	10.22%	10.22%	6.81%	6.81%	3.40%	86.27%
	Column %	88.23%	83.33%	100.00%	100.00%	100.00%	92.85%	100.00%	69.23%	75.00%	85.71%	50.00%	
si	Count	2	1	0	0	0	1	0	4	2	1	3	14
	Row %	14.28%	7.14%	0.00%	0.00%	0.00%	7.14%	0.00%	28.57%	14.28%	7.14%	21.42%	13.72%
	Column %	11.76%	16.66%	0.00%	0.00%	0.00%	7.14%	0.00%	30.76%	25.00%	14.28%	50.00%	
	Column Total	17	6	6	6	10	14	9	13	8	7	6	102
	Column %	16.66%	5.88%	5.88%	5.88%	9.80%	13.72%	8.82%	12.74%	7.84%	6.86%	5.88%	

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 16.26 10 0.092

Table: Estudis by pregunta_9													
Estudis	pregunta_9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
no	Count	17	4	5	5	7	17	6	6	5	7	9	88
	Row %	19.31%	4.54%	5.68%	5.68%	7.95%	19.31%	6.81%	6.81%	5.68%	7.95%	10.22%	86.27%
	Column %	89.47%	80.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	75.00%	54.54%	83.33%	100.00%	75.00%	
si	Count	2	1	0	0	0	0	2	5	1	0	3	14
	Row %	14.28%	7.14%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	14.28%	35.71%	7.14%	0.00%	21.42%	13.72%
	Column %	10.52%	20.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	25.00%	45.45%	16.66%	0.00%	25.00%	
	Column Total	19	5	5	5	7	17	8	11	6	7	12	102
	Column %	18.62%	4.90%	4.90%	4.90%	6.86%	16.66%	7.84%	10.78%	5.88%	6.86%	11.76%	

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 18.396 10 0.049

Table: Estudis by pregunta_10													
Estudis	pregunta_10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
no	Count	13	4	9	12	6	10	8	12	5	4	5	88
	Row %	14.77%	4.54%	10.22%	13.63%	6.81%	11.36%	9.09%	13.63%	5.68%	4.54%	5.68%	86.27%
	Column %	92.85%	80.00%	100.00%	92.30%	100.00%	90.90%	88.88%	75.00%	71.42%	100.00%	62.50%	
si	Count	1	1	0	1	0	1	1	4	2	0	3	14
	Row %	7.14%	7.14%	0.00%	7.14%	0.00%	7.14%	7.14%	28.57%	14.28%	0.00%	21.42%	13.72%
	Column %	7.14%	20.00%	0.00%	7.69%	0.00%	9.09%	11.11%	25.00%	28.57%	0.00%	37.50%	
	Column Total	14	5	9	13	6	11	9	16	7	4	8	102
	Column %	13.72%	4.90%	8.82%	12.74%	5.88%	10.78%	8.82%	15.68%	6.86%	3.92%	7.84%	

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 11.191 10 0.343

Table: Estudios by pregunta_11													
Estudios	pregunta_11	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
no	Count	10	5	6	15	7	16	5	9	8	2	5	88
	Row %	11.364%	5.682%	6.818%	17.045%	7.955%	18.182%	5.682%	10.227%	9.091%	2.273%	5.682%	86.275%
	Column %	83.333%	55.556%	85.714%	93.750%	100.000%	94.118%	83.333%	75.000%	100.000%	100.000%	83.333%	
si	Count	2	4	1	1	0	1	1	3	0	0	1	14
	Row %	14.286%	28.571%	7.143%	7.143%	0.000%	7.143%	7.143%	21.429%	0.000%	0.000%	7.143%	13.725%
	Column %	16.667%	44.444%	14.286%	6.250%	0.000%	5.882%	16.667%	25.000%	0.000%	0.000%	16.667%	
	Column Total	12	9	7	16	7	17	6	12	8	2	6	102
	Column %	11.765%	8.824%	6.863%	15.686%	6.863%	16.667%	5.882%	11.765%	7.843%	1.961%	5.882%	

Large Sample
Test Statistic DF p-value
Chi Squared 12.98 10 0.225

Table: Estudios by pregunta_12													
Estudios	pregunta_12	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
no	Count	13	10	8	10	7	10	9	9	5	5	2	88
	Row %	14.773%	11.364%	9.091%	11.364%	7.955%	11.364%	10.227%	10.227%	5.682%	5.682%	2.273%	86.275%
	Column %	86.667%	71.429%	100.000%	90.909%	87.500%	76.923%	100.000%	81.818%	100.000%	100.000%	66.667%	
si	Count	2	4	0	1	1	3	0	2	0	0	1	14
	Row %	14.286%	28.571%	0.000%	7.143%	7.143%	21.429%	0.000%	14.286%	0.000%	0.000%	7.143%	13.725%
	Column %	13.333%	28.571%	0.000%	9.091%	12.500%	23.077%	0.000%	18.182%	0.000%	0.000%	33.333%	
	Column Total	15	14	8	11	8	13	9	11	5	5	3	102
	Column %	14.706%	13.725%	7.843%	10.784%	7.843%	12.745%	8.824%	10.784%	4.902%	4.902%	2.941%	

Large Sample
Test Statistic DF p-value
Chi Squared 9.231 10 0.51

7.6.2. MUESTRA 2

7.6.2.1. GENERACIÓN ANTERIOR AL 1959 (MAYORES DE 60)

7.6.2.1.1 RESULTADOS OBTENIDOS MEDIANTE "FREQUENCIES FUNCTION"

\$Pregunta_1					\$Pregunta_2				
Frequencies					Frequencies				
Value	# of Cases	%	Cumulative %		Value	# of Cases	%	Cumulative %	
1	0	24	47.1	47.1	1	0	24	47.1	47.1
2	1	2	3.9	51.0	2	1	1	2.0	49.0
3	2	2	3.9	54.9	3	2	1	2.0	51.0
4	3	2	3.9	58.8	4	3	4	7.8	58.8
5	4	2	3.9	62.7	5	4	2	3.9	62.7
6	5	7	13.7	76.5	6	5	3	5.9	68.6
7	7	3	5.9	82.4	7	6	1	2.0	70.6
8	9	3	5.9	88.2	8	7	5	9.8	80.4
9	10	6	11.8	100.0	9	8	1	2.0	82.4
					10	9	2	3.9	86.3
					11	10	7	13.7	100.0

Case Summary

Valid Missing Total		
# of cases	51	0 51

Case Summary

Valid Missing Total		
# of cases	51	0 51

<pre> \$Pregunta_3 ----- Frequencies ----- Value # of Cases % Cumulative % 1 0 21 41.2 41.2 2 1 1 2.0 43.1 3 2 1 2.0 45.1 4 3 3 5.9 51.0 5 4 3 5.9 56.9 6 5 6 11.8 68.6 7 6 2 3.9 72.5 8 7 3 5.9 78.4 9 8 3 5.9 84.3 10 9 4 7.8 92.2 11 10 4 7.8 100.0 ----- Case Summary ----- Valid Missing Total # of cases 51 0 51 ----- </pre>	<pre> \$Pregunta_4 ----- Frequencies ----- Value # of Cases % Cumulative % 1 0 18 35.3 35.3 2 3 1 2.0 37.3 3 4 1 2.0 39.2 4 5 13 25.5 64.7 5 6 3 5.9 70.6 6 7 2 3.9 74.5 7 8 3 5.9 80.4 8 9 3 5.9 86.3 9 10 7 13.7 100.0 ----- Case Summary ----- Valid Missing Total # of cases 51 0 51 ----- </pre>
<pre> \$Pregunta_5 ----- Frequencies ----- Value # of Cases % Cumulative % 1 0 17 33.3 33.3 2 2 2 3.9 37.3 3 3 3 5.9 43.1 4 4 4 7.8 51.0 5 5 10 19.6 70.6 6 6 6 11.8 82.4 7 7 2 3.9 86.3 8 9 4 7.8 94.1 9 10 3 5.9 100.0 ----- Case Summary ----- Valid Missing Total # of cases 51 0 51 ----- </pre>	<pre> \$Pregunta_6 ----- Frequencies ----- Value # of Cases % Cumulative % 1 0 22 43.1 43.1 2 1 1 2.0 45.1 3 2 2 3.9 49.0 4 3 6 11.8 60.8 5 4 5 9.8 70.6 6 5 4 7.8 78.4 7 7 3 5.9 84.3 8 8 1 2.0 86.3 9 9 3 5.9 92.2 10 10 4 7.8 100.0 ----- Case Summary ----- Valid Missing Total # of cases 51 0 51 ----- </pre>
<pre> \$Pregunta_7 ----- Frequencies ----- Value # of Cases % Cumulative % 1 0 15 29.4 29.4 2 5 3 5.9 35.3 3 6 3 5.9 41.2 4 7 8 15.7 56.9 5 8 4 7.8 64.7 6 9 10 19.6 84.3 7 10 8 15.7 100.0 ----- Case Summary ----- Valid Missing Total # of cases 51 0 51 ----- </pre>	<pre> \$Pregunta_8 ----- Frequencies ----- Value # of Cases % Cumulative % 1 0 20 39.2 39.2 2 1 1 2.0 41.2 3 3 9 17.6 58.8 4 4 5 9.8 68.6 5 5 6 11.8 80.4 6 6 2 3.9 84.3 7 7 1 2.0 86.3 8 9 3 5.9 92.2 9 10 4 7.8 100.0 ----- Case Summary ----- Valid Missing Total # of cases 51 0 51 ----- </pre>

\$Pregunta_9					\$Pregunta_10				
Frequencies					Frequencies				
Value	# of Cases	%	Cumulative %		Value	# of Cases	%	Cumulative %	
1	0	21	41.2	41.2	1	0	22	43.1	43.1
2	2	2	3.9	45.1	2	2	1	2.0	45.1
3	3	5	9.8	54.9	3	3	7	13.7	58.8
4	4	2	3.9	58.8	4	4	5	9.8	68.6
5	5	9	17.6	76.5	5	5	6	11.8	80.4
6	6	3	5.9	82.4	6	7	2	3.9	84.3
7	7	2	3.9	86.3	7	8	1	2.0	86.3
8	9	3	5.9	92.2	8	9	3	5.9	92.2
9	10	4	7.8	100.0	9	10	4	7.8	100.0
Case Summary					Case Summary				
Valid Missing Total					Valid Missing Total				
# of cases	51	0	51		# of cases	51	0	51	

\$Pregunta_11					\$Pregunta_12				
Frequencies					Frequencies				
Value	# of Cases	%	Cumulative %		Value	# of Cases	%	Cumulative %	
1	0	13	25.5	25.5	1	0	11	21.6	21.6
2	1	2	3.9	29.4	2	1	1	2.0	23.5
3	2	2	3.9	33.3	3	2	2	3.9	27.5
4	3	1	2.0	35.3	4	3	1	2.0	29.4
5	4	1	2.0	37.3	5	4	1	2.0	31.4
6	5	7	13.7	51.0	6	5	11	21.6	52.9
7	6	6	11.8	62.7	7	6	4	7.8	60.8
8	7	3	5.9	68.6	8	7	2	3.9	64.7
9	8	4	7.8	76.5	9	8	6	11.8	76.5
10	9	4	7.8	84.3	10	9	4	7.8	84.3
11	10	8	15.7	100.0	11	10	8	15.7	100.0
Case Summary					Case Summary				
Valid Missing Total					Valid Missing Total				
# of cases	51	0	51		# of cases	51	0	51	

7.6.2.1.2. RESULTADOS OBTENIDOS MEDIANTE “CONTINGENCY TABLES FUNCTION”

Table: Edat by Pregunta_1											
	Edat	0	1	2	3	4	5	7	9	10	Row Total
60 o mas	Count	24	2	2	2	2	7	3	3	6	51
	Row %	47.059%	3.922%	3.922%	3.922%	3.922%	13.725%	5.882%	5.882%	11.765%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
	Column Total	24	2	2	2	2	7	3	3	6	51
	Column %	47.059%	3.922%	3.922%	3.922%	3.922%	13.725%	5.882%	5.882%	11.765%	

Large Sample		
Test Statistic	DF	p-value
Chi Squared 71.647	8	<0.001

===== Table: Edat by Pregunta_2 =====

		Pregunta_2												
		Edat	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
60 o mas	Count		24	1	1	4	2	3	1	5	1	2	7	51
	Row %		47.059%	1.961%	1.961%	7.843%	3.922%	5.882%	1.961%	9.804%	1.961%	3.922%	13.725%	100.000%
	Column %		100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
Column Total			24	1	1	4	2	3	1	5	1	2	7	51
Column %			47.059%	1.961%	1.961%	7.843%	3.922%	5.882%	1.961%	9.804%	1.961%	3.922%	13.725%	

Large Sample
Test Statistic DF p-value
Chi Squared 97.176 10 <0.001

===== Table: Edat by Pregunta_3 =====

		Pregunta_3												
		Edat	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
60 o mas	Count		21	1	1	3	3	6	2	3	3	4	4	51
	Row %		41.176%	1.961%	1.961%	5.882%	5.882%	11.765%	3.922%	5.882%	5.882%	7.843%	7.843%	100.000%
	Column %		100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
Column Total			21	1	1	3	3	6	2	3	3	4	4	51
Column %			41.176%	1.961%	1.961%	5.882%	5.882%	11.765%	3.922%	5.882%	5.882%	7.843%	7.843%	

Large Sample
Test Statistic DF p-value
Chi Squared 67.843 10 <0.001

===== Table: Edat by Pregunta_4 =====

		Pregunta_4										
		Edat	0	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
60 o mas	Count		18	1	1	13	3	2	3	3	7	51
	Row %		35.294%	1.961%	1.961%	25.490%	5.882%	3.922%	5.882%	5.882%	13.725%	100.000%
	Column %		100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
Column Total			18	1	1	13	3	2	3	3	7	51
Column %			35.294%	1.961%	1.961%	25.490%	5.882%	3.922%	5.882%	5.882%	13.725%	

Large Sample
Test Statistic DF p-value
Chi Squared 50.471 8 <0.001

===== Table: Edat by Pregunta_5 =====

		Pregunta_5										
		Edat	0	2	3	4	5	6	7	9	10	Row Total
60 o mas	Count		17	2	3	4	10	6	2	4	3	51
	Row %		33.333%	3.922%	5.882%	7.843%	19.608%	11.765%	3.922%	7.843%	5.882%	100.000%
	Column %		100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
Column Total			17	2	3	4	10	6	2	4	3	51
Column %			33.333%	3.922%	5.882%	7.843%	19.608%	11.765%	3.922%	7.843%	5.882%	

Large Sample
Test Statistic DF p-value
Chi Squared 34.235 8 <0.001

===== Table: Edat by Pregunta_6 =====

		Pregunta_6										
		0	1	2	3	4	5	7	8	9	10	Row Total
60 o mas	Count	22	1	2	6	5	4	3	1	3	4	51
	Row %	43.137%	1.961%	3.922%	11.765%	9.804%	7.843%	5.882%	1.961%	5.882%	7.843%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
Column Total		22	1	2	6	5	4	3	1	3	4	51
Column %		43.137%	1.961%	3.922%	11.765%	9.804%	7.843%	5.882%	1.961%	5.882%	7.843%	

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 66.843 9 <0.001

===== Table: Edat by Pregunta_7 =====

		Pregunta_7								
		0	5	6	7	8	9	10	Row Total	
60 o mas	Count	15	3	3	8	4	10	8	51	
	Row %	29.412%	5.882%	5.882%	15.686%	7.843%	19.608%	15.686%	100.000%	
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%		
Column Total		15	3	3	8	4	10	8	51	
Column %		29.412%	5.882%	5.882%	15.686%	7.843%	19.608%	15.686%		

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 15.843 6 0.015

===== Table: Edat by Pregunta_8 =====

		Pregunta_8										
		0	1	3	4	5	6	7	9	10	Row Total	
60 o mas	Count	20	1	9	5	6	2	1	3	4	51	
	Row %	39.216%	1.961%	17.647%	9.804%	11.765%	3.922%	1.961%	5.882%	7.843%	100.000%	
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%		
Column Total		20	1	9	5	6	2	1	3	4	51	
Column %		39.216%	1.961%	17.647%	9.804%	11.765%	3.922%	1.961%	5.882%	7.843%		

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 50.118 8 <0.001

===== Table: Edat by Pregunta_9 =====

		Pregunta_9										
		0	2	3	4	5	6	7	9	10	Row Total	
60 o mas	Count	21	2	5	2	9	3	2	3	4	51	
	Row %	41.176%	3.922%	9.804%	3.922%	17.647%	5.882%	3.922%	5.882%	7.843%	100.000%	
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%		
Column Total		21	2	5	2	9	3	2	3	4	51	
Column %		41.176%	3.922%	9.804%	3.922%	17.647%	5.882%	3.922%	5.882%	7.843%		

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 53.647 8 <0.001

===== Table: Edat by Pregunta_10 =====

Pregunta_10		0	2	3	4	5	7	8	9	10	Row Total
60 o mas	Count	22	1	7	5	6	2	1	3	4	51
	Row %	43.137%	1.961%	13.725%	9.804%	11.765%	3.922%	1.961%	5.882%	7.843%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
	Column Total	22	1	7	5	6	2	1	3	4	51
	Column %	43.137%	1.961%	13.725%	9.804%	11.765%	3.922%	1.961%	5.882%	7.843%	

Large Sample
Test Statistic DF p-value
Chi Squared 59.294 8 <0.001

===== Table: Edat by Pregunta_11 =====

Pregunta_11		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
60 o mas	Count	13	2	2	1	1	7	6	3	4	4	8	51
	Row %	25.490%	3.922%	3.922%	1.961%	1.961%	13.725%	11.765%	5.882%	7.843%	7.843%	15.686%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
	Column Total	13	2	2	1	1	7	6	3	4	4	8	51
	Column %	25.490%	3.922%	3.922%	1.961%	1.961%	13.725%	11.765%	5.882%	7.843%	7.843%	15.686%	

Large Sample
Test Statistic DF p-value
Chi Squared 28.588 10 0.001

===== Table: Edat by Pregunta_12 =====

Pregunta_12		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
60 o mas	Count	11	1	2	1	1	11	4	2	6	4	8	51
	Row %	21.569%	1.961%	3.922%	1.961%	1.961%	21.569%	7.843%	3.922%	11.765%	7.843%	15.686%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
	Column Total	11	1	2	1	1	11	4	2	6	4	8	51
	Column %	21.569%	1.961%	3.922%	1.961%	1.961%	21.569%	7.843%	3.922%	11.765%	7.843%	15.686%	

Large Sample
Test Statistic DF p-value
Chi Squared 32.039 10 <0.001

\$pregunta_11					\$pregunta_12				
-----					-----				
Frequencies					Frequencies				
-----					-----				
Value	# of Cases		% Cumulative	%	Value	# of Cases		% Cumulative	%
1	0	11	11	11	1	0	11	11	11
2	1	2	2	13	2	1	1	1	12
3	2	10	10	23	3	2	9	9	21
4	3	6	6	29	4	3	3	3	24
5	4	4	4	33	5	4	8	8	32
6	5	25	25	58	6	5	23	23	55
7	6	8	8	66	7	6	11	11	66
8	7	13	13	79	8	7	13	13	79
9	8	11	11	90	9	8	11	11	90
10	9	4	4	94	10	9	4	4	94
11	10	6	6	100	11	10	6	6	100
-----					-----				
Case Summary					Case Summary				
-----					-----				
Valid Missing Total					Valid Missing Total				
# of cases	100	0	100		# of cases	100	0	100	
-----					-----				

7.6.2.2.2 .RESULTADOS OBTENIDOS MEDIANTE “CONTINGENCY TABLES FUNCTION”

----- Table: Edat by pregunta_1 -----													
	pregunta_1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
36_60	Count	41	5	10	6	8	15	5	6	2	1	1	100
	Row %	41.000%	5.000%	10.000%	6.000%	8.000%	15.000%	5.000%	6.000%	2.000%	1.000%	1.000%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
	Column Total	41	5	10	6	8	15	5	6	2	1	1	100
	Column %	41.000%	5.000%	10.000%	6.000%	8.000%	15.000%	5.000%	6.000%	2.000%	1.000%	1.000%	

Large Sample													
	Test Statistic	DF	p-value										
	Chi Squared	141.78	10	<0.001									
----- Table: Edat by pregunta_2 -----													
	pregunta_2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
36_60	Count	16	4	12	4	7	21	8	11	10	2	5	100
	Row %	16.000%	4.000%	12.000%	4.000%	7.000%	21.000%	8.000%	11.000%	10.000%	2.000%	5.000%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
	Column Total	16	4	12	4	7	21	8	11	10	2	5	100
	Column %	16.000%	4.000%	12.000%	4.000%	7.000%	21.000%	8.000%	11.000%	10.000%	2.000%	5.000%	

Large Sample													
	Test Statistic	DF	p-value										
	Chi Squared	35.96	10	<0.001									

----- Table: Edat by pregunta_3 -----

		pregunta_3											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
36_60	Count	7	4	6	8	9	23	7	15	8	3	10	100
	Row %	7.000%	4.000%	6.000%	8.000%	9.000%	23.000%	7.000%	15.000%	8.000%	3.000%	10.000%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
Column Total		7	4	6	8	9	23	7	15	8	3	10	100
Column %		7.000%	4.000%	6.000%	8.000%	9.000%	23.000%	7.000%	15.000%	8.000%	3.000%	10.000%	

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 34.42 10 <0.001

----- Table: Edat by pregunta_4 -----

		pregunta_4											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
36_60	Count	16	8	5	5	6	22	8	11	9	1	9	100
	Row %	16.000%	8.000%	5.000%	5.000%	6.000%	22.000%	8.000%	11.000%	9.000%	1.000%	9.000%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
Column Total		16	8	5	5	6	22	8	11	9	1	9	100
Column %		16.000%	8.000%	5.000%	5.000%	6.000%	22.000%	8.000%	11.000%	9.000%	1.000%	9.000%	

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 36.18 10 <0.001

----- Table: Edat by pregunta_5 -----

		pregunta_5											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
36_60	Count	11	7	5	7	4	24	7	12	7	9	7	100
	Row %	11.000%	7.000%	5.000%	7.000%	4.000%	24.000%	7.000%	12.000%	7.000%	9.000%	7.000%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
Column Total		11	7	5	7	4	24	7	12	7	9	7	100
Column %		11.000%	7.000%	5.000%	7.000%	4.000%	24.000%	7.000%	12.000%	7.000%	9.000%	7.000%	

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 32.88 10 <0.001

----- Table: Edat by pregunta_6 -----

		pregunta_6											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
36_60	Count	30	9	6	7	7	21	5	9	3	1	2	100
	Row %	30.000%	9.000%	6.000%	7.000%	7.000%	21.000%	5.000%	9.000%	3.000%	1.000%	2.000%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
Column Total		30	9	6	7	7	21	5	9	3	1	2	100
Column %		30.000%	9.000%	6.000%	7.000%	7.000%	21.000%	5.000%	9.000%	3.000%	1.000%	2.000%	

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 84.36 10 <0.001

----- Table: Edat by pregunta_7 -----

		pregunta_7											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
36_60	Count	8	6	4	5	4	18	8	14	16	6	11	100
	Row %	8.000%	6.000%	4.000%	5.000%	4.000%	18.000%	8.000%	14.000%	16.000%	6.000%	11.000%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
Column Total		8	6	4	5	4	18	8	14	16	6	11	100
Column %		8.000%	6.000%	4.000%	5.000%	4.000%	18.000%	8.000%	14.000%	16.000%	6.000%	11.000%	

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 26.94 10 0.003

Table: Edat by pregunta_8													
	pregunta_8	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
36_60	Count	15	6	7	9	6	20	7	10	11	2	7	100
	Row %	15.000%	6.000%	7.000%	9.000%	6.000%	20.000%	7.000%	10.000%	11.000%	2.000%	7.000%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
	Column Total	15	6	7	9	6	20	7	10	11	2	7	100
	Column %	15.000%	6.000%	7.000%	9.000%	6.000%	20.000%	7.000%	10.000%	11.000%	2.000%	7.000%	

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 26.5 10 0.003

Table: Edat by pregunta_9													
	pregunta_9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
36_60	Count	27	6	9	7	6	15	4	7	5	3	11	100
	Row %	27.000%	6.000%	9.000%	7.000%	6.000%	15.000%	4.000%	7.000%	5.000%	3.000%	11.000%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
	Column Total	27	6	9	7	6	15	4	7	5	3	11	100
	Column %	27.000%	6.000%	9.000%	7.000%	6.000%	15.000%	4.000%	7.000%	5.000%	3.000%	11.000%	

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 51.36 10 <0.001

Table: Edat by pregunta_10													
	pregunta_10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
36_60	Count	19	8	10	4	6	18	9	7	11	6	2	100
	Row %	19.000%	8.000%	10.000%	4.000%	6.000%	18.000%	9.000%	7.000%	11.000%	6.000%	2.000%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
	Column Total	19	8	10	4	6	18	9	7	11	6	2	100
	Column %	19.000%	8.000%	10.000%	4.000%	6.000%	18.000%	9.000%	7.000%	11.000%	6.000%	2.000%	

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 31.12 10 0.001

Table: Edat by pregunta_11													
	pregunta_11	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
36_60	Count	11	2	10	6	4	25	8	13	11	4	6	100
	Row %	11.000%	2.000%	10.000%	6.000%	4.000%	25.000%	8.000%	13.000%	11.000%	4.000%	6.000%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
	Column Total	11	2	10	6	4	25	8	13	11	4	6	100
	Column %	11.000%	2.000%	10.000%	6.000%	4.000%	25.000%	8.000%	13.000%	11.000%	4.000%	6.000%	

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 43.88 10 <0.001

Table: Edat by pregunta_12													
	pregunta_12	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
36_60	Count	11	1	9	3	8	23	11	13	11	4	6	100
	Row %	11.000%	1.000%	9.000%	3.000%	8.000%	23.000%	11.000%	13.000%	11.000%	4.000%	6.000%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
	Column Total	11	1	9	3	8	23	11	13	11	4	6	100
	Column %	11.000%	1.000%	9.000%	3.000%	8.000%	23.000%	11.000%	13.000%	11.000%	4.000%	6.000%	

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 39.48 10 <0.001

<pre> \$pregunta_5 ----- -- Frequencies -- -- ----- -- -- Value # of Cases % Cumulative % -- 1 0 5 9.3 9.3 2 1 5 9.3 18.5 3 2 5 9.3 27.8 4 3 3 5.6 33.3 5 4 5 9.3 42.6 6 5 6 11.1 53.7 7 6 4 7.4 61.1 8 7 4 7.4 68.5 9 8 3 5.6 74.1 10 9 2 3.7 77.8 11 10 12 22.2 100.0 -- -- Case Summary -- -- ----- -- -- Valid Missing Total -- # of cases 54 0 54 -- ----- </pre>	<pre> \$pregunta_6 ----- -- Frequencies -- -- ----- -- -- Value # of Cases % Cumulative % -- 1 0 11 20.4 20.4 2 1 9 16.7 37.0 3 2 5 9.3 46.3 4 3 4 7.4 53.7 5 4 6 11.1 64.8 6 5 4 7.4 72.2 7 6 5 9.3 81.5 8 7 4 7.4 88.9 9 8 3 5.6 94.4 10 9 1 1.9 96.3 11 10 2 3.7 100.0 -- -- Case Summary -- -- ----- -- -- Valid Missing Total -- # of cases 54 0 54 -- ----- </pre>
<pre> \$pregunta_7 ----- -- Frequencies -- -- ----- -- -- Value # of Cases % Cumulative % -- 1 0 6 11.1 11.1 2 1 6 11.1 22.2 3 2 5 9.3 31.5 4 3 8 14.8 46.3 5 4 2 3.7 50.0 6 5 6 11.1 61.1 7 6 3 5.6 66.7 8 7 5 9.3 75.9 9 8 6 11.1 87.0 10 9 1 1.9 88.9 11 10 6 11.1 100.0 -- -- Case Summary -- -- ----- -- -- Valid Missing Total -- # of cases 54 0 54 -- ----- </pre>	<pre> \$pregunta_8 ----- -- Frequencies -- -- ----- -- -- Value # of Cases % Cumulative % -- 1 0 13 24.1 24.1 2 1 5 9.3 33.3 3 2 5 9.3 42.6 4 3 5 9.3 51.9 5 4 8 14.8 66.7 6 5 4 7.4 74.1 7 6 2 3.7 77.8 8 7 2 3.7 81.5 9 8 4 7.4 88.9 10 9 2 3.7 92.6 11 10 4 7.4 100.0 -- -- Case Summary -- -- ----- -- -- Valid Missing Total -- # of cases 54 0 54 -- ----- </pre>

\$pregunta_9					\$pregunta_10				
-----					-----				
Frequencies					Frequencies				
-----					-----				
Value	# of Cases		% Cumulative %		Value	# of Cases		% Cumulative %	
1	0	11	20.4	20.4	1	0	14	25.9	25.9
2	1	9	16.7	37.0	2	1	3	5.6	31.5
3	2	3	5.6	42.6	3	2	2	3.7	35.2
4	3	6	11.1	53.7	4	3	9	16.7	51.9
5	4	4	7.4	61.1	5	4	3	5.6	57.4
6	5	6	11.1	72.2	6	5	1	1.9	59.3
7	6	1	1.9	74.1	7	6	4	7.4	66.7
8	7	2	3.7	77.8	8	7	5	9.3	75.9
9	8	2	3.7	81.5	9	8	5	9.3	85.2
10	9	3	5.6	87.0	10	9	3	5.6	90.7
11	10	7	13.0	100.0	11	10	5	9.3	100.0
-----					-----				
Case Summary					Case Summary				
-----					-----				
Valid Missing Total					Valid Missing Total				
# of cases	54	0	54		# of cases	54	0	54	
-----					-----				

\$pregunta_11					\$pregunta_12				
-----					-----				
Frequencies					Frequencies				
-----					-----				
Value	# of Cases		% Cumulative %		Value	# of Cases		% Cumulative %	
1	0	10	18.5	18.5	1	0	10	18.5	18.5
2	1	3	5.6	24.1	2	1	3	5.6	24.1
3	2	2	3.7	27.8	3	3	2	3.7	27.8
4	3	2	3.7	31.5	4	4	3	5.6	33.3
5	4	2	3.7	35.2	5	5	8	14.8	48.1
6	5	9	16.7	51.9	6	6	7	13.0	61.1
7	6	5	9.3	61.1	7	7	5	9.3	70.4
8	7	5	9.3	70.4	8	8	6	11.1	81.5
9	8	6	11.1	81.5	9	9	3	5.6	87.0
10	9	3	5.6	87.0	10	10	7	13.0	100.0
11	10	7	13.0	100.0	-----				
-----					-----				
Case Summary					Case Summary				
-----					-----				
Valid Missing Total					Valid Missing Total				
# of cases	54	0	54		# of cases	54	0	54	
-----					-----				

7.6.2.4.2. RESULTADOS OBTENIDOS MEDIANTE “CONTINGENCY TABLES FUNCTION”

===== Table: Edat by pregunta_1 =====													
		pregunta_1											
Edat		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
12_18 años	Count	16	4	9	5	2	6	1	5	1	1	4	54
	Row %	29.630%	7.407%	16.667%	9.259%	3.704%	11.111%	1.852%	9.259%	1.852%	1.852%	7.407%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
Column Total		16	4	9	5	2	6	1	5	1	1	4	54
Column %		29.630%	7.407%	16.667%	9.259%	3.704%	11.111%	1.852%	9.259%	1.852%	1.852%	7.407%	
Large Sample													
Test Statistic		DF p-value											
Chi Squared 40.111		10 <0.001											

===== Table: Edat by pregunta_2 =====												
		pregunta_2										
Edat		0	1	2	3	4	5	6	7	8	10	Row Total
12_18 años	Count	10	7	3	6	5	3	4	5	7	4	54
	Row %	18.519%	12.963%	5.556%	11.111%	9.259%	5.556%	7.407%	9.259%	12.963%	7.407%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
Column Total		10	7	3	6	5	3	4	5	7	4	54
Column %		18.519%	12.963%	5.556%	11.111%	9.259%	5.556%	7.407%	9.259%	12.963%	7.407%	
Large Sample												
Test Statistic		DF p-value										
Chi Squared 7.852		9 0.549										

===== Table: Edat by pregunta_3 =====													
		pregunta_3											
Edat		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
12_18 años	Count	10	5	1	2	4	8	7	6	5	1	5	54
	Row %	18.519%	9.259%	1.852%	3.704%	7.407%	14.815%	12.963%	11.111%	9.259%	1.852%	9.259%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
Column Total		10	5	1	2	4	8	7	6	5	1	5	54
Column %		18.519%	9.259%	1.852%	3.704%	7.407%	14.815%	12.963%	11.111%	9.259%	1.852%	9.259%	
Large Sample													
Test Statistic		DF p-value											
Chi Squared 16.481		10 0.087											

===== Table: Edat by pregunta_4 =====													
		pregunta_4											
Edat		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
12_18 años	Count	8	5	5	7	5	5	4	5	3	3	4	54
	Row %	14.815%	9.259%	9.259%	12.963%	9.259%	9.259%	7.407%	9.259%	5.556%	5.556%	7.407%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
Column Total		8	5	5	7	5	5	4	5	3	3	4	54
Column %		14.815%	9.259%	9.259%	12.963%	9.259%	9.259%	7.407%	9.259%	5.556%	5.556%	7.407%	
Large Sample													
Test Statistic		DF p-value											
Chi Squared 4.667		10 0.912											

Table: Edat by pregunta_5													
	Edat	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
12_18 años	Count	5	5	5	3	5	6	4	4	3	2	12	54
	Row %	9.259%	9.259%	9.259%	5.556%	9.259%	11.111%	7.407%	7.407%	5.556%	3.704%	22.222%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
	Column Total	5	5	5	3	5	6	4	4	3	2	12	54
	Column %	9.259%	9.259%	9.259%	5.556%	9.259%	11.111%	7.407%	7.407%	5.556%	3.704%	22.222%	

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 14.037 10 0.171

Table: Edat by pregunta_6													
	Edat	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
12_18 años	Count	11	9	5	4	6	4	5	4	3	1	2	54
	Row %	20.370%	16.667%	9.259%	7.407%	11.111%	7.407%	9.259%	7.407%	5.556%	1.852%	3.704%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
	Column Total	11	9	5	4	6	4	5	4	3	1	2	54
	Column %	20.370%	16.667%	9.259%	7.407%	11.111%	7.407%	9.259%	7.407%	5.556%	1.852%	3.704%	

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 17.296 10 0.068

Table: Edat by pregunta_7													
	Edat	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
12_18 años	Count	6	6	5	8	2	6	3	5	6	1	6	54
	Row %	11.111%	11.111%	9.259%	14.815%	3.704%	11.111%	5.556%	9.259%	11.111%	1.852%	11.111%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
	Column Total	6	6	5	8	2	6	3	5	6	1	6	54
	Column %	11.111%	11.111%	9.259%	14.815%	3.704%	11.111%	5.556%	9.259%	11.111%	1.852%	11.111%	

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 8.741 10 0.557

Table: Edat by pregunta_8													
	Edat	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
12_18 años	Count	13	5	5	5	8	4	2	2	4	2	4	54
	Row %	24.074%	9.259%	9.259%	9.259%	14.815%	7.407%	3.704%	3.704%	7.407%	3.704%	7.407%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
	Column Total	13	5	5	5	8	4	2	2	4	2	4	54
	Column %	24.074%	9.259%	9.259%	9.259%	14.815%	7.407%	3.704%	3.704%	7.407%	3.704%	7.407%	

Large Sample
 Test Statistic DF p-value
 Chi Squared 20.963 10 0.021

===== Table: Edat by pregunta_9 =====													
		pregunta_9											
Edat		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
12_18 años	Count	11	9	3	6	4	6	1	2	2	3	7	54
	Row %	20.370%	16.667%	5.556%	11.111%	7.407%	11.111%	1.852%	3.704%	3.704%	5.556%	12.963%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
Column Total		11	9	3	6	4	6	1	2	2	3	7	54
Column %		20.370%	16.667%	5.556%	11.111%	7.407%	11.111%	1.852%	3.704%	3.704%	5.556%	12.963%	
Large Sample													
Test Statistic		DF p-value											
Chi Squared 20.556		10 0.024											

===== Table: Edat by pregunta_10 =====													
		pregunta_10											
Edat		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
12_18 años	Count	14	3	2	9	3	1	4	5	5	3	5	54
	Row %	25.926%	5.556%	3.704%	16.667%	5.556%	1.852%	7.407%	9.259%	9.259%	5.556%	9.259%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
Column Total		14	3	2	9	3	1	4	5	5	3	5	54
Column %		25.926%	5.556%	3.704%	16.667%	5.556%	1.852%	7.407%	9.259%	9.259%	5.556%	9.259%	
Large Sample													
Test Statistic		DF p-value											
Chi Squared 27.481		10 0.002											

===== Table: Edat by pregunta_11 =====													
		pregunta_11											
Edat		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
12_18 años	Count	10	3	2	2	2	9	5	5	6	3	7	54
	Row %	18.519%	5.556%	3.704%	3.704%	3.704%	16.667%	9.259%	9.259%	11.111%	5.556%	12.963%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
Column Total		10	3	2	2	2	9	5	5	6	3	7	54
Column %		18.519%	5.556%	3.704%	3.704%	3.704%	16.667%	9.259%	9.259%	11.111%	5.556%	12.963%	
Large Sample													
Test Statistic		DF p-value											
Chi Squared 16.481		10 0.087											

===== Table: Edat by pregunta_12 =====												
		pregunta_12										
Edat		0	1	3	4	5	6	7	8	9	10	Row Total
12_18 años	Count	10	3	2	3	8	7	5	6	3	7	54
	Row %	18.519%	5.556%	3.704%	5.556%	14.815%	12.963%	9.259%	11.111%	5.556%	12.963%	100.000%
	Column %	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	
Column Total		10	3	2	3	8	7	5	6	3	7	54
Column %		18.519%	5.556%	3.704%	5.556%	14.815%	12.963%	9.259%	11.111%	5.556%	12.963%	
Large Sample												
Test Statistic		DF p-value										
Chi Squared 11.556		9 0.24										

7.6.2.5. DESCRIPTIVES GENERACIONES AGRUPADAS

\$`Edat: 12_18 años `			
	Mean	St. Deviation	Valid N
pregunta_1	3.20	3.19	54
pregunta_2	4.09	3.25	54
pregunta_3	4.67	3.26	54

pregunta_4	4.28	3.16	54
pregunta_5	5.33	3.47	54
pregunta_6	3.44	2.98	54
pregunta_7	4.59	3.25	54
pregunta_8	3.67	3.25	54
pregunta_9	3.93	3.53	54
pregunta_10	4.20	3.54	54
pregunta_11	5.11	3.44	54
pregunta_12	5.24	3.39	54

\$`Edat: 19_35 `

	Mean	St. Deviation	Valid N
pregunta_1	3.07	2.90	102
pregunta_2	3.89	3.06	102
pregunta_3	5.57	3.00	102
pregunta_4	4.28	3.11	102
pregunta_5	6.19	2.97	102
pregunta_6	3.44	2.93	102
pregunta_7	4.55	3.23	102
pregunta_8	4.69	3.14	102
pregunta_9	4.89	3.37	102
pregunta_10	4.70	3.08	102
pregunta_11	4.37	2.89	102
pregunta_12	3.98	2.93	102

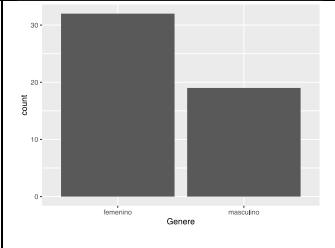
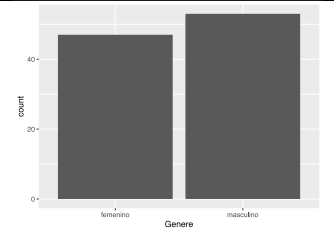
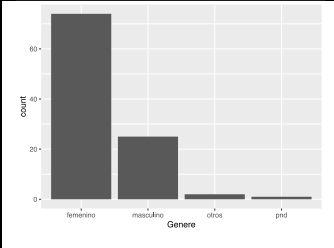
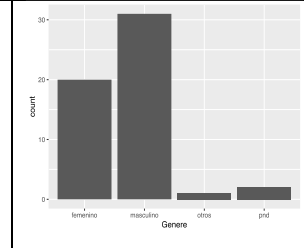
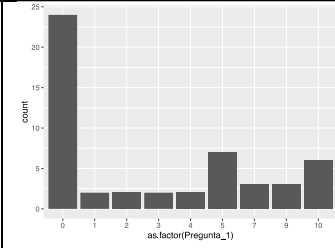
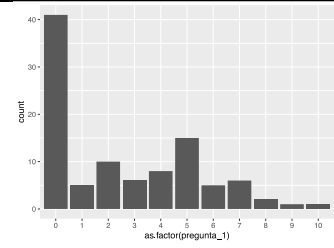
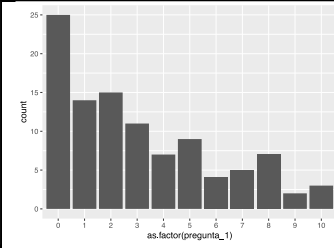
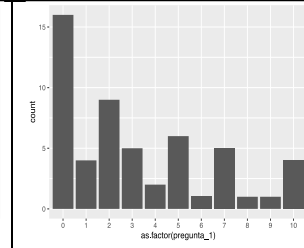
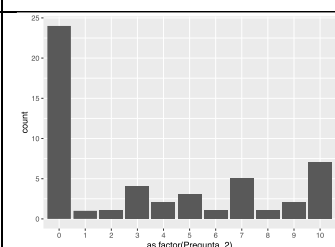
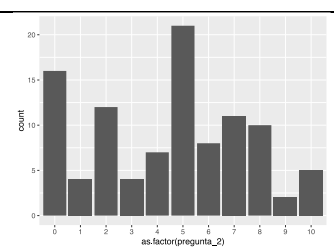
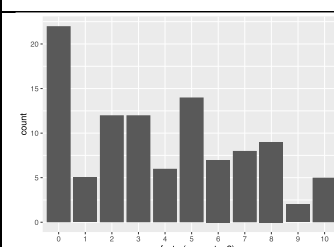
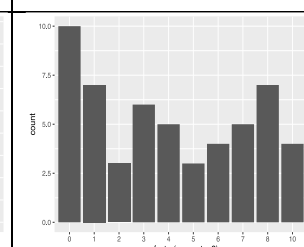
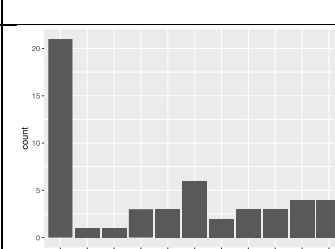
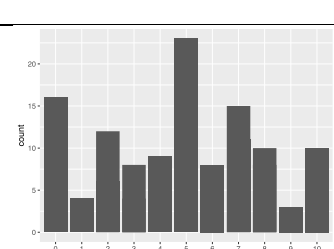
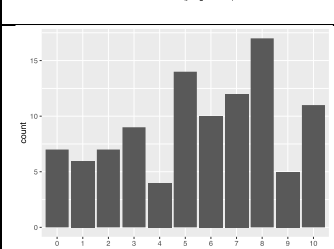
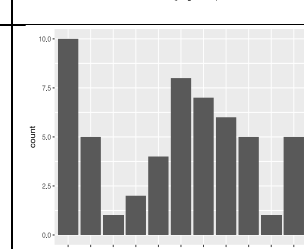
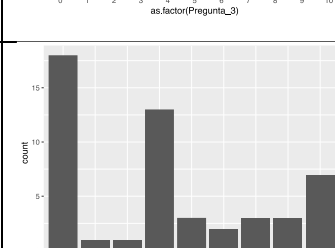
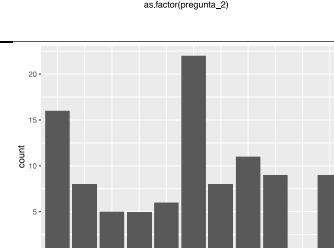
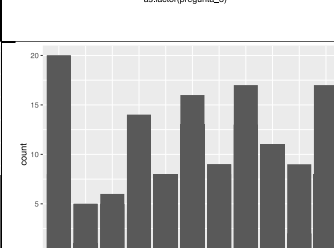
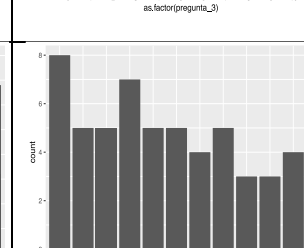
\$`Edat: 36_60 `

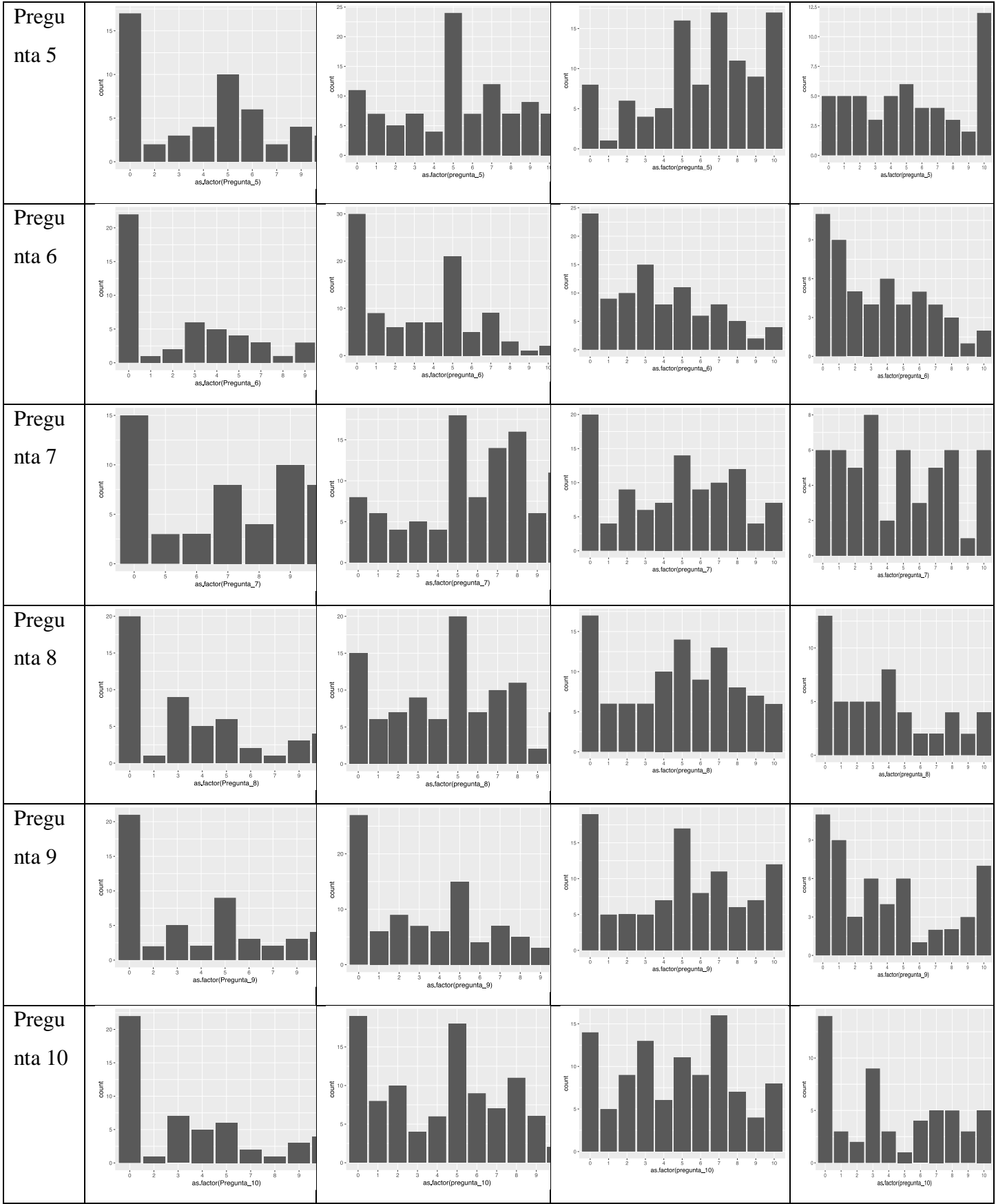
	Mean	St. Deviation	Valid N
pregunta_1	2.57	2.71	100
pregunta_2	4.46	2.96	100
pregunta_3	5.29	2.78	100
pregunta_4	4.63	3.11	100
pregunta_5	5.07	3.02	100
pregunta_6	3.21	2.84	100
pregunta_7	5.73	2.98	100
pregunta_8	4.59	3.04	100
pregunta_9	3.94	3.44	100
pregunta_10	4.19	3.07	100
pregunta_11	5.04	2.84	100
pregunta_12	5.16	2.78	100

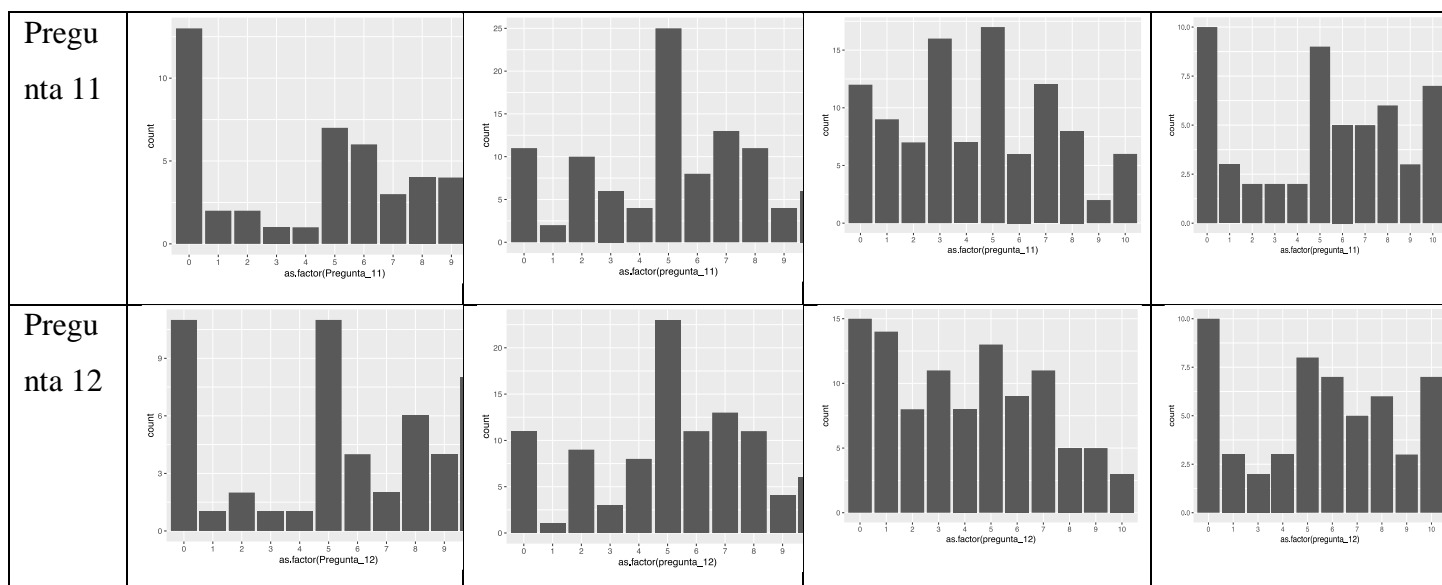
\$`Edat: 60 o mas `

	Mean	St. Deviation	Valid N
pregunta_1	3.20	3.75	51
pregunta_2	3.43	3.88	51
pregunta_3	3.67	3.69	51
pregunta_4	4.41	3.74	51
pregunta_5	3.82	3.29	51
pregunta_6	3.12	3.47	51
pregunta_7	5.71	3.95	51
pregunta_8	3.22	3.31	51
pregunta_9	3.35	3.42	51
pregunta_10	3.18	3.43	51
pregunta_11	4.96	3.74	51
pregunta_12	5.27	3.58	51

7.6.2.6. GRÁFICOS ILUSTRATIVOS CON R PARA CADA PREGUNTA

	<u>MAYORES DE 60</u>	<u>ADULTOS</u>	<u>JÓVENES</u>	<u>ADOLESCENTES</u>
Género				
Pregunta 1				
Pregunta 2				
Pregunta 3				
Pregunta 4				





7.7. ANEXO 7: BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Alucinaciones cenestésicas. (s.d.) Dentro de *Glosario de términos psicopatológicos e históricos psiquiátricos*. Extraído de: <https://psiquiatria.com/glosario/alucinaciones-cenestesicas>
- Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de personas con Esquizofrenia (2019). *Sensibilización*. Recuperado de: <https://www.amafe.org/que-es-la-esquizofrenia/estigma/>
- Clínica Universidad de Navarra (2019). *Diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en la Clínica*. Enfermedades y Tratamientos. Recuperado de: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/esquizofrenia>
- Estigma. (s.d.) Dentro de *Glosario de términos psicopatológicos e históricos psiquiátricos*. Extraído de: <https://psiquiatria.com/glosario/estigma>
- Estupor. (s.d.) Dentro de *Glosario de términos psicopatológicos e históricos psiquiátricos*. Extraído de: <https://psiquiatria.com/glosario/rapport>
- Gratacós, M. (2018). *Flexibilidad cérica: características, enfermedades relacionadas y tratamiento*. Extraído de: <https://www.lifeder.com/flexibilidad-cerea/>
- Hospital San Juan Capestrano. *Signos y síntomas del trastorno esquizoafectivo*. Extraído de:

<https://www.sanjuancapestrano.com/trastornos/esquizoafectivo/sintomas-efectos/>

- Luis, E. (2001). *Teoría del etiquetamiento, (labeling approach): o cuando el estado construye al delincuente.* Extraído de: <http://www.derechoareplica.org/index.php/233:teoria-del-etiquetamiento-labeling-13>
- National Institute of Mental Health.(2015) *La esquizofrenia.* Recuperado de: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/sp-15-3517_156292.pdf
- Parc de la Salut Mar. *Episodios Psicóticos Iniciales.* Extraído de: <https://www.parcdesalutmar.cat/es/episodis-psicotics/pacients/simptomes/>
- Personalidad premórbida. (s.d.) Dentro de *Glosario de términos psicopatológicos e históricos psiquiátricos.* Extraído de: <https://psiquiatria.com/glosario/personalidad-premorbida>
- Personalidad premórbida. (s.d.) Dentro de *Glosario de términos psicopatológicos e históricos psiquiátricos.* Extraído de: <https://psiquiatria.com/glosario/personalidad-premorbida>
- Rapport. (s.d.) Dentro de *Glosario de términos psicopatológicos e históricos psiquiátricos.* Extraído de: <https://psiquiatria.com/glosario/rapport>
- Sánchez, J. (2012). *Catatonía periódica o síndrome neuroléptico maligno: claves para un reto diagnóstico.* Extraído de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsi/v32n115/10.pdf>