

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

CREENCIAS ACERCA DE LA REINSERCIÓN DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

ESTUDIO EMPÍRICO

Alba López Monferrer

20917569N

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Jaume I

Dr. Carlos Suso Rivera

28 de junio de 2021

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno de salud mental que provoca alteraciones a nivel cognitivo, emocional y comportamental, haciendo de esta enfermedad una de las más costosas tanto a nivel humano como en gastos sociales, siendo también muy difícil alcanzar un nivel óptimo de recuperación. Uno de los grandes obstáculos presentes en esta patología es el estigma asociado, sobre el cual todavía es muy importante trabajar. Por ello, con el objetivo de que las campañas y programas antiestigma puedan ser más efectivos, este trabajo pretende identificar qué tipo de población presenta mayor discriminación hacia la reinserción de personas con esquizofrenia comparando las creencias de diferentes grupos. Con un total de 170 participantes, la muestra se dividió inicialmente entre aquellas personas que tienen familiares y/o amigos/as diagnosticados/as de esquizofrenia y aquellas que no los tienen; en segundo lugar, los participantes se dividieron entre personas que trabajan en el ámbito de la salud y personas que se dedican a un ámbito diferente y, finalmente, la muestra se dividió entre hombres y mujeres, comparando para todas estas variables la diferencia entre las medias de los ítems de creencias. Tras el análisis de datos se ha visto que, de forma general, los hombres, junto con aquellas personas que no tienen ningún familiar y/o amigo/a con esquizofrenia y las que no se dedican ni se han formado en el ámbito de la salud, son quienes más se beneficiarían de los programas antiestigma. Sin embargo, la bibliografía contrastada presenta algunas discrepancias respecto de las hipótesis planteadas que es interesante seguir investigando.

Palabras clave: esquizofrenia, estigma, familiares, salud, educación.

ABSTRACT

Schizophrenia is a mental health disorder that can cause alterations in cognition, emotions and behaviour; making this disease one of the most costly at not only a human level, but also a social level, and also having a very difficult optimum level of recovery to reach. One of the largest obstacles present in this pathology is the associated stigma, with which a lot of very important work is still needed. Therefore, with the aim that anti-stigma campaigns and programs can be more effective, this project aims to identify what type of populations could present mayor discrimination towards the reintegration of individuals with schizophrenia compared the beliefs of different groups. With a total of 170 participants, the sample was divided initially among individuals that have family and/or friends diagnosed schizophrenia and those that are not; secondly, the participants were separated by those that work in healthcare and those that work in different professions; and finally, the sample was separated by man and women. The analysis showed overall men, along with those who have no family member and / or friend with schizophrenia and those who are not engaged in or have not been trained in the field of health , are the ones who would benefit the most from anti-stigma programs. However, the referenced bibliography presents some discrepancies in respect to the hypothesis raised that is interesting future research.

Keywords: schizophrenia, stigma, family, health, education.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
MÉTODO	10
Participantes	10
Instrumento.....	11
Procedimiento.....	12
Análisis Estadísticos.....	12
RESULTADOS.....	13
DISCUSIÓN	24
CONCLUSIÓN.....	33
REFERENCIAS.....	38
ANEXOS	44
Anexo I.....	44

INTRODUCCIÓN

La salud mental y todas las enfermedades que radican de esta han sido un tema de especial relevancia a lo largo de la historia de la humanidad, bien entendiéndose a través de la espiritualidad y la brujería o, bastantes años más tarde, a través de la medicina y la ciencia. Sin embargo, los antecedentes de este tipo de patologías han sido de gran ayuda a la hora de perpetuar el gran estigma que hoy las rodea.

De forma general, la esquizofrenia se entiende como un trastorno mental grave complejo, ya que puede manifestarse bajo una gran diversidad de síntomas, entre los que se incluyen los delirios y alucinaciones (síntomas positivos), trastornos en la organización del comportamiento y el lenguaje (desorganización) y déficits en el funcionamiento social y ocupacional, así como en el funcionamiento cognitivo (síntomas negativos) (Goghari, Sponheim y MacDonald, 2010). Por ello implica una variedad de disfunciones emocionales, cognitivas y comportamentales (Petkari, 2010).

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2019), la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, lo que supone una estimación en cuanto a la prevalencia de dicha enfermedad de entre el 0,7% y el 1,5% (Navarro, 2013). Concretamente, en España, la incidencia estimada es de 0,8 casos por cada diez mil habitantes, lo que concuerda con los estudios de la Organización Mundial de la Salud para los países europeos (Ayuso-Mateos et al., 2006, como se citó en Navarro, 2013). Por su parte, la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (2020) en su último informe recoge datos de 2017 sobre la prevalencia de la esquizofrenia en función del género, donde se indica que “es más frecuente en hombres (4,5%) que en mujeres (2,9%), aunque depende de la edad, pues la frecuencia es doble entre los 20 y los

49 años y se iguala a partir de los 65 años, apareciendo en este momento un ligero incremento en la mujer”.

En cuanto a las consecuencias de este tipo de patologías, se estima que la sintomatología asociada a la esquizofrenia persiste en más del 90% de los pacientes afectados pese a cumplir con los criterios de remisión (Häfner y an der Heiden, 2007; Schennach et al., 2015; como se citó en Popovic et al., 2019). Además, es uno de los trastornos mentales más costoso, tanto en términos humanos (sufrimiento y pérdida de calidad de vida personal y familiar) como en gastos sociales (van Os y Kapur, 2009).

Al hablar de recuperación en esquizofrenia, es importante destacar que la atención hacia el colectivo ha cambiado y ha avanzado a lo largo de los años, desde la introducción de tratamientos antipsicóticos que a menudo permitieran controlar los síntomas, hasta la desinstitucionalización y promoción de un movimiento comunitario de salud mental (Vaccaro, Liberman y Roberts, 1992). De hecho, se ha visto que un enfoque multifacético, en el que se combinen la rehabilitación psicosocial y la terapia familiar junto con la medicación, puede reducir los índices de recaída del 50% al 10% (Leff y Gamble, 1995; Dixon, Adams y Lucksted, 2000), donde la recuperación se ve cada vez más como un proceso inherentemente social que se produce en el contexto del entorno sociocultural vivido (Tirupati y Ramachandran, 2019) y no tanto desde la individualidad del paciente. Sin embargo, las acciones y las mejoras en la intervención que se llevan a cabo para la rehabilitación de las enfermedades mentales se ven en gran medida obstaculizadas por el estigma social. Algunos estudios muestran que la mayoría de las naciones occidentales (Greenley, 1984; Madianos et al., 1987; Bhugra, 1989; Brockington et al., 1993; Hamre et al., 1994, como se citó en Corrigan et al., 2001) respaldan actitudes estigmatizantes sobre enfermedades mentales, lo que puede afectar al comportamiento público

hacia las personas con enfermedades como la esquizofrenia. Son los prejuicios generados a partir de los estereotipos marcados por la sociedad los que provocan y generan estas respuestas discriminatorias hacia los grupos que se consideran más vulnerables y/o inferiores, fomentando así la distancia social, ya que las opiniones negativas sobre las enfermedades mentales conducen a comportamientos negativos hacia las personas con discapacidades psiquiátricas (Corrigan, 1998). Tanto es que el estigma se considera uno de los obstáculos más graves para el éxito del tratamiento, la rehabilitación y la inclusión de las personas con enfermedades mentales en la sociedad (Hansson, Jormfeldt, Svedberg y Svensson, 2011; Kohn, Saxena, Levav y Saraceno, 2004; como se citó en Jensen, Vendsborg, Hjorthøj y Nordentoft, 2017)

Generalmente, las creencias más establecidas y/o aceptadas por la sociedad respecto de las personas con esquizofrenia son aquellas relacionadas con expectativas de violencia y comportamiento desordenado, falta de competencia personal, así como incapacidad para sostener empleo remunerado o tomar decisiones informadas (Markowitz, 1998; Phelan et al., 2000; y Magliano et al., 2011; como se citó en Lysaker et al., 2012). En este sentido, es importante no perder de vista la repercusión que tienen las acciones y actitudes discriminatorias, con la distancia social asociada, sobre las personas que sufren la enfermedad, ya que esta estigmatización comporta un empeoramiento de la situación de dichas personas: desadaptación social, depresión y aumento de la carga familiar (Campo-Arias y Herazo, 2015) dificultando, según Silva y Restrepo (2017), una reinserción real en la comunidad y por tanto impidiendo alcanzar el objetivo principal de la rehabilitación psicosocial. Link y Phelan (2001) describieron tres mecanismos por los cuales el estigma puede afectar a las personas con enfermedades mentales: en primer lugar, estarían los mecanismos estructurales o institucionales (restricciones legales), que pueden restringir oportunidades para las personas estigmatizadas. En segundo lugar,

estarían las interacciones individuales explícitas y/o comportamientos discriminatorios sutiles, que pueden resultar negativos para dichas personas (rechazo, distancia social, etc.). Finalmente, la conciencia del estigma por parte de la persona afectada puede impactar también negativamente en su autopercepción, generando lo que se conoce como autoestigma. Los individuos que internalizan el estigma llegan a estar de acuerdo directamente con las opiniones estigmatizantes sobre las enfermedades mentales y aceptan que se les apliquen a ellos/as mismos/as, incorporando así estos puntos de vista a su identidad (Lally, 1989) y llegando a creer, por ejemplo, que son incapaces de trabajar debido a la enfermedad que padecen, relacionándose del mismo modo con niveles más bajos de autoestima (Lysaker et al., 2008).

Por otra parte, se ha demostrado que la familiaridad con la enfermedad mental está inversamente asociada con actitudes perjudiciales hacia la enfermedad (Holmes et al., 1999), por lo que algunos estudios hablan de diferencias claras entre las personas que tan solo ven representaciones televisivas de los trastornos mentales, y aquellas que tienen un amigo, compañero de trabajo o familiar con esta patología (Corrigan et al., 2001). De hecho, en este mismo estudio se observó que las personas que están relativamente más familiarizadas con las enfermedades mentales, ya sea a través del aprendizaje escolar o la experiencia con sus compañeros y miembros de la familia, tienen menos probabilidades de mostrar actitudes prejuiciosas sobre este grupo. Del mismo modo, en un estudio danés de Jensen, Vendsborg, Hjorthøj y Nordentoft (2017) descubrieron que las actitudes personales de los trabajadores de servicios sociales eran significativamente más positivas que las actitudes que perciben que tiene el resto de la sociedad. Por todo ello, se presupone que los programas de educación y contacto que promueven la familiaridad con las enfermedades mentales pueden disminuir las actitudes perjudiciales.

Sin embargo, pese a que las Estrategias de salud mental hacen hincapié en la importancia de los programas de prevención y promoción, pocas son las campañas o los programas educativos que promueven el conocimiento y difusión de las enfermedades mentales. En el artículo de revisión de Jané-Llopis (2004) se deja entrever la competencia existente por los recursos de los que disponemos, lo que lleva frecuentemente a una “falta de acuerdo entre profesionales de la salud mental”, donde muchos aún no están convencidos de que la prevención pueda lograr beneficios parecidos o complementarios a los del tratamiento. En contraposición, encontramos también varias publicaciones en las que se demuestra que existe suficiente evidencia de que los programas de prevención y promoción funcionan y producen beneficios importantes en la salud tanto de las personas afectadas como de la sociedad en general (Hosman y Jané-Llopis, 1999; Mrazek y Haggerty, 1994; Mrazek y Hall, 1997; como se citó en Jané-Llopis, 2004).

Con el objetivo de conocer hacia qué colectivos sería más conveniente llevar a cabo programas antiestigma para la reinserción de personas con esquizofrenia, este estudio pretende comprobar qué tipo de población desconoce en mayor medida o presenta mayor discriminación (directa o indirectamente) hacia las personas con dicho diagnóstico. De forma más específica, en esta investigación se quieren observar las creencias existentes hacia la reinserción de personas con esquizofrenia, comparando así las creencias entre la población que sí tiene un familiar y/o amigo/a cercano/a con esquizofrenia y la que no. A raíz de esta cuestión, y basándonos en la bibliografía comentada, se marcan además otros dos objetivos donde se pretende ver si existen diferencias significativas entre las personas que se dedican al ámbito de la salud y las que no, así como si existen o no diferencias al dividir la muestra entre hombres y mujeres.

Del mismo modo que al plantear los objetivos, también se presupone que la parte de la muestra que no tiene familiares y/o personas conocidas con esquizofrenia, presentarán creencias significativamente más discriminatorias que la parte de la muestra que sí tenga personas cercanas con esta enfermedad. Así pues, también se hipotetiza que las personas que se dediquen al ámbito de la salud estarán más concienciadas con la reinserción de personas con esquizofrenia, por lo que sus creencias no serán tan discriminatorias.

Finalmente, debido a que no se ha encontrado bibliografía específica que compare creencias entre hombres y mujeres relacionadas con la reinserción de personas con esquizofrenia, no se plantea que existan diferencias significativas en este sentido.

MÉTODO

Participantes

La muestra está compuesta por un total de 170 participantes con edades comprendidas entre los 18 y los 76 años ($\bar{x}=35,02$; $DT=12,18$). En la totalidad de la muestra, el nivel de estudios superados predominante es el de estudios universitarios, suponiendo un 37,1% de la muestra, seguido de los estudios de máster, que también constituyen el 31,2% del total. A continuación, le siguen aquellos/as participantes que han realizado una formación profesional o técnica, junto con los ciclos medios y/o superiores, que suponen un 13,5% de la muestra. Con porcentajes inferiores quedan aquellas personas que han terminado los estudios de bachillerato (8,8%), las que han terminado la educación secundaria obligatoria (2,9%) y las que han finalizado la educación primaria (4,1%). Por último, el porcentaje más bajo son los estudios de doctorado, que tan solo suponen el 1,8% de la totalidad de participantes.

En cuanto a los grupos sobre los que se ha puesto el foco de interés para este estudio, los datos relativos a la muestra se dividen en tres: para el primer nivel de análisis el grupo se ha

diferenciado según si los/las participantes tienen o no familiares y/o amigos/as que padecen esquizofrenia, donde, el 74,7% de la muestra (127 participantes) no tienen familiares y/o amigos diagnosticados de esquizofrenia, mientras que el 24,1% (41 participantes) afirman conocer al menos a una persona con dicha patología. Además, para esta agrupación los datos de dos personas constan como perdidos, por lo que el 1,2% de la muestra no se ha tenido en cuenta para la realización de estos análisis.

Para el siguiente análisis, la característica para tener en cuenta la división del grupo se centra en el ámbito laboral y/o de formación al que pertenecen los participantes, diferenciando entre aquellos que pertenecen al ámbito de la salud y los que no. El número de personas que sí que están formándose, se han formado y/o ya trabajan en un ámbito relacionado con la salud, son un total de 60 participantes (el 35,3% de la muestra), mientras que 110 participantes (el 64,7% de la muestra) informan de que su ocupación y/o formación queda fuera de este ámbito.

Finalmente, el último grupo se ha dividido entre hombres y mujeres, donde tan solo el 17,6% (30 participantes) son hombres, frente al 82,4% (140 participantes) que son mujeres.

Instrumento

Se ha creado un cuestionario llamado *Creencias acerca de la Reinserción de Personas con Esquizofrenia* (Anexo 1), compuesto por una serie de ítems fruto de la revisión bibliográfica previamente revisada en la introducción del trabajo.

Dicho cuestionario consta de un total de 52 ítems, los cuales quedan divididos en dos grandes bloques:

- Bloque de datos sociodemográficos. Este bloque contiene un total de 13 ítems que evalúan edad, género, lugar de nacimiento, país de residencia actual, nivel de estudios,

situación laboral y estado civil. En este apartado también se ha incluido un ítem que nos permitiera saber si los/las participantes conocían o no a alguna persona importante para ellos/ellas que haya sido diagnosticada de esquizofrenia.

- Bloque de ítems sobre creencias acerca de la reinserción de las personas con esquizofrenia. Dicho bloque consta de 39 ítems relacionados con los aspectos que se han considerado más relevantes en cuanto a la reinserción de las personas con esquizofrenia en la comunidad, destacando entre otros el ámbito laboral, el ámbito familiar, las relaciones sociales y/o de pareja y el nivel de autonomía.

El bloque de ítems relacionado con las creencias acerca de la reinserción de personas con esquizofrenia se desarrolla bajo un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos, siendo (1) Totalmente en desacuerdo, (2) Algo en desacuerdo, (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, (4) Algo de acuerdo y (5) Totalmente de acuerdo. Por tanto, cada uno de los ítems contiene 5 opciones de respuesta.

Procedimiento

El cuestionario ha sido creado y difundido a través de la plataforma Qualtrics y se ha distribuido a través de redes sociales, principalmente WhatsApp, Facebook e Instagram, además de mandarlo a diferentes asociaciones relacionadas con la salud mental para intentar que contribuyeran a su cumplimentación y/o distribución.

Análisis Estadísticos

El estudio se basa en un diseño observacional no experimental de tipo transversal, ya que los datos se recogen en un único momento temporal.

Por lo que respecta a las variables, se consideran las creencias y/o actitudes hacia la reinserción en la sociedad de personas con esquizofrenia como la variable dependiente, mientras que las variables de tener o no algún familiar y/o amigo/a cercano con esquizofrenia, la formación u ocupación de los/las participantes relacionada o no con la salud y la identidad sexual, son consideradas como las variables independientes.

El análisis de datos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS 22.0, realizando en primer lugar un análisis descriptivo de los elementos relacionados con los datos sociodemográficos. En esta parte se han calculado medias y desviaciones típicas para aquellas variables de este bloque que son cuantitativas, mientras que, para las variables categoriales, se ha llevado a cabo un cálculo de frecuencias.

A continuación, para cada una de las hipótesis que se plantean, se ha calculado la *t de Student*, con el objetivo de observar si hay diferencias significativas entre las medias de los grupos, es decir, entre las medias de la variable dependiente al compararla con los distintos niveles de las diferentes variables independientes anteriormente comentadas (p.ej., hombre vs. Mujer). Finalmente, se ha calculado también el tamaño del efecto de estas diferencias de medias, con la finalidad de medir la magnitud estimada de dichas diferencias.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis estadístico para cada una de las variables. En las tablas se recogen dichos resultados y se presentan, para facilitar la lectura, solo aquellos ítems que se han sido significativos tras el cálculo estadístico.

Tabla 1

Ítems que han resultado significativos en función de si los participantes tienen o no algún familiar y/o amigo diagnosticado de esquizofrenia

ITEMS	No		Sí		t	p	d
	Familiar/Amigx		Familiar/Amigx				
	\bar{x}	DT	\bar{x}	DT			
1. Las personas con esquizofrenia no deberían ir solas sin supervisión por la calle.	2,12	1,24	1,68	1,08	2,00	0,046	0,37
2. En general, las personas con esquizofrenia son peligrosas.	1,69	0,99	1,37	0,73	2,21	0,030	0,36
3. Si tuviera algún/a compañero/a de trabajo diagnosticado de esquizofrenia me gustaría saberlo desde el principio.	2,70	1,48	2,05	1,35	2,49	0,013	0,45
4. Si tuviera que disponer de un/a “canguro” que cuidara de mis hijos/as o alguien que me ayudara con la limpieza de casa no tendría problema en que fuese una persona que ha sufrido algún brote de esquizofrenia.	3,14	1,23	3,59	1,26	-1,98	0,049	0,35
5. Una enfermedad como la esquizofrenia no permite llevar una vida normal y corriente.	1,91	1,00	1,51	0,74	2,31	0,022	0,45
6. Me daría miedo tener un/a compañero/a de trabajo con esquizofrenia.	1,46	0,84	1,17	0,38	3,07	0,003	0,44
7. Entiendo que un empresario no quiera tener en su plantilla a una persona con esquizofrenia.	2,09	1,19	1,68	0,98	2,00	0,047	0,37
8. Me costaría relacionarme con una persona diagnosticada de esquizofrenia.	1,67	0,96	1,20	0,67	3,47	0,001	0,56
9. Entiendo que el acceso a un empleo o a una vivienda sea más complicado en personas con esquizofrenia, ya que hay que comprobar sus capacidades y es importante asegurarse de que están completamente sanas.	2,44	1,276	1,98	1,17	2,06	0,040	0,37

En el primer análisis de datos, la muestra se ha dividido entre aquellos/as participantes que tienen algún familiar y/o amigo/a que sufre esquizofrenia y aquellos/as que no. En el ítem 1 de esta primera tabla se observa que los/las participantes que no tienen un familiar y/o amigo/a

cercano/a con esquizofrenia ($\bar{x} = 2,12$; $DT = 1,24$) han puntuado de una forma significativamente mayor que las personas con dicha patología no deberían ir solas sin supervisión por la calle frente a los/las participantes que sí tienen un familiar y/o amigo cercano con esquizofrenia ($\bar{x} = 1,68$; $DT = 1,083$; $t(166) = 2,00$; $p < 0,05$). El tamaño de esta diferencia es entre pequeño y mediano ($d = 0,377$).

El segundo de los ítems que ha resultado significativo en este análisis es “En general, las personas con esquizofrenias son peligrosas” (ítem 2, Tabla 1), puntuando en mayor medida aquellos/as participantes que no tienen a alguien cercano con esquizofrenia ($\bar{x} = 1,69$; $DT = 0,99$) frente a los sujetos que sí tienen a una persona con dicho diagnóstico cerca ($\bar{x} = 1,37$; $DT = 0,73$; $t(90,88) = 2,21$; $p < 0,05$), siendo el tamaño de dicha diferencia entre pequeño y mediano ($d = 0,36$). Del mismo modo ocurre con el ítem 3 (Tabla 1), donde aquellas personas sin familia o amigos/as que padezcan esquizofrenia ($\bar{x} = 2,70$; $DT = 1,48$) también puntúan de forma significativamente mayor que si tuvieran algún compañero/a de trabajo con esquizofrenia les gustaría saberlo desde el principio, en comparación a aquellas que sí conocen a alguien con esta enfermedad ($\bar{x} = 2,05$; $DT = 1,35$; $t(166) = 2,49$; $p < 0,05$). En este caso, el tamaño de la diferencia es un poco mayor, considerándose mediano ($d = 0,45$).

El siguiente ítem significativo ha sido “Si tuviera que disponer de un/a “canguro” que cuidara de mis hijos/as o alguien que me ayudara con la limpieza de casa no tendría problema en que fuese una persona que ha sufrido algún brote de esquizofrenia” (ítem 4, Tabla 1), donde las personas que sí tienen familiares y/o amigos/as con esta patología ($\bar{x} = 3,59$; $DT = 1,26$) han puntuado de forma significativamente mayor que aquellos/as que no los tienen ($\bar{x} = 3,14$; $DT = 1,23$; $t(166) = -1,98$; $p < 0,05$), siendo dicha magnitud de la diferencia entre pequeña y mediana ($d = 0,35$).

En cuanto al ítem 5 (Tabla 1), se puede observar cómo las personas que no tienen gente en su entorno diagnosticada de esquizofrenia valoran de forma significativamente mayor ($\bar{x} = 1,91$; $DT=1,00$) que una enfermedad como la esquizofrenia no permite llevar una vida totalmente normal, respecto de aquellos/as participantes que sí tienen gente cercana ($\bar{x} = 1,51$; $DT=0,74$; $t(166) = 2,31$; $p < 0,05$). El tamaño del efecto para dicho ítem se evalúa como mediano ($d=0,45$). Del mismo modo ocurre en el ítem 6 (Tabla 1), donde también son aquellos sujetos que no conocen a personas con dicha enfermedad mental ($\bar{x} = 1,46$; $DT=0,84$) las que afirman en mayor medida que les daría miedo tener un/a compañero/a de trabajo con esquizofrenia, en comparación a los sujetos que sí las conocen ($\bar{x} = 1,17$; $DT=0,38$ $t(148.59) = 3,07$; $p < 0,05$), teniendo también un tamaño del efecto mediano ($d=0,44$).

Si nos fijamos en el séptimo ítem que ha resultado significativo, se observa que nuevamente, los/as participantes que no tienen familiares y/o amigos/as cercanos con esquizofrenia ($\bar{x} = 2,09$; $DT=1,19$) puntúan significativamente más alto en el ítem “Entiendo que un empresario no quiera tener en su plantilla a una persona con esquizofrenia” (ítem 7, Tabla 1), en comparación a aquellos/as participantes que sí tienen familiares y/o amigos con dicha enfermedad ($\bar{x} = 1,68$; $DT=0,98$; $t(166) = 2,00$; $p < 0,05$), siendo la magnitud de la diferencia entre pequeño y mediano ($d=0,37$).

Asimismo, el ítem 8 (Tabla 1), también ha mostrado diferencias significativas entre los dos grupos, donde la parte de la muestra que no conoce a personas con esquizofrenia ($\bar{x} = 1,67$; $DT=0,96$) afirman en mayor medida que les costaría relacionarse con una persona que padeciera esta enfermedad, frente a la parte de la muestra que sí conoce a alguna persona con estas características ($\bar{x} = 1,20$; $DT=0,67$; $t(96,54) = 3,47$; $p < 0,05$), donde además el tamaño de la diferencia ha resultado moderado ($d=0,56$).

Finalmente, el último ítem significativo en este análisis de datos ha sido “Entiendo que el acceso a un empleo o a una vivienda sea más complicado en personas con esquizofrenia, ya que hay que comprobar sus capacidades y es importante asegurarse de que están completamente sanas” (ítem 9, Tabla 1), donde de nuevo las personas sin familiares y/o amigos/as cercanos/as con esquizofrenia ($\bar{x}=2,44$; $DT=1,27$) han aportado datos significativamente más altos que aquellas personas que sí tienen familiares y/o amigos con esquizofrenia ($\bar{x}=1,98$; $DT=1,17$; $t(166)=2,06$; $p<0,05$), siendo la magnitud de dicha diferencia entre pequeña y mediana ($d=0,37$).

Tabla 2

Ítems que han resultado significativos en función de si los participantes pertenecen o no al ámbito de la salud

ITEMS	Ocupación/Formación NO relacionada con la salud		Ocupación/Formación SÍ relacionada con la salud		t	p	d
	\bar{x}	DT	\bar{x}	DT			
1. Las personas con esquizofrenia no deberían ir solas sin supervisión por la calle.	2,20	1,21	1,67	1,14	2,79	0,006	0,44
2. Es mejor que las personas con esquizofrenia no trabajen con menores.	2,38	1,23	1,83	0,96	3,21	0,002	0,49
3. Las personas con esquizofrenia deberían tener una supervisión diaria por parte de algún profesional.	2,87	1,38	2,43	1,17	2,19	0,030	0,34
4. No me importaría ser amigo/a de una persona con esquizofrenia.	4,56	0,95	4,83	0,52	-2,37	0,019	0,35
5. En general, las personas con esquizofrenia son peligrosas.	1,74	1,03	1,35	0,65	2,96	0,004	0,44
6. Si tuviera algún/a compañero/a de trabajo diagnosticado/a de esquizofrenia me gustaría saberlo desde el principio.	2,70	1,50	2,22	1,36	2,06	0,040	0,33

7. Es mejor que una persona con esquizofrenia viva con un familiar o una persona que le supervise aunque esté mejor, ya que nunca se sabe cuándo puede empeorar.	2,94	1,25	2,43	1,22	2,51	0,013	0,41
8. Una enfermedad como la esquizofrenia no permite llevar una vida normal y corriente.	1,95	1,03	1,57	0,74	2,74	0,007	0,42
9. No creo que las personas con esquizofrenia necesiten supervisión.	2,25	1,14	2,83	1,13	-3,21	0,002	0,50
10. Es posible que las personas con esquizofrenia consigan mucha autonomía e independencia gracias a la rehabilitación.	4,48	0,98	4,80	0,65	-2,51	0,013	0,38
11. Aunque haya diferentes grados dentro de una enfermedad como es la esquizofrenia, no me gustaría tener un trato estrecho con personas diagnosticadas de esta patología.	1,39	0,83	1,15	0,44	2,45	0,015	0,35
12. Aunque una persona con esquizofrenia se encuentre bien/estable, no es algo que pueda mantenerse en el tiempo: tarde o temprano sufrirá un altibajo.	2,48	1,09	2,05	1,11	2,45	0,015	0,39
13. No creo aconsejable que una persona con esquizofrenia viva sola sin supervisión.	2,66	1,28	1,95	0,99	4,00	0,000	0,61
14. Aunque una persona diagnosticada de esquizofrenia reciba tratamiento, el curso de esta enfermedad es devastador en cualquiera de los casos.	2,14	1,09	1,78	1,07	2,02	0,045	0,71

Para este segundo análisis de datos, la muestra se ha dividido con el objetivo de comparar las medias de las personas que se han formado o están trabajando en un ámbito relacionado con la salud frente a aquellos sujetos que se dedican a algún ámbito diferente. En cuanto a las diferencias entre los grupos de la segunda tabla, el primer ítem en el que se han encontrado diferencias significativas es “Las personas con esquizofrenia no deberían ir solas sin supervisión por la calle” (ítem 1, Tabla 2), donde se observa que las personas que están vinculadas al ámbito de la salud se muestran menos de acuerdo con dicha afirmación ($\bar{x}=1,67$; $DT=1,14$) que las personas no vinculadas a dicho ámbito ($\bar{x}=2,20$; $DT=1,21$; $t(168)=2,79$; $p<0,05$) siendo además el tamaño del efecto mediano ($d=0,44$). Del mismo modo ocurre con el ítem “Es mejor que las personas con esquizofrenia no trabajen con menores” (ítem 2, Tabla 2) donde las personas relacionadas con la salud ($\bar{x}=1,83$; $DT=0,96$) puntúan de forma significativamente menor que las personas que no tienen esta formación u ocupación ($\bar{x}=2,38$; $DT=1,23$; $t(148,17)=3,21$; $p<0,05$), donde la magnitud de dicha diferencia también es mediana ($d=0,49$).

El tercero de los ítems significativos (ítem 3, Tabla 2) reporta que los sujetos que no están relacionados con el ámbito de la salud ($\bar{x}=2,87$; $DT=1,38$) informan en mayor medida que las personas con esquizofrenia deberían tener una supervisión diaria por parte de algún profesional, en comparación con los sujetos que se han formado o se encuentran trabajando en el ámbito de la salud ($\bar{x}=2,43$; $DT=1,17$; $t(139,33)=3,21$; $p<0,05$). El tamaño del efecto en este caso se considera entre pequeño y mediano ($d=0,34$).

En el caso del ítem 4 (Tabla 2), son las personas con una ocupación y/o formación del ámbito de la salud ($\bar{x}=4,83$; $DT=0,52$) los que puntúan de forma significativamente mayor que no les importaría ser amigos/as de una persona con esquizofrenia, frente a las personas con una

ocupación y/o formación no relacionada con dicho ámbito ($\bar{x}=4,56$; $DT=0,95$; $t(167,96)=-2,37$; $p<0,05$). En este caso, la magnitud de la diferencia es también entre pequeña y mediana ($d=0,35$).

En el ítem 5 (Tabla 2) se observa que las personas que no pertenecen al ámbito de la salud ($\bar{x}=1,74$; $DT=1,03$) informan en mayor medida que las personas con esquizofrenia son peligrosas, en comparación con aquellas que tienen una ocupación relacionada con la salud ($\bar{x}=1,35$; $DT=0,65$; $t(164,03)=2,96$; $p<0,05$), siendo el tamaño de dicha diferencia mediano ($d=0,44$). De igual forma ocurre con el ítem 6 (Tabla 2), donde también las personas no relacionadas con la salud puntúan significativamente más alto ($\bar{x}=2,70$; $DT=1,50$) que las personas que sí se dedican a este ámbito ($\bar{x}=2,22$; $DT=1,36$; $t(168)=2,06$; $p<0,05$) que si tuvieran algún /a compañero/a de trabajo con esquizofrenia les gustaría saberlo desde el principio. La magnitud de la diferencia para este ítem es entre pequeño y mediano ($d=0,33$).

En cuanto al ítem 7 (Tabla 2) “Es mejor que una persona con esquizofrenia viva con un familiar o una persona que le supervise aunque esté mejor, ya que nunca se sabe cuándo puede empeorar”, los/as participantes que no han recibido formación o no se dedican laboralmente al ámbito de la salud ($\bar{x}=2,94$; $DT=1,25$) han reportado puntuaciones significativamente más altas que las personas que sí se han formado o trabajan en el ámbito de la salud ($\bar{x}=2,43$; $DT=1,22$; $t(168)=2,51$; $p<0,05$), considerándose el tamaño de dicha diferencia mediano ($d=0,41$). Y al igual que este, en el ítem “Una enfermedad como la esquizofrenia no permite llevar una vida normal y corriente” (ítem 8, Tabla 2) también se observa que las personas no relacionadas con el ámbito de la salud ($\bar{x}=1,95$; $DT=1,03$) puntúan de forma significativamente superior que las personas que están vinculadas con dicho ámbito ($\bar{x}=1,57$; $DT=0,74$; $t(155,74)=2,74$; $p<0,05$). La magnitud de la diferencia en el ítem 8 es mediano ($d=0,42$).

El noveno ítem que ha mostrado diferencias significativas entre los grupos ha sido “No creo que las personas con esquizofrenia necesiten supervisión” (ítem 9, Tabla 2), mostrando puntuaciones significativamente más altas las personas que se han formado o trabajan en el ámbito de la salud ($\bar{x}=2,83$; $DT=1,13$) en comparación a las personas que no tienen relación con dicho ámbito ($\bar{x}=2,25$; $DT=1,14$; $t(168)=-3,21$; $p<0,05$), siendo el tamaño de la diferencia moderado ($d=0,50$). También en el décimo ítem (Tabla 2) las personas vinculadas a la salud ($\bar{x}=4,80$; $DT=0,65$) puntúan de forma significativamente mayor que es posible que las personas con esquizofrenia consigan mucha autonomía e independencia gracias a la rehabilitación, en comparación con los/as participantes que no están vinculados/as formativa ni laboralmente al ámbito de la salud ($\bar{x}=4,48$; $DT=0,98$; $t(160,93)=-2,51$; $p<0,05$). En este último, el tamaño del efecto se considera entre pequeño y mediano ($d=0,38$).

En el ítem 11 (Tabla 2) se observan también diferencias entre ambos grupos, mostrando puntuaciones significativamente más altas los sujetos no relacionados con el ámbito de la salud ($\bar{x}=1,39$; $DT=0,83$) en cuanto a que, aunque haya diferentes grados dentro de una enfermedad como es la esquizofrenia, no les gustaría tener un trato estrecho con personas diagnosticadas de esta patología; frente a aquellos que sí se dedican o están vinculados a la salud ($\bar{x}=1,15$; $DT=0,44$; $t(167,92)=2,45$; $p<0,05$), siendo el tamaño de esta diferencia considerada entre pequeña y mediana ($d=0,35$). Lo mismo se reporta en el ítem “Aunque una persona con esquizofrenia se encuentre bien/estable, no es algo que pueda mantenerse en el tiempo: tarde o temprano sufrirá un altibajo” (ítem 12, Tabla 2), donde también se dan puntuaciones significativamente mayores en las personas no relacionadas con la salud ($\bar{x}=2,48$; $DT=1,09$) en comparación con las personas que sí se relacionan con dicho ámbito ($\bar{x}=2,05$; $DT=1,11$; $t(168)=2,45$; $p<0,05$). La magnitud del efecto en este ítem es entre pequeño y mediano ($d=0,39$).

Por otra parte, los/as participantes no relacionados/as con el ámbito de la salud, ni a nivel laboral ni a nivel formativo ($\bar{x}=2,66$; $DT=1,287$), afirman en mayor medida que no creen aconsejable que una persona con esquizofrenia viva sola sin supervisión (ítem 13, Tabla 2), frente al grupo de participantes que sí están vinculados/as a la salud ($\bar{x}=1,95$; $DT=0,99$; $t(148,39)=4,00$; $p<0,05$), siendo la magnitud de dicha diferencia moderada ($d=0,61$).

Finalmente, el último de los ítems que ha mostrado diferencias significativas en este análisis es “Aunque una persona diagnosticada de esquizofrenia reciba tratamiento, el curso de esta enfermedad es devastador en cualquiera de los casos” (ítem 14, Tabla 2), mostrando puntuaciones significativamente superiores aquella parte de la muestra no relacionada con el ámbito de la salud ($\bar{x}=2,14$; $DT=1,09$) en comparación a la parte de la muestra que sí tiene formación o trabajo relacionado con dicho ámbito ($\bar{x}=1,78$; $DT=1,07$; $t(168)=2,02$; $p<0,05$), considerándose el tamaño de esta diferencia moderado ($d=0,71$).

Tabla 3

Ítems que han resultado significativos en función de la identidad sexual de los participantes

ITEMS	Identidad Sexual Masculina		Identidad Sexual Femenina		t	p	d
	\bar{x}	DT	\bar{x}	DT			
1. Si dirigiera una empresa no tendría problema en contratar a una persona con esquizofrenia.	3,23	1,35	3,84	1,24	-2,39	0,018	0,46
2. Es posible que las personas con esquizofrenia consigan mucha autonomía e independencia gracias a la rehabilitación.	4,07	1,48	4,71	0,66	-2,31	0,027	0,55
3. Una persona con esquizofrenia puede estar tan o más capacitada que cualquiera para realizar cualquier tipo de trabajo.	4,07	1,36	4,46	0,90	-1,97	0,05	0,33
4. Por mucho que se trabaje la autonomía de una persona con esquizofrenia, es muy difícil o	2,03	1,09	1,56	0,83	2,63	0,009	0,48

casi imposible que consiga ser autónoma.

En el último análisis de datos llevado a cabo, la muestra se divide en función de la identidad sexual, diferenciándose entre hombre y mujeres. El primer ítem de la Tabla 3 muestra diferencias significativas entre ambos géneros, donde se observa que los hombres han puntuado de forma significativamente menor que, si dirigieran una empresa, no tendrían problema en contratar a una persona con esquizofrenia ($\bar{x} = 3,23$; $DT=1,35$), frente al grupo de mujeres ($\bar{x} = 3,84$; $DT=1,24$; $t(168) = -2,39$; $p < 0,05$). El tamaño de dicha diferencia es mediano ($d=0,46$).

De igual modo, en el ítem 2 (Tabla 3) también se muestran puntuaciones significativamente menores por parte de los hombres ($\bar{x} = 4,07$; $DT=1,48$) en cuanto a la creencia “Es posible que las personas con esquizofrenia consigan mucha autonomía e independencia gracias a la rehabilitación”, respecto de las mujeres ($\bar{x} = 4,71$; $DT=0,662$; $t(31,51) = -2,31$; $p < 0,05$), siendo la magnitud de dicha diferencia moderada ($d=0,55$).

En cuanto al tercer ítem (Tabla 3), también se observa cómo los hombres consideran en menor medida ($\bar{x} = 4,07$; $DT=1,36$) que una persona con esquizofrenia pueda estar tan o más capacitada que cualquier otra para realizar cualquier tipo de trabajo respecto de las participantes con identidad sexual femenina ($\bar{x} = 4,46$; $DT=0,90$; $t(168) = -1,97$; $p < 0,05$). El tamaño de dicha diferencia, en este caso, ha resultado entre pequeño y mediano ($d=0,33$).

Finalmente, el último de los ítems que ha resultado significativo en este análisis de datos ha sido “Por mucho que se trabaje la autonomía de una persona con esquizofrenia, es muy difícil o casi imposible que consiga ser autónoma” (ítem 4, Tabla 3), puntuando de forma significativamente mayor el grupo de hombres ($\bar{x} = 2,03$; $DT=1,09$) respecto al de mujeres (\bar{x}

=1,56; DT=0,83; $t(168)= 2,63$; $p<0,05$) y considerándose mediano el tamaño de la diferencia ($d=0,48$).

DISCUSIÓN

De forma general, los resultados obtenidos tras el análisis de datos permiten confirmar las hipótesis que se habían propuesto inicialmente. En primer lugar, se planteó que las personas que no tienen familiares y/o personas conocidas con esquizofrenia, presentarían creencias significativamente más discriminatorias que la parte de la muestra que sí tiene personas cercanas con esta enfermedad, hipótesis que podríamos confirmar tras la obtención de los resultados, ya que al dividir la muestra bajo la variable relacionada con tener o no un familiar y/o amigo/a cercano/a con esquizofrenia, la totalidad de ítems que han resultado significativos han mostrado creencias más discriminatorias por parte de los/las participantes que no conocen personas con dicha enfermedad mental. Estos resultados concuerdan con otros estudios donde se afirma que la familiaridad con las personas con enfermedades mentales parece estar muy asociada con las actitudes hacia este grupo (Link y Cullen, 1986; Penn et al., 1994; Holmes et al., 1999; como se citó en Corrigan et al., 2001).

De forma más concreta, el ítem que mayor impacto ha mostrado en la comparación de medias entre los grupos ha sido “Me costaría relacionarme con una persona diagnosticada de esquizofrenia” (ítem 8, Tabla 1); seguido de tres ítems (ítems 3, 5 y 6, Tabla 1) que muestran creencias discriminatorias al tratar aspectos relacionados sobre todo con el ámbito laboral, la calidad de vida de las personas afectadas y su peligrosidad. En este sentido, gran parte de la bibliografía respalda este tipo de creencias haciendo referencia a la forma en que se ha dado a conocer y se ha tratado la enfermedad mental, siendo los canales de noticias y los medios de comunicación una de las principales y más notorias fuentes de discriminación, ya que a menudo

describen a los pacientes como impredecibles, violentos y peligrosos (Steadman y Coccozza, 1978), sin informar posteriormente de que gran parte de la violencia que se puede atribuir a enfermedades mentales como parte de la violencia general en la comunidad es muy pequeño (Monahan, 1997; como se citó en Arboleda-Florez, J., 2003), y donde las víctimas de estas agresiones son en más ocasiones quienes padecen la enfermedad mental y no la población general (Esbec y Echeburúa, 2016). De hecho, son los formatos audiovisuales como el cine los que muchas veces tienen más repercusión en la sociedad, siendo los familiares de los enfermos mentales quienes afirman que la forma en que se les representa en las películas es el factor que más contribuye a la estigmatización (Wahl y Harman, 1989).

Por otra parte, aquellos ítems en los que el tamaño de la relación entre la creencia y el tener o no un familiar con esquizofrenia, aunque significativo, era todavía entre mediano y pequeño, también han permitido extraer conclusiones interesantes que corroboran nuevamente la bibliografía existente. Entre otros, han resultado significativos ítems como “Entiendo que el acceso a un empleo o a una vivienda sea más complicado en personas con esquizofrenia, ya que hay que comprobar sus capacidades y es importante asegurarse de que están completamente sanas” (ítem 9, Tabla 1) o “Si tuviera que disponer de un/a “canguro” que cuidara de mis hijos/as o alguien que me ayudara con la limpieza de casa no tendría problema en que fuese una persona que ha sufrido algún brote de esquizofrenia” (ítem 4, Tabla 1), corroborando así el estudio de Angermeyer y Matschinger (1995) en el que afirman que la población general rechazaría entablar relaciones sociales particulares como compartir piso con alguien con esquizofrenia, recomendar a una persona con esquizofrenia para un trabajo o hacer que cuide de sus hijos.

Por todo ello es que, las personas que viven la enfermedad desde dentro o pueden conocerla de primera mano, luchan por combatir el estigma asociado a la esquizofrenia y

reivindican la necesidad de que a los pacientes con esta patología se les trate de la misma forma que a otras personas, ya que es el propio sistema de salud y la actitud de carácter discriminatorio de los gobiernos quienes no dan un servicio óptimo y reducen cada vez más los recursos destinados a la salud mental, dejando de tener en cuenta también la falta de campañas de prevención e información (Wagner, Geidel, Torres- González y King, 2008; como se citó en Roca, 2015).

Sin embargo, en contraposición a lo expuesto en la primera hipótesis, la bibliografía relacionada con la vivencia de familiares y/o amigos cercanos a una enfermedad como es la esquizofrenia, también plantea que puede ser el propio entorno quien se convierta en una importante fuente de estigmatización (Wahl, 1999), debido a que las reacciones y las respuestas por su parte pueden relacionarse con el rechazo y la hostilidad. En este sentido, la carga del cuidado puede comportar repercusiones negativas, muchas veces asociadas a actitudes de ocultación y negación como estrategia de afrontamiento (Magliano et al., 1998), lo que conlleva nuevamente a perpetuar el estigma.

Una solución preventiva al desbordamiento o agotamiento del entorno cercano es la información y la atención a familiares y cuidadores: en las enfermedades como la esquizofrenia es primordial que las familias reciban desde el primer momento la información oportuna respecto a la enfermedad, siendo completamente conscientes tanto de las consecuencias que puede comportar, así como del apoyo que suponen tanto para el paciente como para el tratamiento en sí, ya que forman parte de este. De hecho, los familiares de personas con esquizofrenia mejor informados respecto al trastorno comprenden en mayor medida al enfermo y tienden a ser menos críticos con este, siendo ese conocimiento un paso importante para que las familias puedan

manejar mejor la enfermedad, disminuyendo los niveles de emoción expresada y particularmente la hostilidad (Phillips, 2000; como se cita en Roca, 2015).

En segundo lugar, se consideró una segunda hipótesis en la que se determinó que aquellas personas que se dedican al ámbito de la salud están más concienciadas con la reinserción de personas con esquizofrenia, por lo que sus creencias no son tan discriminatorias al compararlas con personas que no tienen ninguna relación educativa ni laboral con dicho sector. De la misma forma que en el supuesto anterior, la totalidad de los ítems significativos al dividir la muestra bajo la variable tener o no relación con el ámbito de la salud, han confirmado creencias menos discriminatorias por parte de las personas que están trabajando o se han formado en este ámbito que aquellas personas que no lo están.

Al contrastar esta hipótesis, la creencia o ítem donde la diferencia entre los grupos ha resultado más significativa ha sido “Aunque una persona diagnosticada de esquizofrenia reciba tratamiento, el curso de esta enfermedad es devastador en cualquiera de los casos” (ítem 14, Tabla 2), seguido de “No creo aconsejable que una persona con esquizofrenia viva sola sin supervisión” (ítem 13, Tabla 2). El resto de ítems que han mostrado mayor diferencia entre grupos están relacionados principalmente con la calidad de vida, la autonomía y la peligrosidad, donde las personas que sí trabajan o se han formado en el ámbito de la salud se muestran menos de acuerdo frente al estigma, que se reflejaría en creencias del tipo “Una enfermedad como la esquizofrenia no permite llevar una vida normal y corriente” (ítem 8, Tabla 2), “Las personas con esquizofrenia no deberían ir solas sin supervisión por la calle” (ítem 1, Tabla 2) o “Es mejor que las personas con esquizofrenia no trabajen con menores” (ítem 2, Tabla 2), entre otras. Todo ello podría apoyar que el miedo a las enfermedades mentales no está relacionado solo con el comportamiento que a veces demuestran las personas afectadas, sino que también está

relacionado con la propia etiqueta y con las consecuencias que se derivan de la enfermedad (Arboleda-Flórez, 2003). De hecho, en un estudio de Magliano, Petrillo, Ruggiero y Schioppa (2018), observaron que tan solo con cambiar la etiqueta del trastorno, es decir, dejar de llamarle *esquizofrenia*, para llamarle *psicosis*, tenía efectos beneficiosos sobre las creencias de futuros profesionales de la salud mental acerca de las personas que reciben este diagnóstico, pudiendo representar esta pequeña alternativa un primer paso para avanzar en la reconceptualización de la esquizofrenia, aún sabiendo que el término *psicosis* no está completamente libre de estigma (Carpenter, 2016).

Durante la interpretación de los resultados para este supuesto, se ha visto que aquí también juega un papel determinante la familiaridad con la enfermedad, al igual que se comentaba anteriormente con los datos referidos a la primera hipótesis. Quizás por ello sea esta la variable que más ítems con diferencias significativas ha reportado. Sin embargo, aquí la bibliografía también aporta un doble filo, ya que algunos autores plantean que altos niveles de conocimiento pueden coexistir con altos niveles de prejuicios y estereotipos negativos, es decir, educar y enseñar sobre el modelo biológico de la esquizofrenia puede aumentar los conocimientos en este sentido, pero no tiene por qué aumentar la comprensión hacia las personas que padecen dicha enfermedad, por lo que puede llegar incluso a intensificar la distancia social (Arboleda-Flórez, 2003). Algunos estudios sobre las actitudes de los profesionales de la salud mental han demostrado que las creencias de estos no difieren en gran medida de las de la población general (Schulze, 2007), e incluso los resultados del estudio de Jensen, Vendsborg, Hjorthøj y Nordentorft (2017) demuestran que, pese a que los profesionales de la salud creían tener actitudes más positivas frente a la enfermedad mental, muchos de los participantes empleados de servicios sociales a menudo no reconocían el problema de una persona como una

enfermedad médica real, cosa que podría significar un retraso en el tratamiento, además de presentar actitudes negativas hacia la posibilidad de que las personas con enfermedades mentales adquieran un empleo. Por tanto, es muy importante que, aun conociendo las características de la esquizofrenia y sabiendo tratar los síntomas que puede provocar, los pacientes no se conviertan solamente en la urgencia de la sintomatología más llamativa, como pueden ser las alteraciones del contenido del pensamiento, la conducta desorganizada o los engaños perceptivos, sino que se tengan también en cuenta otras necesidades sin caer en los estereotipos y el estigma extendidos. Varios autores están de acuerdo en que una atención humanizada, donde se dé una participación activa en el tratamiento por parte de las personas afectadas, puede mejorar su autoestima y su salud general (Hamann, Cohen, Leucht, Busch y Kissling, 2005), lo que concuerda también con el artículo de Priebe et al. (2007), donde afirman que la conversación y la escucha activa en pacientes con esquizofrenia mejoran su calidad de vida.

Finalmente, lo que sí comparten y donde coinciden los familiares y los profesionales de la salud mental es que el estigma fruto de la esquizofrenia va más allá de la individualidad del paciente, tratándose de un problema que llega hasta las instituciones y los aspectos más estructurales de la sociedad, siendo el papel de las administraciones y los servicios de salud de vital importancia (Schulze y Angermeyer, 2003).

En cuanto a la tercera hipótesis, al no tener referencias relacionadas con la diferencia de creencias entre hombres y mujeres respecto a la reinserción de personas con esquizofrenia, no se estimó la existencia de diferencias significativas al comparar las medias entre ambos grupos. Sin embargo, pese a que se trata del análisis de datos donde menos diferencias significativas se han encontrado, cuatro de las afirmaciones planteadas en el cuestionario sí han mostrado diferencias claras entre hombres y mujeres, siendo en todas ellas mayor la discriminación en hombres que en

mujeres. En concreto, el ítem que mayor diferencia de las medias evidencia es “Es posible que las personas con esquizofrenia consigan mucha autonomía e independencia gracias a la rehabilitación” (ítem 2, Tabla 3), donde los hombres se han mostrado significativamente menos de acuerdo que las mujeres con este ítem. Otro de los ítems que llama la atención dentro de este análisis es “Si dirigiera una empresa no tendría problema en contratar a una persona con esquizofrenia” (ítem 1, Tabla 3), ya que ambos grupos se muestran bastante indecisos respecto a esta afirmación, pero finalmente también son las mujeres quienes se muestran más de acuerdo frente a dicho ítem, mientras que los hombres se muestran más cercanos a la opción de respuesta “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”.

Como se puede observar, las diferencias entre hombres y mujeres se han basado sobre todo en los ítems relacionados con la autonomía de las personas con esquizofrenia, dejando entrever también las creencias en cuanto a las oportunidades laborales. En este sentido, se ha visto que el estigma y la discriminación son obstáculos importantes para la divulgación de enfermedades mentales en el lugar de trabajo (Lang, Rüsçh, Brieger y Hamann, 2020). En gran parte de los casos, revelar la enfermedad mental al estar buscando trabajo, reduce notablemente las posibilidades de entrar en una empresa (Rüsçh et al., 2018), mientras que decidir contarlo en el trabajo siendo ya empleado, supone en muchas ocasiones ser tratados de manera diferente o injusta, perder credibilidad ante los superiores y compañeros, así como convertirse en el centro de todas las conversaciones (Brohan et al., 2012).

Es por ello que gran parte de las investigaciones apuntan que las personas afectadas por una enfermedad de salud mental como puede ser la esquizofrenia, parten de la idea preconcebida de no decirlo en el trabajo, sobre todo por miedo al estigma asociado (Toth y Dewa, 2014).

Sin embargo, uno de los factores que cobra más relevancia al analizar estos resultados, son las diferencias entre hombres y mujeres, ya que como se ha comentado, en la totalidad de los ítems significativos es el género masculino quien presenta creencias más discriminatorias. En este sentido, aunque no se han encontrado datos que respalden esta afirmación, sí podemos encontrar la realidad laboral de las personas con esquizofrenia. Según datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (2020) respecto del año 2019, la tasa de empleo de las personas con problemas de salud mental es del 16,9%, siendo estos datos inferiores a los del año anterior y encabezando nuevamente el primer puesto en cuanto al tipo de patología que más alta tasa de desempleo sufre en España al compararse con otras formas de discapacidad. Por ello, es aquí donde se plantean preguntas del tipo: ¿Es esto problema de las personas afectadas que no consiguen integrarse? ¿Estamos fallando en el tipo de intervención? ¿O es que no se generan y proponen puestos de trabajo con perfiles adaptados? Seguramente es esta última pregunta la que puede relacionar identidad sexual y ámbito laboral, ya que según el informe del Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad, 2009), tan solo el 22,92% del total de empresarios/as en España son mujeres, siendo la presencia de estas en comités y puestos relacionados con la toma de decisiones del 5% frente a las tasas de los hombres, independientemente de que sean ellas las que poseen una formación más completa.

De esta forma, es muy probable que una creencia arraigada en la sociedad sea pensar en la figura del emprendedor o del empresario bajo una identidad masculina, por lo que también son ellos los que se preocupan en mayor medida por los puestos de trabajo y quiénes forman las plantillas de las empresas, mostrando al mismo tiempo mayor nivel de discriminación ante colectivos considerados más vulnerables.

Un dato curioso ha sido que, en contraposición a los resultados obtenidos, el estudio danés ya citado anteriormente, encontró en sus resultados que las mujeres eran quienes presentaban actitudes más negativas en cuanto a la posibilidad de que las personas con esquizofrenia consiguieran trabajo, lo que concluían podría tener consecuencias importantes debido a que gran parte de los empleados de servicios sociales eran mujeres (Jensen, Vendsborg, Hjorthøj y Nordentorft, 2017).

Sea como fuere, se ha comprobado también que, aunque el trabajo puede ser un factor de estrés añadido para personas que sufren una enfermedad mental, si la relación con dicho puesto laboral es sana, conlleva gran estabilidad y sensación de responsabilidad y satisfacción, demostrando que el empleo competitivo está asociado con una mejor salud mental y calidad de vida (Jäckel et al., 2017), siempre y cuando se den los apoyos oportunos y suficientes para el buen desempeño de la persona afectada. Por ello, es importante que se generen más puestos de trabajo adaptados y acondicionados a las necesidades de personas con discapacidad, resultando vital la cooperación entre los servicios de salud mental y las empresas empleadoras para fomentar el reingreso de los pacientes en el mercado laboral.

Finalmente, un punto de unión que relaciona todos los aspectos vistos en este trabajo y que mejoraría en gran medida las creencias discriminatorias asociadas a la enfermedad mental es, sin duda, la necesidad de implantar nuevas formas de promoción y educación sobre las enfermedades mentales, sobre todo de la esquizofrenia, con el objetivo de prevenir y conocer mejor la enfermedad, dando pautas en las que se conozcan los puntos fuertes y débiles de la interacción con las personas que la padecen sin tener la sensación de miedo o peligrosidad que predomina habitualmente al hablar sobre este tipo de patologías. Sin embargo, este tipo de mitos nacen siempre del prejuicio y la ignorancia, los cuales tan solo se pueden derribar mediante una

mejor educación del público en general, desde los más pequeños hasta edades adultas donde se den a conocer tanto las causas biológicas de la enfermedad como los aspectos relacionados con el tratamiento y el curso de esta. Para ello, las campañas y programas antiestigma que involucren pacientes y familiares son fundamentales para que los intentos de combatir el estigma tengan éxito, además de ser recíproco para estas, ya que generan una sensación de empoderamiento que puede mejorar su autoestima y movilizar sus habilidades para afrontar dicho estigma (Schulze y Angermeyer, 2003).

CONCLUSIÓN

Este trabajo ha tratado de observar cuál es la realidad de las personas con esquizofrenia a la hora de reintegrarse en la sociedad, poniendo el foco de atención en las creencias de la población general para dar lugar a la inclusión de este colectivo. De forma más concreta, el objetivo principal era identificar la parte de dicha población que más desconocen la enfermedad mental o más creencias discriminatorias presentan hacia las personas con esquizofrenia con la finalidad de ver qué grupos necesitan más educación y aprendizaje al respecto y, por tanto, saber hacia dónde podrían ir guiadas las campañas antiestigma para que sean estas más efectivas.

Tras la realización de este estudio, se ha visto que los hombres y aquellas personas que no se dedican al ámbito de la salud y que no tienen familiares y/o amigos/as cercanos/as que padecen esquizofrenia, son los colectivos que más podrían beneficiarse de los programas antiestigma, ya que se trata de los grupos que más creencias discriminatorias han presentado. En general, los resultados han mostrado que aquellas personas que no se han formado o no se dedican al ámbito de la salud son las que más educación necesitan al respecto, ya que es donde más diferencias significativas se han encontrado, confirmando así la hipótesis planteada inicialmente. Sin embargo, pese a que el conocimiento de patologías como la esquizofrenia

favorece las creencias inclusivas de las personas afectadas, no siempre es un aspecto que juegue a favor, ya que se puede caer en la deshumanización de la intervención y el tratamiento del paciente como objeto (Roca, 2015).

De forma muy similar ocurre con las personas que tienen un familiar y/o amigo/a cercano/a con esquizofrenia, ya que pese a que estas personas son las primeras en luchar por los derechos y la búsqueda de la igualdad para sus conocidos afectados, en muchas ocasiones se convierten en una fuente de estigma, ya que la carga que soportan respecto al cuidado y el propio estigma que también sufren por asociación, hacen que puedan caer en el autoritarismo (tratar a las personas con enfermedades mentales como inferiores) y la benevolencia (ser amables con los desafortunados) como formas de ver al familiar y/o amigo/a con esquizofrenia, tal y como comentan Corrigan et al. (2001) en su estudio.

Por último, la variable que menos diferencias significativas ha presentado ha sido la relacionada con la identidad sexual, sin dejar de ser relevante que la totalidad de los ítems significativos muestran mayores creencias discriminatorias por parte de los hombres, lo que se podría relacionar con el machismo empresarial (más del 70% de los empresarios que dirigen las empresas son hombres según el informe del Instituto de la Mujer, 2009) y la falta de puestos laborales adaptados a colectivos más vulnerables que requieran de este tipo de ayudas para reintegrarse en la sociedad.

También cabe destacar que, para hablar de recuperación no solo se ha de tener en cuenta la sintomatología clínica y sus criterios, sino que también ha de darse una mejora en el trabajo y el funcionamiento social y adaptativo (Chan, Mak, Chio y Tong, 2018), por lo que trabajar todos los aspectos de la vida de las personas enfermas, tal y como plantea el enfoque comunitario, es esencial para hablar en términos de recuperación. Sin embargo, lo cierto es que la esquizofrenia

conduce a la discapacidad en aproximadamente la mitad de los pacientes (Murray y López, 1996), tan solo el 20% de las personas con esquizofrenia pueden trabajar en el mercado laboral primario, y solo alrededor del 30% puede mantener una relación estable (Häfner y an der Heiden, 2007; como se citó en Popovic et al., 2019). Por todo ello, es una necesidad que las campañas de educación pública y los servicios psiquiátricos que atienden este tipo de usuarios, así como las fundaciones y organizaciones que destinan recursos a este colectivo, lleven a cabo acciones que consigan alterar y minimizar el estigma asociado a los trastornos mentales, proporcionando mejores programas de educación pública sobre la promoción y prevención de la salud mental. Del mismo modo, es interesante que se tomen decisiones políticas con intención de subsanar los desequilibrios estructurales incorporados en las regulaciones legales, así como controlar las representaciones de los medios de comunicación, eliminando todas aquellas que puedan resultar devaluantes e hirientes.

Finalmente, es importante que dentro de las intervenciones de las personas diagnosticadas de esquizofrenia, se trabaje el autoestigma, ya que puede representar una barrera potente para el funcionamiento de las personas afectadas, pudiendo inclinarlas a creer que no son miembros iguales de sus comunidades y a tener profecías autocumplidas de fracaso (Ritsher, Otilingam y Grajales, 2003; Warner, Taylor, Powers y Hyman, 1989; Wright, Gronfein y Owens, 2000; como se citó en Lysacker et al., 2012), mostrando también las consecuencias de esta internalización del estigma al resto de la sociedad.

Entre las principales limitaciones que se han encontrado al elaborar el estudio, ha destacado sobre todo la dificultad para encontrar artículos que reflejasen o contrastasen hipótesis relacionadas a este, ya que la mayoría de las investigaciones hablan del estigma hacia las personas con esquizofrenia de manera general, pero no lo asocian a colectivos específicos dentro

de la sociedad ni a las creencias de esta hacia la reinserción de las personas afectadas. Por ello, ha resultado complicado en ocasiones contrastar los resultados obtenidos con la bibliografía existente, sumado a esto que muchas otras investigaciones no solo hablan de esquizofrenia, sino que generalizan con términos como “trastornos mentales”, “enfermedades de salud mental” o engloban la esquizofrenia con otras patologías como, por ejemplo, la depresión. Del mismo modo, al no disponer de bibliografía tan acotada a nuestra pregunta de investigación, también se han encontrado dificultades en la elaboración del cuestionario, ya que era complicado encontrar ítems que reflejaran adecuadamente el estigma o el tipo de creencias que resultarían discriminatorias para cada una de las variables establecidas o aspectos de interés.

Otra de las dificultades más significativas ha sido la antigüedad de los estudios, ya que, aunque hay estudios recientes que hablan sobre esquizofrenia y el estigma relacionado, muchos de estos se basan en bibliografía anterior a la que también se ha acabado recurriendo, lo que hace que el trabajo no disponga de una base científica tan actualizada. Por último, un aspecto que ha limitado la obtención de resultados que se puedan generalizar a gran escala, ha sido el tamaño de la muestra, ya que este ha sido bastante reducido, sobre todo a la hora de dividir los grupos según las variables planteadas, resaltando la diferencia existente entre el número de hombres y mujeres que han participado en la cumplimentación de la encuesta.

En cuanto a aspectos que se pueden mejorar de cara a próximas investigaciones y otras líneas sobre las que se puede poner el foco de atención, sería interesante aumentar el tamaño de la muestra, tratando de que esta fuera un poco más equitativa a la hora de dividirla en diferentes grupos (en este caso, al dividirla en función de las variables independientes), por ejemplo, conseguir un número más similar de mujeres y hombres participantes. Asimismo, también sería una mejora notoria la elaboración de un cuestionario donde sus ítems estuvieran agrupados por

temas de interés: ámbito laboral, ámbito familiar, relaciones sociales, etc. para así obtener resultados más concluyentes respecto a cada una de estas áreas. Esto permitiría también saber qué colectivos presentan mayores creencias de discriminación hacia qué ámbitos concretos.

Por otra parte, sería interesante estudiar no solo acerca de las creencias de la población sobre la reinserción de las personas con esquizofrenia, sino también si son conscientes de la repercusión o las consecuencias que puede conllevar tener este tipo de creencias discriminatorias, ya que todo ello repercute en el estigma y autoestigma del que se ha hablado a lo largo del trabajo. En este punto, y centrándonos en la población que trabaja en salud mental, se podría estudiar el burnout asociado a trabajar bajo estas características laborales y si están atendidos correctamente para aliviar esta carga, ya que de ellos/as depende que la atención a las personas afectadas sea adecuada y esté motivada hacia la recuperación.

Junto a esto, tal y como se comenta en otros estudios, podría ser revelador comprobar desde el punto de vista de las personas afectadas, cómo viven ellas la existencia de este tipo de creencias discriminatorias por parte de la sociedad y, sobre todo, por parte de colectivos tan cercanos a ellos como pueden ser el personal sanitario o sus familiares. Incluso sería muy interesante estudiar acerca de la estabilidad del autoestigma: ver hasta qué punto las creencias negativas sobre uno mismo hacen que la propia enfermedad mental persista.

Podría ser un objetivo a gran escala que los resultados obtenidos en próximas investigaciones se pudieran traducir en programas de educación sobre las enfermedades de salud mental, así como campañas de promoción y prevención de las mismas.

REFERENCIAS

- Angermeyer, M. C. y Matschinger, H. (1995). Violent attacks on public figures by persons suffering from psychiatric disorders: Their effect on social distance towards the mentally ill. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 245, 159-164. doi: 10.1007/bf02193089
- Arboleda-Flórez, J. (2003). Considerations on the Stigma of Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10), 645-650.
- Base de Datos Clínicos de Atención Primaria – BDCAP. (2020). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria*. Recuperado de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria.
- Brohan, E., Henderson, C., Wheat, K., Malcolm, E., Clement, S., Barley, E. A., Slade, M., y Thornicroft, G. (2012). Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry*, 12(1). doi:10.1186/1471-244x-12-11.
- Campo-Arias, A. y Herazo, E. (2015). El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 243-250. doi: 10.1016/j.rcp.2015.04.003
- Carpenter, W. T. (2016). Shifting Paradigms and the Term Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 42(4), 863–864. doi: doi:10.1093/schbul/sbw050
- Chan, R. C. H., Mak, W. W. S., Chio, F. H. N. y Tong, A. C. Y. (2018). Flourishing with Psychosis: A prospective examination on the interactions between clinical, functional,

- and personal recovery processes on well-being among individuals with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 44, 778-786. doi: 10.1093/schbul/sbx120
- Corrigan, P.W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2), 201-222. doi:10.1016/s1077-7229(98)80006-0
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., y Penn, D. L. (2001). Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 219-225.
- Dixon, L., Adams, C. y Lucksted, A. (2000). Update on Family Psychoeducation for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 5-20.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 70-79. doi: 10.1016/j.apj.2015.12.001
- Goghari, V. M., Sponheim, S. R. y MacDonald, A. W. (2010). The functional neuroanatomy of symptom dimensions in schizophrenia: A qualitative and quantitative review of a persistent question. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34, 468-486. doi:10.1016/j.neubiorev.2009.09.004
- Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R. y Kissling, W. (2005). Do Patients with Schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *American Journal of Psychiatry*, 162, (12), 2382-2384. doi:10.1176/appi.ajp.162.12.2382
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J. y Kubiak, M. A. (1999). Changing Attitudes About Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 447-456. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033392
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). El empleo de las Personas con Discapacidad (EPD). Recuperado de

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736055502&menu=ultiDatos&idp=1254735976595

- Jäckel, D., Kupper, Z., Glauser, S., Mueser, K. T. y Hoffmann, H. (2017). Effects of Sustained Competitive Employment on Psychiatric Hospitalizations and Quality of Life. *Psychiatric Services*, 68(6), 603-609.
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 67-77. Recuperado en 3 de junio de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352004000100005&lng=es&tlng=es
- Jensen, K. B., Vendsborg, P., Hjorthøj, C. y Nordentoft, M. (2017). Attitudes towards people with depression and schizophrenia among social service workers in Denmark. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(3), 165-170. doi: 10.1080/08039488.2016.1197309
- Lally, S. J. (1989). “Does Being in Here Mean There Is Something Wrong With Me?”. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 253–265. doi:10.1093/schbul/15.2.253
- Lang, A., Rüschi, N., Brieger, P. y Hamann, J. (2020). Disclosure Management when returning to work after a leave of absence due to mental illness. *Psychiatric Services*, 71, 855-857. doi:10.1176/appi.ps.201900617
- Leff, J. y Gamble, C. (1995). Training of Community Psychiatric nurses in Family Work for Schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 24(3), 76-88. doi:10.1080/00207411.1995.11449320
- Link, B. G. y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363

- Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P. y Roe, D. (2008). Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 194–200. doi:10.1016/j.schres.2007.09.035
- Lysaker, P. H., Tunze, C., Yanos, P. T., Roe, D., Ringer, J. y Rand, K. (2012). Relationships between stereotyped beliefs about mental illness, discrimination experiences, and distressed mood over 1 year among persons with schizophrenia enrolled in rehabilitation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 849-855. doi:10.1007/s00127-011-0396-2
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Xavier, M., Held, T., Guarneri, M., Marasco, C., Tosini, P. y Maj, M. (1998). Social and Clinical factors influencing the choice of coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(9), 413-419. doi:10.1007/s001270050074
- Magliano, L., Petrillo, M., Ruggiero, G., y Schioppa, G. (2018). Schizophrenia and psychosis: Does changing the label change the beliefs? *Schizophrenia Research*, 193, 482-483.
- Ministerio de Igualdad, Instituto de la Mujer. (2009). *Mujeres y poder empresarial en España*. Madrid, España: Gobierno de España.
- Murray, C. J. y Lopez, A. D. (1996). Evidence-based health policy—lessons from the global burden of disease study. *Science* 274, 740–743. doi: 10.1126/science.274.5288.740
- Navarro, N. (2013). Esquizofrenia e intervención familiar en España: Una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Psychology, Society, & Education*, 5(2), 139-150.

Organización Mundial de la Salud. (4 de octubre de 2019). *Esquizofrenia*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Petkari, E. (2010). *Determinantes longitudinales de calidad de vida en esquizofrenia: un análisis prospectivo del estudio EUNOMIA*. [Tesis de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría, Universidad de Granada]

Popovic, D., Schmitt, A., Kaurani, L., Senner, F., Papiol, S., Malchow, B., Fischer, A., Schulze, T.G., Koutsouleris, N., y Falkai, P. (2019). Childhood Trauma in Schizophrenia: Current Findings and Research Perspectives. *Frontiers in Neuroscience*, 13(274). doi: 10.3389/fnins.2019.00274

Priebe, S., McCabe, R., Amp, J. B., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Rössler, W., Salize, H., Svensson, B., Torres-Gonzales, F., Van Den Brink, R., Wiersma, D. y Wright, D. J. (2007). Structured patient-clinician communication and 1-year outcome in community mental healthcare: Cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 191(5), 420-426. doi:10.1192/bjp.bp.107.036939

Roca, M.D. (2015). *Estigma y cuidado principal en la persona con esquizofrenia* [Trabajo de Fin de Máster, Universidad Jaume I de Castellón].

Rüsch, N., Corrigan, P. W., Waldmann, T., Staiger, T., Bahemann, A., Oexle, N., Wigand, M. y Becker, T. (2018). Attitudes toward disclosing a mental health problem and reemployment: a longitudinal study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(5), 383-385. doi: 10.1097/NMD.0000000000000810

Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137–155. doi: 10.1080/09540260701278929

- Schulze, B. y Angermeyer, C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56, 299-312.
- Silva, M. A. y Restrepo, D. (2017). Recuperación funcional en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1-9. doi: 10.1016/j.rcp.2017.08.004
- Steadman, H. y Coccozza, J. (1978). Selective reporting and the public misconceptions of the criminally insane. *Public Opinion Quarterly*, 41(523–533). doi: 10.1086/268412
- Tirupati, S. y Ramachandran, P. (2019). Schizophrenia, recovery and the individual-cultural considerations. *Australasian Psychiatry*, 1-3. doi: 10.1177/103985621988932Q
- Toth, K. y Dewa, C. (2014). Employee Decision-Making about disclosure of a mental disorder at work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(4), 732-746. doi:10.1007/s10926-014-9504-y
- Vaccaro, J. V., Liberman, R. P. y Roberts, L. J. (1992). Schizophrenia: From Institutionalization to Community Reintegration. En A. Kales, M. P. Chester y M. Greenblatt (Eds.), *The Mosaic of Contemporary Psychiatry in Perspective* (pp. 269-280). New York: Springer-Verlag.
- Van Os, J. y Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *The Lancet*, 374, 635-654.
- Wahl, O. F. (1999). Mental Health Consumers' Experience of Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-478. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033394
- Wahl, O. F., y Harman, C. R. (1989). Family Views of Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15(1), 131-139. doi: 10.1093/cshbul/15.1.131

ANEXOS

Anexo I

Creencias reinserción esquizofrenia

Inicio del bloque: Información y consentimiento

CREENCIAS ACERCA DE LA REINSERCIÓN DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA ¡Bienvenidx y muchas gracias por ayudarnos en este estudio!

A continuación, encontrarás una breve encuesta sobre creencias asociadas a la reinserción de personas con esquizofrenia. Antes de contestar es **IMPORTANTE** que sepas que:

- La encuesta es completamente anónima, confidencial y únicamente se utiliza con fines de investigación. El registro de tus respuestas en el cuestionario no contiene ninguna información de identificación, por lo que NO es posible conocer tu identidad a partir de tus respuestas.
- El estudio ha sido aprobado por el Comité de ética de la Universidad Jaume I.
- El único requisito es tener más de 18 años.
- No existen respuestas buenas ni malas, todas las respuestas son válidas. Por lo tanto, es fundamental que trates de responder a todas las preguntas que se plantean con total sinceridad.
- No existe un beneficio económico por participar en esta encuesta; sin embargo, conocer tu experiencia como participante podría ayudarnos a plantear cambios en el manejo de enfermedades como la esquizofrenia en el futuro.
- La duración aproximada es de 12-15 minutos. Puedes abandonar el estudio cuando lo consideres o retirarte durante el estudio y volver a entrar en cualquier momento para continuar contestando la escala.
- Esta encuesta se mostrará mejor en un ordenador, ya que algunas características pueden ser menos compatibles en un dispositivo móvil. Si se utiliza un móvil, se recomienda ponerlo en posición horizontal para rellenar los cuestionarios.
- La investigadora principal de este estudio es Alba López, por lo que si te surge cualquier duda puedes ponerte en contacto por correo electrónico a la siguiente dirección: al313919@uji.es

SI ESTÁS CONFORME CON TODO LO EXPUESTO ANTERIORMENTE, PULSA EL BOTÓN EN EL QUE INDICA "PRESTO LIBREMENTE MI CONFORMIDAD" A CONTINUACIÓN, PARA QUE LOS DATOS QUE SE PUEDAN DERIVAR DE ELLO PUEDAN SER UTILIZADOS PARA LA DIVULGACIÓN CIENTÍFICA.

Agradecemos tu colaboración.

- Confirmando que soy mayor de edad y presto libremente mi conformidad para participar en el estudio. (1)
- NO soy mayor de edad o NO presto libremente mi conformidad para participar en el estudio. (2)

*Saltar a: Fin de encuesta Si CREENCIAS ACERCA DE LA REINSERCIÓN DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA
¡Bienvenidx y muchas gracias por... = NO soy mayor de edad o NO presto libremente mi conformidad para
participar en el estudio.*

*Saltar a: Fin del bloque Si CREENCIAS ACERCA DE LA REINSERCIÓN DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA
¡Bienvenidx y muchas gracias por... = Confirmo que soy mayor de edad y presto libremente mi conformidad para
participar en el estudio.*

Fin del bloque: Información y consentimiento

Inicio del bloque: Sociodemográficos

Indica tu edad (años):

▼ 18 (1) ... 105 (90)

¿Cuál es tu identidad sexual biológica?

- Masculina (1)
- Femenina (2)
- Intersexual (3)
-

¿Con qué identidad de género te identificas?

▼ Mujer (1) ... Otra (16)

Mostrar esta pregunta:

If ¿Con qué identidad de género te identificas? = Otra

Indica a qué identidad de género te refieres con "Otra"

Fin del bloque: Sociodemográficos

Inicio del bloque: ITEMS

A continuación aparecerán una serie de afirmaciones para las que tendrás que indicar el grado de acuerdo o desacuerdo en el que te encuentras respecto a cada uno de los enunciados. No hay respuestas buenas o malas, por lo que te agradecemos que contestes con total sinceridad.

Las personas con esquizofrenia no deberían ir solas sin supervisión por la calle.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Si dirigiera una empresa no tendría problema en contratar a una persona con esquizofrenia.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Es mejor que las personas con esquizofrenia no trabajen con menores.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Las personas con esquizofrenia deberían tener una supervisión diaria por parte de algún profesional.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Podría elegir como pareja a una persona que ha sufrido algún brote de esquizofrenia.

- Totalmente en desacuerdo (1)
- Algo en desacuerdo (2)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
- Algo de acuerdo (4)
- Totalmente de acuerdo (5)

No me importaría ser amigo/a de una persona con esquizofrenia.

- Totalmente en desacuerdo (1)
- Algo en desacuerdo (2)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
- Algo de acuerdo (4)
- Totalmente de acuerdo (5)

En general, las personas con esquizofrenia son peligrosas.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Una persona que ha sufrido esquizofrenia no podría tener un trabajo normal.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Si tuviera algún/a compañero/a de trabajo diagnosticado/a de esquizofrenia me gustaría saberlo desde el principio.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (6)
-

Sería mejor que las personas con esquizofrenia no tuvieran descendencia, ya que se puede heredar.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Es importante fomentar la rehabilitación y recuperación de las personas con esquizofrenia.

- Totalmente en desacuerdo (1)
- Algo en desacuerdo (2)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
- Algo de acuerdo (4)
- Totalmente de acuerdo (5)

Es mejor que una persona con esquizofrenia viva con un familiar o una persona que le supervise aunque esté mejor, ya que nunca se sabe cuándo puede empeorar.

- Totalmente en desacuerdo (1)
- Algo en desacuerdo (2)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
- Algo de acuerdo (4)
- Totalmente de acuerdo (5)

Si tuviera que disponer de un o una "canguro" que cuidara de mis hijos/as o alguien que me ayudara con la limpieza de casa no tendría problema en que fuese una persona que ha sufrido algún brote de esquizofrenia.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Una enfermedad como la esquizofrenia no permite llevar una vida normal y corriente.

- Totalmente en desacuerdo (1)
- Algo en desacuerdo (2)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
- Algo de acuerdo (4)
- Totalmente de acuerdo (5)

Si me sintiera atraído/a por una persona con esquizofrenia trataría de alejarme.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Veo difícil la reinserción social y laboral de personas con esquizofrenia.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Me daría miedo tener un/a compañero/a de trabajo con esquizofrenia.

- Totalmente en desacuerdo (1)
- Algo en desacuerdo (2)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
- Algo de acuerdo (4)
- Totalmente de acuerdo (5)

No creo que las personas con esquizofrenia necesiten supervisión.

- Totalmente en desacuerdo (1)
- Algo en desacuerdo (2)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
- Algo de acuerdo (4)
- Totalmente de acuerdo (5)

Es posible que las personas con esquizofrenia consigan mucha autonomía e independencia gracias a la rehabilitación.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Aunque haya diferentes grados dentro de una enfermedad como es la esquizofrenia, no me gustaría tener un trato estrecho con personas diagnosticadas de esta patología.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Aunque una persona con esquizofrenia se encuentre bien/estable, no es algo que pueda mantenerse en el tiempo: tarde o temprano sufrirá un altibajo.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Una persona con esquizofrenia puede estar tan o más capacitada que cualquiera para realizar cualquier tipo de trabajo.

- Totalmente en desacuerdo (1)
- Algo en desacuerdo (2)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
- Algo de acuerdo (4)
- Totalmente de acuerdo (5)

No creo aconsejable que una persona con esquizofrenia viva sola sin supervisión.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Es normal sentir un poco de miedo/incertidumbre al hablar o conocer a una persona con esquizofrenia.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Las posibilidades laborales que tienen las personas con esquizofrenia son iguales a las del resto de personas, no creo que les sea más difícil conseguir trabajo.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (10)
-

Sería complicado para mí mantener una conversación tranquilamente y sin miedo con una persona con esquizofrenia.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Entiendo que un empresario no quiera tener en su plantilla a una persona con esquizofrenia.

- Totalmente en desacuerdo (1)
- Algo en desacuerdo (2)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
- Algo de acuerdo (4)
- Totalmente de acuerdo (5)

Una persona con un diagnóstico de esquizofrenia podría fácilmente tener una vida tan normal como la mía: relación con familiares, tener trabajo, tener pareja...

- Totalmente en desacuerdo (1)
- Algo en desacuerdo (2)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
- Algo de acuerdo (4)
- Totalmente de acuerdo (5)

Tener un compañero/a de trabajo con esquizofrenia supondría una carga laboral extra que no sé si sabría llevar bien.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Por mucho que se trabaje la autonomía de una persona con esquizofrenia, es muy difícil o casi imposible que consiga ser autónoma.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Con rehabilitación y reinserción es probable que una persona con diagnóstico de esquizofrenia encuentre trabajo.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Me costaría relacionarme con una persona diagnosticada de esquizofrenia.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Puede que una persona con esquizofrenia encuentre trabajo en algún momento, pero veo muy complicado que lo pueda mantener en el tiempo.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Sería interesante que se crearan puestos de trabajo especiales y específicos para personas con esquizofrenia: sería más fácil para ellas y su calidad de vida mejoraría.

- Totalmente en desacuerdo (1)
 - Algo en desacuerdo (2)
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 - Algo de acuerdo (4)
 - Totalmente de acuerdo (5)
-

Entiendo que el acceso a un empleo o a una vivienda sea más complicado en personas con esquizofrenia, ya que hay que comprobar sus capacidades y es importante asegurarse de que están completamente sanas.

- Totalmente en desacuerdo (1)
- Algo en desacuerdo (2)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
- Algo de acuerdo (4)
- Totalmente de acuerdo (5)

Es muy complicado que una persona con esquizofrenia mantenga adecuadamente a una familia con hijos/as aunque se medique, ya que esto conlleva muchas responsabilidades.

- Totalmente en desacuerdo (1)
- Algo en desacuerdo (2)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
- Algo de acuerdo (4)
- Totalmente de acuerdo (5)

Si tuviera algún problema con un/a compañero/a del trabajo que tiene esquizofrenia, preferiría no hablarlo con él/ella por si pudiera provocarle un brote de forma inesperada.

- Totalmente en desacuerdo (1)
- Algo en desacuerdo (2)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
- Algo de acuerdo (4)
- Totalmente de acuerdo (5)

Aunque una persona diagnosticada de esquizofrenia reciba tratamiento, el curso de esta enfermedad es devastador en cualquiera de los casos.

- Totalmente en desacuerdo (1)
- Algo en desacuerdo (2)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
- Algo de acuerdo (4)
- Totalmente de acuerdo (5)

Fin del bloque: ITEMS

Inicio del bloque: SociodemoExtra

¡MUCHAS GRACIAS POR CUMPLIMENTAR LA ENCUESTA!

Ahora tan solo te pedimos algunos datos sociodemográficos súper fáciles de rellenar que completan el estudio.

¿Cuál es tu país de nacimiento?

▼ España (163) ... Zimbabwe (1357)

¿Cuál es tu país de residencia actual?

▼ España (163) ... Zimbabwe (1357)

¿Cuál es el nivel máximo de escolarización que has superado?

- Sin ningún estudio formal (1)
- Educación primaria (4)
- Educación secundaria obligatoria (5)
- Bachillerato (6)
- Formación Profesional o Técnica, Ciclos Medios o Ciclos Superiores (7)
- Estudios Universitarios (8)
- Máster (9)
- Estudios de Doctorado (10)

¿Cuál es tu estado civil actual?

- Casado/a (1)
 - Viudo/a (4)
 - Divorciado/a o Separado/a (5)
 - Soltero/a (6)
 - En una relación pero no casado/a (7)
-

¿Cuál es tu situación laboral actual?

- Trabajador/a activo/a (1)
- Baja laboral temporal (4)
- Incapacidad laboral (5)
- Desempleado/a (6)
- Jubilado/a (7)
- Trabajador/a del hogar (8)
- Estudiante (9)

¿Cuál de las siguientes ocupaciones se asemeja más a aquella en la que trabajas actualmente o aquella en la que has recibido más formación?

▼ Ocupaciones militares (4) ... Otra (45)

Mostrar esta pregunta:

If ¿Cuál de las siguientes ocupaciones se asemeja más a aquella en la que trabajas actualmente o aqu... = Otra

Indica a qué tipo de ocupación te refieres con "Otra"

De las personas que son importantes para ti (familiares o amig@s cercan@s), ¿Cuántas tienen un diagnóstico de esquizofrenia?

▼ Ninguna (1) ... 15 o más (16)

Fin del bloque: SociodemoExtra

