

# **ESTIGMA SOCIAL Y AUTOESTIGMA EN LA ESQUIZOFRENIA**

**Autora:**

Raquel García González

**Tutores académicos:**

Pablo García Medina y Cristina Concepción Ramos Pérez

Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología

Trabajo de Fin de Grado de Psicología

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

2018/2019

Fecha de defensa: 21/06/2019

## ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>RESUMEN.....</b>                               | <b>3</b>  |
| <b>PALABRAS CLAVE.....</b>                        | <b>3</b>  |
| <b>ABSTRACT.....</b>                              | <b>4</b>  |
| <b>KEY WORDS.....</b>                             | <b>4</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN.....</b>                          | <b>5</b>  |
| Esquizofrenia en la sociedad.....                 | 5         |
| <b>Estigmatización de la esquizofrenia.....</b>   | <b>6</b>  |
| Mitos y estigma en la esquizofrenia.....          | 9         |
| Normalización, derecho y necesidad.....           | 10        |
| <b>MÉTODO.....</b>                                | <b>11</b> |
| Diseño.....                                       | 12        |
| Muestra.....                                      | 12        |
| Instrumentos.....                                 | 12        |
| Procedimiento.....                                | 14        |
| Análisis de datos.....                            | 15        |
| <b>RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS ANALIZADOS.....</b> | <b>15</b> |
| <b>DISCUSIÓN.....</b>                             | <b>24</b> |
| <b>CONCLUSIÓN.....</b>                            | <b>25</b> |
| <b>REFERENCIAS.....</b>                           | <b>26</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>                                | <b>28</b> |

## RESUMEN

Este estudio pretende mostrar el estigma social que padecen las personas con esquizofrenia, cómo lo perciben y la repercusión que tiene en la auto-estigmatización. Para ello, se utiliza un diseño correlacional prospectivo con el que se analiza la relación entre el estado de salud general, la percepción del estigma y la auto-estigmatización de las personas con esquizofrenia. Además, de un análisis de frecuencia y porcentaje de la variable “*conductas psicóticas*” y “*estigma*”. Dicho estudio se lleva a cabo en una muestra de 71 personas divididas en grupo con esquizofrenia, al que se aplicó los instrumentos CPES y GHQ28, y sin esquizofrenia, para los que se empleó los cuestionarios PS y CEPE. Los resultados de este estudio muestran que las personas con esquizofrenia perciben mayor estigmatización cuanto peor es la percepción de su estado de salud general, así como, una clara relación entre percibir el estigma social y mayor “*auto-estigmatización*”. En cuanto al estigma social emitido, no se encontraron datos significativos, pudiendo deberse a la homogeneidad de la muestra del grupo sin esquizofrenia y a la influencia de la rehabilitación psicosocial. Concluyendo que, las personas con esquizofrenia, perciben más el estigma social en función de su percepción de salud general, y dicha percepción propicia la auto-estigmatización.

**PALABRAS CLAVE:** Esquizofrenia, estigma social, auto-estigma, prejuicios, rehabilitación psicosocial.

## **ABSTRACT**

This study aims to show the social stigma suffered by people with schizophrenia, how they perceive it and the repercussion it has on self-stigmatization. It was used a prospective correlational design to analyze the relationship between the state of general health, the perception of stigma and the self-stigmatization of people with schizophrenia. In addition, an analysis of frequency and percentage of the variable "psychotic behaviors" and "stigma". For this study been used a sample of 71 people divided into groups with schizophrenia, to which the CPES and GHQ28 instruments were applied, and without schizophrenia, for which the PS and CEPE questionnaires were used. The results of this study show that people with schizophrenia perceive greater stigmatization the worse the perception of their general state of health, as well as, a clear relationship between perceiving social stigma and greater "self-stigmatization". Regarding the social stigma issued, no significant data were found, which may be due to the homogeneity of the group sample without schizophrenia and to the influence of psychosocial rehabilitation. Concluding that people with schizophrenia perceive social stigma more in terms of their perception of general health, and this perception encourages self-stigmatization.

**KEY WORDS:** Schizophrenia, social stigma, self-stigmatization, prejudice, psychosocial rehabilitation.

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo se circunscribe en el marco del concepto de estigmatización a que se ven sometidas las personas que padecen enfermedad mental. Es visible este efecto, tanto en profesionales como en la sociedad en general. Aunque es cierto que pueden darse efectos diferenciales en función del grado implicación, familiaridad, que se tenga con la persona afectada. Es parte de nuestros objetivos en este estudio. Profundizamos en parte, en el tipo de prejuicios desde dos puntos de vista: el de los que perciben a los afectados y el propio de los afectados. Analizaremos también el efecto modulador de la autopercepción en función del estado de salud general de éstos. Lo que llamamos auto-estigmatización.

El objetivo principal de esta investigación, es aportar información sobre la esquizofrenia, que barreras sociales se encuentran los afectados y como perciben el estigma de la sociedad en función de la diversidad y singularidad de cada caso, a través de la extracción de conclusiones orientadas a derribar mitos, reivindicar la importancia de la inclusión social en sus distintos niveles y los beneficios de la rehabilitación psicosocial.

### *Esquizofrenia en la sociedad*

La esquizofrenia se engloba dentro de los trastornos psicóticos. Esta se manifiesta con psicosis severa y debilitante, provocando la pérdida de contacto con la realidad, separando sus sentimientos de sus pensamientos y encontrándose con la dificultad de no poder integrarlos. Esto origina problemas para distinguir entre lo real y lo fantástico, dificultando el pensamiento lógico, el dominio de las emociones y la capacidad para relacionarse con los demás.

En dicha enfermedad, se ven deterioradas facultades como la memoria inmediata, la voluntad, la iniciativa y el poder de concentración queda seriamente dañado, lo que provoca la ruptura del rol social del afectado y de sus relaciones personales.

La esquizofrenia presenta gran variedad de síntomas que pueden encontrarse también en otras enfermedades, por lo que ninguno es específico de ella y por este motivo, hace aún más difícil su diagnóstico (López-Ibor, 2002).

Ésta, cursa con brotes que se alternan con periodos de estabilidad, cuyas manifestaciones oscilan entre dos grandes grupos: síntomas positivos y síntomas negativos, que nada tienen que ver con ser “buenos” o “malos”. Sino con sus características particulares (López- Ibor, 2002).

Actualmente, se **desconocen las causas de la esquizofrenia**, aunque las líneas de investigación seguidas hasta ahora, dan especial relevancia a factores ambientales, que marcan la experiencia personal e influyen en la modificación de factores biológicos, dependiendo de cómo estos interactúen (Kelly et al., 2010).

Además, se menciona la disfuncionalidad de los neurotransmisores en las vías dopaminérgicas (Saiz, Vega Sánchez y Sánchez Páez, 2010), coincidiendo con algunas de las que se ven afectadas por el consumo de sustancias adictivas (Le Bec y Di Tanna, 2009).

Por otra parte, los estudios con técnicas de neuroimagen, han puesto de manifiesto que no se trata de una enfermedad provocada por alteraciones progresivas. Sino que tiende a estabilizarse, por lo que el pronóstico no es, ni mucho menos, tan nefasto como se pensaba hace unas décadas (López-Ibor, 2002).

Actualmente, la esquizofrenia es una enfermedad con 20 veces más prevalencia que la esclerosis múltiple y tan común como la artritis reumatoide, además, 1 de cada 100 personas presentará manifestaciones de esquizofrenia alguna vez a lo largo de su vida (López-Ibor, 2002).

### **Estigmatización de la esquizofrenia**

Resulta necesario e interesante centrar este trabajo en estudiar cómo las personas con esquizofrenia viven el estigma y cómo el entorno percibe dicha enfermedad mental. Ya que estos, suelen estar basados en generalizaciones con respecto a síntomas y signos, fundamentados por creencias erróneas que impiden la inclusión social.

El *estigma social* se define como un constructo que incluye actitudes, sentimientos, creencias y comportamientos. Un prejuicio que conlleva consecuencias discriminatorias hacia la persona estigmatizada.

La esquizofrenia ha estado vinculada a prejuicios sociales que retratan, a quien la padece, como un ser agresivo, raro e impredecible en sus conductas. Así como, débil, improductivo, incapaz de razonar, y por supuesto, culpable de su enfermedad (Sontag, 1977).

Dichos prejuicios también se ven asociados a factores de heredabilidad, consumo de drogas o delincuencia, lo que hace que se extienda el estigma a la familia, dificultando y coartando la rehabilitación psicosocial (Bibeau y Pedersen, 2002).

Según Pedersen (2002), el estigma psiquiátrico, es de los factores más significativos, influyendo negativamente en el proceso de búsqueda terapéutica y rehabilitación.

El estigma influye significativamente en el sufrimiento individual y colectivo, repercutiendo negativamente en: la evolución y pronóstico de la enfermedad, la búsqueda de tratamiento, el contacto con los servicios de salud y, por tanto, afectando al curso de la misma (Loubat, Lobos y Carrasco, 2017).

Para entender mejor cómo funciona el estigma, es preciso distinguir entre el estigma percibido como tal (“enacted”) y el temor o miedo a ser discriminado, o estigma sentido (“felt”), como apunta Scrambler (1989):

El *estigma sentido*, hace referencia a la aprehensión y conduce a la persona a disimular u ocultar los síntomas.

El *estigma percibido*, exagera la discriminación y también se extiende a las profesiones e instituciones que tienen que ver con la salud mental, limitando incluso, los recursos financieros y técnicos que requieren para la correcta realización de sus funciones.

Todo ello, hace que los afectados experimenten mayor miedo al rechazo y a la discriminación, mostrándose a la defensiva con los servicios de salud. Además, de una escasa interacción social (Farina et al., 1968).

Los estereotipos fomentan la percepción de peligrosidad y el miedo a relacionarse con dicho colectivo. El desconocimiento o la información errónea con respecto a la esquizofrenia, suele ser fomentada por los medios de comunicación, resultando ser la más mencionada y utilizada en contextos y significado erróneo.

De esta manera, fomentan el miedo y la imagen de seres agresivos, capaces de cualquier cosa, sin ni siquiera saber si la persona padece esquizofrenia, otro tipo de trastorno o ninguno (Pérez et al., 2015).

Sin embargo, Walsh (2002) demuestra que suelen ser en más ocasiones víctimas de agresiones que la población general, contrariamente al estereotipo social, como recoge Ochoa et al., (2011) en su estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en las personas con esquizofrenia.

A menudo, son evaluados más negativamente que otras enfermedades del espectro psicótico. Dicha evaluación, se basa en nociones vagas asociadas a lo que evocan los nombres de las enfermedades y no en un conocimiento, mínimamente aproximado, de las mismas” (Chuaqui, 2005).

Pero, las personas con prejuicios hacia la enfermedad mental, ¿saben que es la esquizofrenia realmente? Por lo general, desconocen qué es, cómo se desarrolla y cuáles son sus características.

El empeoramiento de la enfermedad se puede explicar por desconocimiento, los prejuicios asociados a la vergüenza y rechazo de los familiares de la nueva situación. Lo que repercute en su integración en la comunidad a todos los niveles, ya que ven vulnerados sus derechos dentro de la misma, tales como el acceso a la vivienda, trabajo, formación, etc. Dificultando su inclusión o reinserción (Sontag, 1977).

Las categorías más destacadas por las personas con esquizofrenia, como más preocupantes son: peligrosidad, culpa, pérdida de roles sociales y miedo al rechazo (Angermeyer y Schulze, 2001; Corrigan et al, 2002).

## Mitos y estigma en la esquizofrenia

Existe innumerables creencias erróneas acerca de la esquizofrenia, de los que se nutren los prejuicios y se estigmatiza a las personas con dicha enfermedad mental.

**TABLA 1. MITOS Y ESTIGMA EN LA ESQUIZOFRENIA**

|               |   |
|---------------|---|
| <b>Mito 1</b> | <p><i>Mito:</i> La esquizofrenia es para siempre.</p> <p><i>Realidad:</i> Existe una gran heterogeneidad en el curso y desenlace de los trastornos esquizofrénicos.</p>   |
| <b>Mito 2</b> | <p><i>Mito:</i> todas las personas afectadas por esquizofrenia se parecen.</p> <p><i>Realidad:</i> existe una amplia heterogeneidad individual dentro de cada categoría diagnóstica. La historia personal dependerá de factores individuales y ambientales y no principalmente de la enfermedad.</p>  |
| <b>Mito 3</b> | <p><i>Mito:</i> la rehabilitación solo puede prescribirse después de la adaptación a los fármacos.</p> <p><i>Realidad:</i> la rehabilitación debe comenzarse desde el primer momento, ya que los efectos de la medicación pueden tardar entre 3 semanas y 1 mes y medio en adaptarse y en ese transcurso es cuando más necesita ayuda la persona.</p>   |
| <b>Mito 4</b> | <p><i>Mito:</i> los abordajes psicoterapéuticos no sirven de nada en los trastornos por esquizofrenia.</p> <p><i>Realidad:</i> las ayudas y terapias psicológicas son fundamentales para la integración adecuada de la experiencia psicótica y la estimulación de los aspectos conservados de la personalidad, motivación y la ocupación.</p>   |
| <b>Mito 5</b> | <p><i>Mito:</i> sólo podemos lograr la adherencia al tratamiento con el aumento de los controles y supervisión sobre el paciente.</p> <p><i>Realidad:</i> las personas afectadas por esquizofrenia pueden ser educadas a través de información adecuada para desarrollar hábitos de autoadministración de la medicación, de autocuidado y autoestima.</p>   |
| <b>Mito 6</b> | <p><i>Mito:</i> las personas con esquizofrenia experimentan graves deterioros y discapacidades que les impiden el desempeño social.</p> <p><i>Realidad:</i> con una adecuada rehabilitación y reinserción social con apoyo pueden alcanzar o conservar niveles satisfactorios en la vida familiar, ocupacional y social.</p>  |
| <b>Mito 7</b> | <p><i>Mito:</i> las familias son fuente causal de la esquizofrenia.</p> <p><i>Realidad:</i> las familias pueden ser cuidadores y agentes de cambio.</p>   |
| <b>Mito 8</b> | <p><i>Mito:</i> las personas con esquizofrenia son agresivas y peligrosas.</p> <p><i>Realidad:</i> las personas con esquizofrenia no son más agresivas ni más peligrosas que el resto de la población, simplemente porque el resto supera en número y, además, la agresividad o la peligrosidad no va asociada a la enfermedad mental sino a otros factores que hacen que todos podamos serlo en algún momento de nuestra vida en mayor o menor medida.</p> |

### *Normalización, derecho y necesidad*

Los centros de rehabilitación psicosocial tienen un impacto positivo en la mejora de la salud de las personas con enfermedad mental, a nivel general. Son un gran empuje y apoyo a la hora de afrontar su enfermedad.

Para las personas con esquizofrenia, acudir a dichos centros son una fuente de empoderamiento, que repercute en cómo se ven a ellos mismos y como perciben el estigma que los demás ejercen sobre ellos. Además, se muestran más enérgicos, ya que se trabajan actividades físicas, estimulación cognitiva a través de tareas y juegos, así como formación sobre salud y bienestar personal, entre otros.

Así mismo, en un C.R.P.S. cuentan con un equipo de profesionales que prestan apoyo y asesoramiento psicológico tanto a los usuarios como a los familiares que así lo requieran. Por ello, se debe apostar por un aumento de tratamiento psicológico continuado, que ayude a la persona a identificar los signos que darán lugar a una posible crisis.

En los C.R.P.S., se aplican técnicas de tercera generación como la aceptación y compromiso que, combinada con otras terapias, resultan ser más efectivas frente a otras técnicas, en personas con esquizofrenia. (Hayes, 2013).

## MÉTODO

### ***Diseño***

Se lleva a cabo un diseño correlacional prospectivo con el fin de conocer la relación entre el estado de salud general y la percepción del estigma y auto-estigma en personas con esquizofrenia. Con este estudio se ofrece la posibilidad de seguir nuevas líneas de investigación a partir de los resultados obtenidos.

### ***Muestra***

La muestra se compone de 71 personas, a los que se asignó un grupo.

El grupo 1 lo componen 34 personas con esquizofrenia, con edades comprendidas entre 20 y 61 años, de los cuales 9 son mujeres y 25 son hombres.

El grupo 2 se compone de 37 personas sin enfermedad mental, en el que se incluye trabajadores de los C.R.P.S., familiares del grupo 1 y universitarios, cuyas edades están comprendidas entre 21 y 84 años, de los cuales 29 son mujeres y 8 son hombres.

Ambos grupos fueron seleccionados de manera aleatoria en diferentes municipios de la Isla de Tenerife, quienes participaron de forma voluntaria, cumplimentando los siguientes cuestionarios.

### ***Instrumentos***

Los siguientes instrumentos fueron aplicados en formato papel en un aula acondicionada para ello.

- **PS:** se trata de un test que evalúa conducta psicótica (García Medina, 2019, sin publicar). Consta de 12 ítems con respuesta dicotómica: Verdadero (sí manifiesta esa conducta) o Falso (no manifiesta esa conducta). Un ejemplo de ítem sería: “Me habla como si yo fuera otra persona distinta a la que soy” o “Habla a solas y deja de hacerlo si aparece alguien”.
- **GHQ 28:** esta escala de Lobo, Pérez Echevarría, Artal (1986), en su versión en español, mide el estado de salud general y consta de 28 ítems con respuesta de intensidad. Se dividen en 4 subescalas: A “*estado físico*” (síntomas somáticos), B “*ansiedad*” (ansiedad y problemas de sueño), C “*bienestar cotidiano*” (disfunción social) y D “*depresión*” (depresión)

severa). A continuación, se muestra un ejemplo de ítem de cada subescala: A1. “Se ha sentido mal de salud o en baja forma”, B1. “Se ha sentido preocupado como para perder el sueño”, C7. “Se ha sentido con capacidad para disfrutar de las actividades normales diarias”, D1. “Ha estado pensando que no vale para nada”.

- **SEPE:** Se trata de un cuestionario de García Medina y García González, (sin publicar). Consta de 36 ítems de respuesta dicotómica en las que se expresa una serie de afirmaciones que los participantes deben responder V (verdadero) o F (falso) en función de cómo percibe a las personas con dicha enfermedad. Un ejemplo de ítems sería: *"con respecto a las personas que tienen o supongo que padecen una enfermedad mental considero que es cierto lo que se cuenta de ellas"* (ítem 5); *"opino que son peligrosas y no me puedo fiar"* (ítem 9).
- **CPES:** Se trata de un cuestionario de García Medina y García González, (sin publicar). Consta de dos partes, una primera parte nombrada CMVN “cómo me ven”, que va del ítem 1 al 13, para valorar como la persona percibe que otros lo ven y una segunda parte nombrada CMVO “cómo me veo”, que va del ítem 14 al 22, para valorar como la persona se ve a sí misma. Un ejemplo de ítem sería: ítem 6 “me tratan diferente si saben que tengo una enfermedad mental”, ítem 4 “consideran que soy un peligro para la sociedad”, ítem 15 “la opinión de los demás me impide hacer lo que me apetece en la vida”, ítem 20 “puedo llevar mi vida sin depender de nadie”.

## ***Procedimiento***

La muestra de N=71, se dividió en dos grupos de manera que, el grupo 1 lo componen “participantes con esquizofrenia”; mientras el grupo 2 son “participantes sin enfermedad mental”. La recogida de datos duró 3 semanas. Para su cumplimentación se empleó 1 hora en cada centro: C.R.P.S. del municipio de Guía de Isora, C.R.P.S. del municipio de Arona, Centro “El tranvía” del municipio de La Laguna y Universidad de La Laguna, de los que se obtuvo 34 voluntarios para el grupo 1 y 37 para el grupo 2.

Al grupo 1 se administró los cuestionarios GHQ28 para evaluar cómo perciben actualmente su estado de salud general, a los participantes con esquizofrenia, y comprobar si influye en su percepción de estigmatización o auto-estigma, para el que se administró el CPES “*Cuestionario de Percepción del Estigma Social*” que consta de dos partes, CMVN “como me ven” y CMVO “como me veo”, realizado expresamente para este trabajo, con el fin de evaluar la percepción del estigma social y auto- estigma, por parte de las personas con esquizofrenia.

Así mismo, se aplicó al grupo 2, los cuestionarios PS “conducta psicótica” para analizar qué conductas psicóticas observan o creen que manifiestan las personas con esquizofrenia y el CEPE “*Cuestionario de Evaluativo de Prejuicio en Esquizofrenia*”, realizado expresamente para este estudio, con el fin de evaluar cómo la sociedad, percibe a las personas con esquizofrenia.

Una vez recogida la muestra, se pasó a analizar los datos de los que se sacó los siguientes resultados.

## ***Análisis de datos***

Mediante el SPSS se obtuvieron los estadísticos de la población voluntaria participante y los datos correlacionados que dan cuenta de las hipótesis planteadas.

Dentro de las pruebas que se realizaron en este trabajo, se encuentra el PS. Este nos ayudará a conocer las respuestas de la población sana, en relación a las conductas psicóticas que perciben o creen que pueden manifestar las personas con esquizofrenia. Mediante un análisis de frecuencia y porcentajes.

Del mismo modo, se obtiene el nivel de prejuicio que tienen las personas sanas en relación a las personas con enfermedad mental, como es la esquizofrenia. Para el cual se utilizó el CEPE.

Además, se lleva a cabo, mediante correlación tipo Pearson, entre los 4 factores del GHQ28 y las 2 dimensiones del CPES, CMVN “cómo me ven” y “Cómo me veo”, para determinar si guarda relación el grado de percepción de salud de las personas con esquizofrenia, con la percepción de estigma o autoestigmatizarse.

## RESULTADO DEL ESTUDIO

### **Análisis de frecuencia y porcentaje del PS (Conducta Psicótica)**

Se utilizó como criterio de significación, respuestas con un porcentaje superior al 65% para la interpretación de resultados. De modo que, los participantes en porcentaje diferenciados, aportaban la siguiente información:

- *"creo que manifiestan u observo en personas con esquizofrenia, obsesiones y rutinas que desconectan a la persona de lo que le rodea y un nivel de comunicación deteriorado algunas veces"* (84%; ítems 4, 10).

- *"no creo que manifiesten o, no observo en personas con esquizofrenia, que me hablen como si fuera una persona distinta a la que soy"* (68%; ítem 1).

- *"no creo que manifiesten o, no observo en personas con esquizofrenia, conductas autolesivas"* (66%; ítem 7).

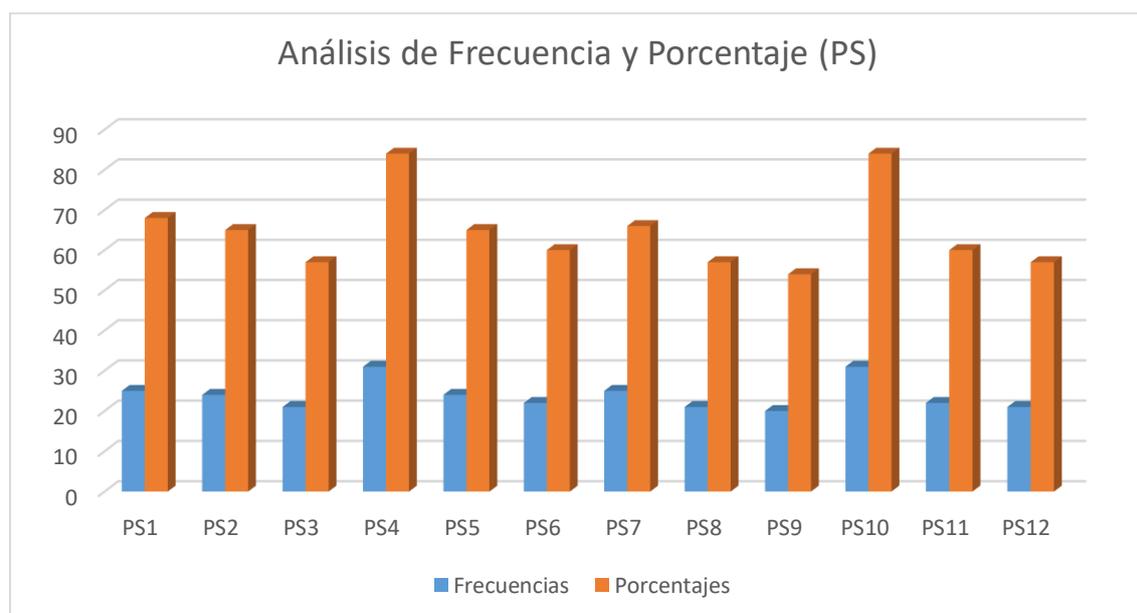
- *"no creo que manifiesten o, no observo en personas con esquizofrenia, que hablen solas y dejen de hacerlo cuando aparece alguien"* (66%; ítem 2).

- *"creo que manifiestan u observo en personas con esquizofrenia, desplazamientos que siguen una rutina de la que cuesta sacarlos"* (66%; ítem 5).

**Tabla 2. Análisis de frecuencia y porcentaje del PS “Conducta Psicótica” (García Medina, sin publicar), N=37.**

| Ítems | Frecuencia | Porcentaje (%) | Skewness |
|-------|------------|----------------|----------|
| PS1   | 25         | 68             | -.78     |
| PS2   | 24         | 65             | -.65     |
| PS3   | 21         | 57             | -.28     |
| PS4   | 31         | 84             | 1.9      |
| PS5   | 24         | 65             | .65      |
| PS6   | 22         | 60             | -.40     |
| PS7   | 25         | 66             | -.78     |
| PS8   | 21         | 57             | .28      |
| PS9   | 20         | 54             | -.17     |
| PS10  | 31         | 84             | 1.9      |
| PS11  | 22         | 60             | -.40     |
| PS12  | 21         | 57             | -.28     |

Nota-. PS1- “Me habla como si fuera otra persona distinta a la que soy”; PS2- “Habla a solas y deja de hacerlo si aparece alguien”; PS3- “Habla sin dirigirse a alguien en particular y sigue haciéndolo estando otra persona delante”; PS4- “Se obsesiona con pequeñas cosas o rutinas hasta que se desconecta de lo que le rodea”; PS5- “Se mueve o desplaza siguiendo una rutina de la que es difícil sacarle”; PS6- “Hace movimientos rituales sin razón que lo justifique”; PS7- “Se hace daño con sus manos o con objetos”; PS8- “Se enfada sin razón (desde mi punto de vista)”; PS9- “Se ríe sin razón (desde mi punto de vista); PS10- “Su nivel de comunicación se deteriora algunas veces”; PS11- “Cuando habla incluye palabras que para mí son raras”; PS12- “Actúa como si alguien le persiguiera”.



**Gráfica 1. Análisis de frecuencia y porcentaje del PS (García Medina, sin publicar)**

## **Análisis de frecuencia y porcentaje del CEPE “Cuestionario evaluativo de prejuicio en Esquizofrenia”.**

Dados los porcentajes elevados obtenidos en la mayoría de los ítems del test CEPE, se extraen los siguientes resultados aportados por los participantes, en porcentajes diferenciados, de los que se utilizará como criterio las puntuaciones por encima de 95% y por debajo de 40%.

- “cualquier persona puede acudir al psicólogo. Las personas con esquizofrenia deben ser integradas en la sociedad, ya que no son delincuentes o toxicómanos por padecer la enfermedad” (100%; ítems 10, 13, 28 y 30).

- “no suponen un peligro para la sociedad, por lo que, deben relacionarse también con personas sin enfermedad” (100%; ítems 24 y 25).

- “no hay motivo para considerarlos peligrosos o desconfiar, ni cambiarían su relación tras conocer la presencia de la enfermedad en alguien a quien aprecian” (97% ítems 7,9,12 y 17).

- “pueden tener estudios superiores y, por tanto, una inteligencia normal o superior. Llevar una vida normal siempre que estén debidamente atendidos y tampoco se oponen a que sus hijos se relacionen con personas con esquizofrenia” (97%; Ítems 21, 27, 29 y 35).

- “no hay razón para alejarse de personas con esquizofrenia, ni excluirlos de actividades de ocio, e incluso, los contratarían en su empresa” (95%; ítems: 6,19 y 23).

- “las personas con esquizofrenia pueden llegar a matar” (40%; ítem 21).

- “la enfermedad mental es fruto de una mala educación” (38%; ítem 15).

- “a pesar de tener buena experiencia con personas con enfermedad mental, nunca podrían fiarme de ellas” (27%; ítem 14).

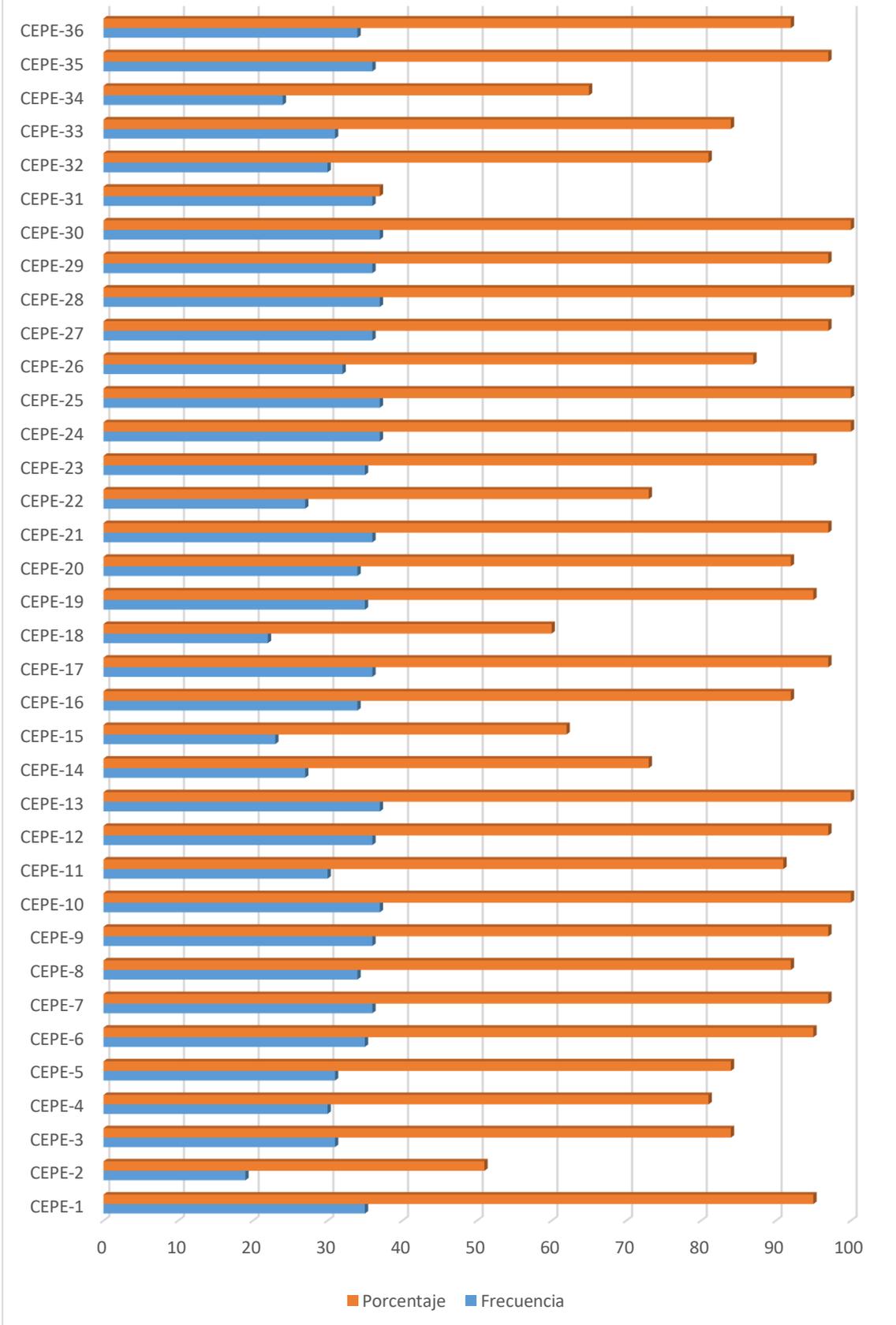
- “tienen antecedentes familiares o predisposición biológica” (27%; ítem 22).

**Tabla 3. Análisis de frecuencia y porcentaje del CEPE (García Medina y García González, sin publicar), N=37.**

| Ítems   | Frecuencia | Porcentaje % | Skewness |
|---------|------------|--------------|----------|
| CEPE-1  | 35         | 95           | -4.1     |
| CEPE-2  | 19         | 51           | -.06     |
| CEPE-3  | 31         | 84           | 1.9      |
| CEPE-4  | 30         | 81           | 1.7      |
| CEPE-5  | 31         | 84           | -1.9     |
| CEPE-6  | 35         | 95           | -4.1     |
| CEPE-7  | 36         | 97           | 6.1      |
| CEPE-8  | 34         | 92           | -3.2     |
| CEPE-9  | 36         | 97           | -6.1     |
| CEPE-10 | 37         | 100          | ---      |
| CEPE-11 | 30         | 91           | 1.6      |
| CEPE-12 | 36         | 97           | 6.1      |
| CEPE-13 | 37         | 100          | ---      |
| CEPE-14 | 27         | 73           | -1.1     |
| CEPE-15 | 23         | 62           | -.52     |
| CEPE-16 | 34         | 92           | 3.2      |
| CEPE-17 | 36         | 97           | -6.1     |
| CEPE-18 | 22         | 60           | .40      |
| CEPE-19 | 35         | 95           | 4.1      |
| CEPE-20 | 34         | 92           | -3.2     |
| CEPE-21 | 36         | 97           | 6.1      |
| CEPE-22 | 27         | 73           | 1.1      |
| CEPE-23 | 35         | 95           | -4.1     |
| CEPE-24 | 37         | 100          | ---      |
| CEPE-25 | 37         | 100          | ---      |
| CEPE-26 | 32         | 87           | 2.2      |
| CEPE-27 | 36         | 97           | -6.1     |
| CEPE-28 | 37         | 100          | ---      |
| CEPE-29 | 36         | 97           | -6.1     |
| CEPE-30 | 37         | 100          | ---      |
| CEPE-31 | 36         | 37           | -6.1     |
| CEPE-32 | 30         | 81           | -1.7     |
| CEPE-33 | 31         | 84           | -1.7     |
| CEPE-34 | 24         | 65           | .65      |
| CEPE-35 | 36         | 97           | 6.0      |
| CEPE-36 | 34         | 92           | -3.2     |

Nota-. CEPE1- “Es preferible no tratar con ellas”; CEPE2- “Las hay en mi familia”; CEPE3- “Hablo o trato con ella(o)s en mi entorno (vecinos, amigos o sus familiares, pareja o sus familiares, etc.)”; CEPE4- “Conozco historias negativas de esas personas”; CEPE5- “Considero que es cierto lo que se cuenta negativo de ellas”; CEPE6- “Creo que hay que alejarse de ellas; es lo mejor para uno(a)”; CEPE7- “No me importa tratar con esas personas”; CEPE8- “Preferiría no trabajar con personas con este tipo de problemas”; CEPE9- “Opino que son peligrosas y no me puedo fiar”; CEPE10- “Son delincuentes o toxicómanos”; CEPE11- “Me sentiría cómodo(a) tratando con estas personas”; CEPE12- “Si fuera un(a) compañero(a) de trabajo que aprecio, no cambiaría mi relación con él/ella”; SEPE13- “Deben ser integradas en la sociedad”; CEPE14- “Aunque mi experiencia fuera buena con esa persona, nunca podría fiarme de ella”; CEPE15- “Sus problemas se podrían evitar con una buena educación”; CEPE16- “Pueden ser independientes y llevar una vida normal si controlan su enfermedad”; CEPE17- “Su enfermedad se debe únicamente al consumo de drogas”; CEPE18- “Creo que alguien con esquizofrenia podría llegar a matar”; CEPE19- “Si está en tratamiento contrataría a una de esas personas”; CEPE20- “Pienso que si se les da trabajo no lo harían bien”; CEPE21- “Las personas con esquizofrenia pueden tener estudios superiores”; CEPE22- “Tienen antecedentes familiares biológicos o genéticos”; CEPE23- “Las personas con este tipo de enfermedad solo deberían hacer actividades de ocio con otras personas de su misma condición”; CEPE24- “Me parece bien que se relacionen con personas sin enfermedad mental”; CEPE25- “Suponen un peligro y deberían estar en un psiquiátrico medicados y aislados del resto de la sociedad”; CEPE26- “Me sentiría cómodo compartiendo el mismo espacio con personas con enfermedad mental”; CEPE27- “Preferiría que mis hijos no se relacionasen con este tipo de personas, aunque estén bajo tratamiento y debidamente atendidos”; CEPE28- “Los psicólogos atienden únicamente a personas con enfermedad mental”; CEPE29- “Nunca tuvieron un nivel de inteligencia normal”; CEPE30- “Sólo estas personas acuden al psicólogo”; CEPE31- “Deberían estar registradas en una base de datos pública para saber a qué atenernos y no correr riesgos, ya que son peligrosos”; CEPE32- “Son incurables de por vida”; CEPE33- “Con acertada atención y tratamiento, pueden curarse”; CEPE34- “Una vez afectadas siempre arrastrarán secuelas o consecuencias de la enfermedad”; CEPE35- “Pueden llevar una vida normal siempre que se les atienda adecuadamente”; CEPE36- “Vienen de familias desestructuradas”.

## Análisis de Frecuencia y Porcentajes de CEPE



**Gráfica 2. Análisis de frecuencia y porcentaje del CEPE. (García Medina y García González, sin publicar).**

## **Análisis de correlación tipo Pearson de CEPE-CMVN y GHQ28**

El factor “Estado físico” del cuestionario GHQ28 (Lobo, Pérez Echevarría, y Artal, 1986), en relación al ítem 1 ( $p < .05$ ) se observa que las personas con esquizofrenia perciben mayor rechazo cuanto peor se sienten con respecto a su salud. Además, se sienten menos integrados en la sociedad a nivel laboral, educación u ocio, como se refleja en el ítem 2 ( $p < .04$ ). A su vez, perciben un trato diferente cuando se sabe de su enfermedad y se sienten molestos cuando encuentran barreras para acceder a formación o empleo, como se observa en los ítems 6 ( $p < .03$ ) y 9 ( $p < .03$ ). El ítem 8 ( $p < .01$ ) es determinante en cuanto a percibir distanciamiento por parte del entorno del afectado, a raíz de conocer su enfermedad.

En cuanto al factor “Ansiedad”, indica que las personas con esquizofrenia perciben que son rechazadas, no sintiéndose integrados, además de encontrar barreras a la hora de acceder a estudios o empleo, como se refleja en el ítem 1 ( $p < .04$ ), ítem 2 ( $p < .04$ ) e ítem 9 ( $p < .02$ ). Incluso, se observa en el ítem 4 ( $p < .02$ ) que, dichas personas perciben que la sociedad en general, los tratan como si fueran peligrosos, sobre todo si estas conocen de su enfermedad, como se refleja en el ítem 8 ( $p < .01$ ).

En relación al factor “Bienestar cotidiano”, las personas con esquizofrenia, notan mayor rechazo y se sienten mal cuando tienen baja actividad, sin ocupaciones o no están satisfechos con lo que hacen. Como indica el ítem 3 ( $p < .05$ ).

Así mismo, el factor “Depresión” revela que las personas con esquizofrenia, muestran mayores niveles de depresión cuando perciben que los rechazan y los tratan diferente a raíz de su enfermedad, como si no fueran capaces de hacer nada por sí mismos, o no tienen acceso a estudios o empleo, tal como refleja el ítem 1 ( $p < .05$ ), ítem 6 ( $p < .02$ ), ítem 9 ( $p < .02$ ) e ítem 11 ( $p < .03$ ). Además, los resultados que arrojan los ítems 2 ( $p < .01$ ) y 8 ( $p < .01$ ) indican que la persona no se siente integrada en ningún ámbito social y siente que se distancian tras conocer la existencia de su enfermedad.

**Tabla 4. Matriz de correlaciones de los ítems del cuestionario CPES-CMVN (García Medina y García González, sin publicar) y factores de GHQ28 (Lobo, Pérez Echevarría y Artal, 1986), N=34.**

| Ítems<br>“meven” | Factor 1<br>“Estado físico” | Factor 2<br>“Ansiedad” | Factor 3<br>“Bienestar cotidiano” | Factor 4<br>“Depresión” |
|------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| CMVN-1           | <b>.29*</b>                 | <b>.31*</b>            | .22                               | <b>.30*</b>             |
| CMVN-2           | <b>-.30*</b>                | <b>-.31*</b>           | .02                               | <b>-.41**</b>           |
| CMVN-3           | .18                         | .23                    | <b>.30*</b>                       | .15                     |
| CMVN-4           | .23                         | <b>.36*</b>            | .00                               | .19                     |
| CMVN-5           | -.14                        | -.14                   | -.21                              | -.10                    |
| CMVN-6           | <b>.34*</b>                 | .27                    | .17                               | <b>.36*</b>             |
| CMVN-7           | -.06                        | -.26                   | .25                               | -.10                    |
| CMVN-8           | <b>.42**</b>                | <b>.47**</b>           | .11                               | <b>.45**</b>            |
| CMVN-9           | <b>.32*</b>                 | <b>.36*</b>            | .07                               | <b>.34*</b>             |
| CMVN-10          | -.14                        | -.05                   | .06                               | -.05                    |
| CMVN-11          | .08                         | .28                    | .23                               | <b>.33*</b>             |
| CMVN-12          | .22                         | .03                    | .14                               | .11                     |
| CMVN-13          | .01                         | .21                    | .05                               | .14                     |

Nota-. ítems CPES-CMVN “me ven”: CMVN-1 “Noto que la gente me rechaza”; CMVN-2. “Me siento integrado/a en el trabajo, actividad de ocio, centros educativos, etc.”; CMVN-3. “Lo paso mal cuando noto que me rechazan”; CMVN-4. “Consideran que soy un peligro para la sociedad”; CMVN-5. “Siento que comprenden mi situación personal”; CMVN-6. “Me tratan diferente si saben que tengo una enfermedad mental”; CMVN-7. “Las personas bien informadas sobre la enfermedad mental me tratan con respeto”; CMVN-8. “A raíz de mi enfermedad se distanciaron de mi”; CMVN-9. “Me molesta que me impidan acceder a estudios o empleo”; CMVN-10. “Conservo una buena relación con las personas que me relaciono desde siempre”; CMVN-11. “Me tratan como si no fuera capaz de hacer nada por mí mismo/a”; CMVN-12. “A pesar de mi enfermedad mental, me ofrecen empleo”; CMVN-13. “Tienen razón al pensar que no soy capaz de hacer nada sin ayuda”.

## **Análisis de correlación tipo Pearson de CEPE-CMVO y GHQ28.**

El factor “Estado físico” del cuestionario GHQ28 (Lobo, Pérez Echevarría y Artal, 1986), indica que las personas con esquizofrenia, cuanto peor consideran su estado de salud, mas condicionado se siente por la opinión de los demás para hacer lo que desea en su vida, confirmándose con la correlación del ítem 2 ( $p < .04$ ). Además, le impide sentirse a gusto con la vida, como se observa en la correlación del ítem 4 ( $p < .02$ ) y reafirmando con el ítem 5 ( $p < .001$ ) que no se sienten capaces de realizar lo que se propongan, como los demás.

Por otro lado, el factor “Ansiedad” revela que, cuanto mayor ansiedad experimenta la persona con esquizofrenia, más clara es la percepción de que los demás son quienes impiden hacer lo que les apetece, como indica el ítem 2 ( $p < .02$ ). Al igual que no se sienten capaces de mantener una conversación de cualquier tema, como se refleja en el ítem 3 ( $p < .01$ ) y tampoco sentirse a gusto con su vida, ítem 4 ( $p < .04$ ), o alcanzar las metas que se propongan, como determina el ítem 5 ( $p < .001$ ).

En cuanto al factor “Bienestar cotidiano”, se observa que guarda una relación significativa, el hecho de no sentirse activo, ocupado, útil o capaz de tomar decisiones por sí mismo, con percibir que no es capaz de hacer nada sin ayuda como indica el ítem 9 ( $p < .01$ ).

Igualmente, se puede observar en el factor “Depresión”, que las personas con esquizofrenia, otorgan mayor importancia a la opinión de los demás a la hora de llevar a cabo lo que les apetezca, como se puede ver en el ítem 2 ( $p < .01$ ) y, además, no se sienten a gusto con su vida, como se refleja en el ítem 4 ( $p < .01$ ). A su vez, el nivel de depresión es determinante para que la persona perciba que no es capaz de realizar lo que se proponga en la vida, como así lo constata el ítem 5 ( $p < .001$ ) y que no es capaz de hacer nada sin ayuda, ítem 9 ( $p < .05$ ).

**Tabla 5. Matriz de correlaciones entre ítems de CPES-CMVO. García Medina y García González. (sin publicar) y factores de GHQ28. Lobo, Pérez Echevarría y Artal (1986), N=34.**

| Ítems<br>“meveo” | Factor 1<br>“Estado físico” | Factor 2<br>“Ansiedad” | Factor 3<br>“Bienestar<br>cotidiano” | Factor 4<br>“Depresión” |
|------------------|-----------------------------|------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| CMVO-1           | .08                         | .07                    | -.24                                 | .06                     |
| CMVO-2           | <b>.31*</b>                 | <b>.34*</b>            | <b>.05</b>                           | <b>.40**</b>            |
| CMVO-3           | <b>-.09</b>                 | <b>-.39*</b>           | <b>.16</b>                           | -.15                    |
| CMVO-4           | <b>-.37*</b>                | <b>-.31*</b>           | <b>-.14</b>                          | <b>-.41**</b>           |
| CMVO-5           | <b>-.52***</b>              | <b>-.58***</b>         | <b>-.15</b>                          | <b>-.57***</b>          |
| CMVO-6           | 0.3                         | .19                    | .01                                  | .02                     |
| CMVO-7           | -.10                        | -.22                   | .08                                  | -.11                    |
| CMVO-8           | -.03                        | <b>-.30*</b>           | .01                                  | -.13                    |
| CMVO-9           | .10                         | .23                    | <b>-.39*</b>                         | <b>-.28*</b>            |

Nota-. Ítems CPES-CMVO “cómo me veo”: CMVO-1. “Me siento preparado(a) para mantener un trabajo adaptado a mis cualidades”; CMVO-2. “La opinión de los demás me impide hacer lo que me apetece en la vida”; MVO-3. “Considero que soy capaz de mantener una conversación de cualquier tema”; CMVO-4. “A pesar de mi enfermedad mental, me siento a gusto con mi vida”; CMVO-5. “Me siento capaz de realizar lo que me propongo, igual que los demás”; CMVO-6. “Soy una persona comprometida con mis tareas y mis responsabilidades”; CMVO-7. “Puedo llevar mi vida sin depender de nadie”; CMVO-8. “Si la sociedad me dejara, podría hacer más cosas de las que hago”; CMVO-9. “Siento que sin ayuda no se hacer nada”.

## DISCUSIÓN

No cabe duda que, la razón subyacente al estigma, es el desconocimiento acerca de las características, curso y pronóstico de la esquizofrenia, siendo esta la principal causa del estigma, el prejuicio y la discriminación que sobre dichas personas se ejerce.

Este estudio, que no deja de ser un estudio piloto de tipo prospectivo, revela coincidencias con otros previos, recogidos en este texto, en cuanto al **autoestigma** definida por los propios afectados de la esquizofrenia:

- Aprecian rechazo en su entorno, sin acceso a servicios básicos como estudios, empleo, vivienda o incluso de salud;
- Los que puntúa alto en problemas de salud (en Goldberg) tienden a percibir más negativamente sus capacidades.
- Los observadores no afectados de esquizofrenia no confirman tener prejuicios. Sin embargo, las personas con esquizofrenia si percibieron:  
a) prejuicios de la población general y b) de sí mismas.

Un motivo por el cual no se pudo demostrar, en este estudio, la existencia de estigma hacia las personas con esquizofrenia, pudo ser la homogeneidad de la muestra sin enfermedad mental, ya que dichos participantes guardan estrecha relación con personas con esquizofrenia, siendo estos: trabajadores del C.R.P.S., familiares comprometidos con la salud de sus respectivos y universitarios vinculados a la psicología.

Además, una forma de mejorar el cuestionario CPES sería poner una escala de intensidad como GHQ28 para poder compararlo, facilitar su factorización y establecer convergencia entre ambos.

Con este estudio piloto, de carácter prospectivo, se pretende abrir camino hacia nuevas líneas de investigación. Como propuesta, sería interesante estudiar la relación que existe entre:

- a) percibir el estigma y autoestigmatizarse;
- b) si guarda relación el hecho de acudir a un C.R.P.S. con percibir menor estigma social;
- c) o, si las personas sin enfermedad mental estigmatizan menos cuanto peor perciben su estado de salud general.

## CONCLUSIÓN

Tras recoger las opiniones de los participantes con esquizofrenia y sin enfermedad mental, se observa que, el estigma puede darse en diversos contextos. Esto significa que, la persona puede sentirse estigmatizada en algunos contextos y en otros no.

En síntesis, se obtuvo que:

- Las personas con esquizofrenia, perciben mayor estigmatización y se autoestigmatizan más, cuanto peor perciben su estado de salud.
- Quienes guardan relación directa con personas con esquizofrenia, emiten menor estigma hacia estas.
- Cuanto mayor información tienen las personas acerca de la esquizofrenia, menor estigma ejercen sobre dichas personas.

Teniendo en cuenta estos resultados, se acentúa la importancia de trabajar con diversos entornos a los que, en este estudio, no se tuvo acceso. Así mismo, promover aquellos aspectos relevantes, como el empoderamiento, habilidades sociales y otras estrategias que ayuden a la inclusión de las personas con esquizofrenia.

Además, las personas con esquizofrenia que participaron en este estudio, acuden habitualmente a centros de C.R.P.S. con lo cual, se demuestra la importancia y repercusión que tienen dichos centros en cuanto a sentirse incluidos, útiles, activos, apoyados, así como afianzar su núcleo social.

En referencia a lo hallado en este estudio, resulta interesante destacar, la relación que existe entre, tener trato directo con las personas con esquizofrenia y la baja emisión de prejuicios. Dado que, el acceso a información veraz, junto con la experiencia personal, hacen que se reduzca el estigma.

Finalmente, hemos de insistir en la necesidad de seguir investigando en estos temas que nos ocupan. Divulgar los datos obtenidos a la sociedad, mediante programas educativos y formativos que sean actualizados y contrastados. Todo con la finalidad de fomentar el respeto a la diversidad, la inclusión y la normalización de la esquizofrenia, en un contexto social lo más amplio posible .

## REFERENCIAS

- Campo-Arias, A.; Oviedo, H.C. y Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso en servicios de salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 43(3):162–167.
- Chuaqui, J. (2005). El estigma en la esquizofrenia. *Ciencias Sociales Online*, 1 (2): 45 - 66.
- García Medina, P y García González, R. (sin publicar). *Cuestionario de Percepción del Estigma Social (CPES)*. Universidad de La Laguna.
- García Medina, P y García González, R. (sin publicar). *Cuestionario de Evaluativo de Prejuicio en Esquizofrenia*. (CEPE). Universidad de La Laguna.
- Hayes, S.C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer.
- Le Bec, P. Y. et al. (2009). Cannabis and psychosis: search of a causal link through a critical and systematic review. *Encephale*, 35, 377-385.
- Lobo, A., Pérez Echevarría, M.J., Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*; 16:135-140.
- Loch, A.A. et al. (2011). O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. *Revista Psiquiatria Clínica*. 38(5):173-7.
- López-Ibor, J.J. (2002). *La esquizofrenia abre las puertas. Guía práctica para los medios de comunicación*. Madrid: AMP.
- Loubat, M; Lobos, R. y Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*. 39(12): 15-25.

- Ochoa, S; Martínez, F; Ribas, M; García-Franco, M; López, E; Villelas, R; Arenas, O; Álvarez, I; Cunyat, C; Vilamala, S; Autonell, J; Lobo, E y Haro, J.M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autoconcepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(3): 477-489.
- Pedersen, D. Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina 2009*, 55 (1): 39-50.
- Pérez, C. et al. (2015). Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa? *Revista Asociación Especialista Neuropsiquiatría*. 35 (128), 721-730.
- Saiz Ruiz, J; Vega Sánchez, D. y Sánchez Páez, A.P. (2010). Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*. 3(21): 235-254.
- Valverde, M.A. (2012). Una crítica a la teoría del déficit cognitivo en la esquizofrenia. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 32(115): 521-545.

## ANEXOS

Estamos planteando desde la Universidad de La Laguna un estudio de la adaptación de las personas con dificultades de aceptación/rechazo. ¿Puede ayudarme a contestar este cuestionario? Le agradecemos de antemano su colaboración.

|               |               |              |
|---------------|---------------|--------------|
| <b>GÉNERO</b> | MASCULINO ( ) | FEMENINO ( ) |
| <b>EDAD</b>   |               |              |

### PS

| <b>Marque con una "X" donde corresponda (V = verdadero o F= falso), en cada una de las frases descritas a continuación, en relación a su experiencia con la persona.</b> | <b>V</b> | <b>F</b> |
|--|----------|----------|
| Me habla como si yo fuera otra persona distinta a la que soy.  |          |          |
| Habla a solas y deja de hacerlo si aparece alguien.  |          |          |
| Habla sin dirigirse a alguien en particular y sigue haciéndolo estando otra persona delante.   |          |          |
| Se obsesiona con pequeñas cosas o rutinas hasta que se desconecta de lo que le rodea.  |          |          |
| Se mueve o desplaza siguiendo una rutina de la que es difícil sacarle.   |          |          |
| Hace movimientos rituales sin razón que lo justifique.   |          |          |
| Se hace daño con sus manos o con objetos.  |          |          |
| Se enfada sin razón (desde mi punto de vista).   |          |          |
| Se ríe sin razón (desde mi punto de vista).  |          |          |
| Su nivel de comunicación se deteriora algunas veces.   |          |          |
| Cuando habla incluye palabras que, para mí, son raras.   |          |          |
| Actúa como si alguien le persiguiera.  |          |          |

Continúe en la siguiente página

**CEPE**

| <p><b>A continuación, se presentan una serie de frases sobre la salud mental. Marque con una "X" donde corresponda (V= verdadero o F= falso), en cada una de las frases descritas.</b><br/> <b>RESPECTO A LAS PERSONAS QUE TIENEN, O SUPONGO que PADECEN UNA ENFERMEDAD MENTAL:</b></p> | <p><b>V</b></p> | <p><b>F</b></p> |
|---|-----------------|-----------------|
| 1. Es preferible no tratar con ellas.   |                 |                 |
| 2. Las hay en mi familia.   |                 |                 |
| 3. Hablo o trato con ella(o)s en mi entorno (vecinos, amigos o sus familiares, pareja o sus familiares, etc).   |                 |                 |
| 4. Conozco historias negativas de esas personas.  |                 |                 |
| 5. Considero que es cierto lo que se cuenta negativo de ellas.  |                 |                 |
| 6. Creo que hay que alejarse de ellas; es lo mejor para uno(a).   |                 |                 |
| 7. No me importa tratar con dichas personas.  |                 |                 |
| 8. Preferiría no trabajar con personas con este tipo de problemas.  |                 |                 |
| 9. Opino que son peligrosas y no me puedo fiar.   |                 |                 |
| 10. Son delincuentes o toxicómanos.   |                 |                 |
| 11. Me sentiría cómodo(a) tratando con estas personas.  |                 |                 |
| 12. Si fuera un compañero(a) de trabajo que aprecio, no cambiaría mi relación con él/ella.  |                 |                 |
| 13. Deben ser integradas en la sociedad.  |                 |                 |
| 14. Aunque mi experiencia fuera buena con esa persona, nunca podría fiarme de ella.   |                 |                 |
| 15. Sus problemas se podrían evitar con una buena educación.  |                 |                 |
| 16. Pueden ser independientes y llevar una vida normal si controlan su enfermedad.  |                 |                 |
| 17. Su enfermedad se debe únicamente al consumo de drogas.  |                 |                 |
| 18. Creo que alguien con esquizofrenia podría llegar a matar.   |                 |                 |
| 19. Si está en tratamiento contrataría a una de esas personas.  |                 |                 |
| 20. Pienso que si se les da trabajo no lo harían bien.  |                 |                 |
| 21. Las personas con esquizofrenia pueden tener estudios superiores.  |                 |                 |
| 22. Tienen antecedentes familiares biológicos o genéticos.  |                 |                 |
| 23. Las personas con este tipo de enfermedad solo deberían hacer actividades de ocio con otras personas de su misma condición.  |                 |                 |
| 24. Me parece bien que se relacionen con personas sin enfermedad mental.  |                 |                 |
| 25. Suponen un peligro y deberían estar en un psiquiátrico medicados y aislados del resto de la sociedad.   |                 |                 |
| 26. Me sentiría cómodo compartiendo el mismo espacio con personas con enfermedad mental.  |                 |                 |
| 27. Preferiría que mis hijos no se relacionasen con este tipo de personas, aunque estén bajo tratamiento y debidamente atendidos.   |                 |                 |
| 28. Los psicólogos atienden únicamente a personas con enfermedad mental.  |                 |                 |
| 29. Nunca tuvieron un nivel de inteligencia normal, en especial las que padecen esquizofrenia.  |                 |                 |
| 30. Sólo estas personas acuden al psicólogo.  |                 |                 |
| 31. Debería estar registradas en una base de datos pública para saber a qué atenernos y no correr riesgos, ya que son peligrosos.   |                 |                 |
| 32. Son incurables de por vida.   |                 |                 |
| 33. Con acertada atención y tratamiento pueden curarse.   |                 |                 |
| 34. Una vez afectadas siempre arrastrarán secuelas o consecuencias de la enfermedad.  |                 |                 |
| 35. Pueden llevar una vida normal siempre que se les atienda adecuadamente.   |                 |                 |
| 36. Vienen de familias desestructuradas.  |                 |                 |

Estamos planteando desde la Universidad de La Laguna un estudio de la adaptación de las personas con dificultades de aceptación/rechazo. ¿Puede ayudarme a contestar este cuestionario?

**Le agradecemos de antemano su colaboración.**

|               |               |              |
|---------------|---------------|--------------|
| <b>GÉNERO</b> | MASCULINO ( ) | FEMENINO ( ) |
| <b>EDAD</b>   |               |              |

### CPES

| Marque con una "X" donde corresponda (V = verdadero o F= falso), en cada una de las frases descritas a continuación, RESPECTO A LAS PERSONAS CON LAS QUE ME RELACIONO OCASIONAL O HABITUALMENTE... | V        | F        |
|--|----------|----------|
| <b>CMVN: CÓMO ME VEN...</b>  |          |          |
| 1. Noto que la gente me rechaza.   |          |          |
| 2. Me siento integrado/a en el trabajo, actividad de ocio, centros educativos, etc...  |          |          |
| 3. Lo paso mal cuando noto que me rechazan.  |          |          |
| 4. Consideran que soy un peligro para la sociedad.   |          |          |
| 5. Siento que comprenden mi situación personal.  |          |          |
| 6. Me tratan diferente si saben que tengo una enfermedad mental.   |          |          |
| 7. Las personas bien informadas sobre la enfermedad mental me tratan con respeto.  |          |          |
| 8. A raíz de mi enfermedad mental se distanciaron de mí.   |          |          |
| 9. Me molesta que me impidan acceder a estudios o empleo.  |          |          |
| 10. Conservo una buena relación con las personas que me relaciono desde siempre.   |          |          |
| 11. Me tratan como si no fuera capaz de hacer nada por mí mismo/a.   |          |          |
| 12. A pesar de mi enfermedad mental, me ofrecen empleo.  |          |          |
| 13. Tienen razón al pensar que no soy capaz de hacer nada sin ayuda.   |          |          |
| <b>CMVO: RESPECTO A CÓMO ME VEO YO...</b>  | <b>V</b> | <b>F</b> |
| 14. Me siento preparado(A) para mantener un trabajo adaptado a mis cualidades.   |          |          |
| 15. La opinión de los demás me impide hacer lo que me apetece en la vida.  |          |          |
| 16. Considero que soy capaz de mantener una conversación de cualquier tema.  |          |          |
| 17. A pesar de mi enfermedad mental, me siento a gusto con mi vida.  |          |          |
| 18. Me considero capaz de realizar lo que me proponga, igual que los demás.  |          |          |
| 19. Soy una persona comprometida con mis tareas y responsabilidades.   |          |          |
| 20. Puedo llevar mi vida sin depender de nadie.  |          |          |
| 21. Si la sociedad me dejara, podría hacer más cosas de las que hago.  |          |          |
| 22. Siento que sin ayuda no se hacer nada.   |          |          |

## G-330 (G-Salud y Lógico)

Se trata de que repase o recuerde con qué intensidad se ha enfrentado con los pensamientos o molestias siguientes (en las últimas semanas).

Siendo los valores a utilizar al marcar con X en las casillas correspondientes:

Ninguna queja, estuvo bien = 0      Alguna queja, un poco = 1  
 Moderadamente, bastante = 2      Mucho, demasiado = 3

Se ha sentido o ha estado ....

|  | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|---|---|
| A1.- Mal de salud y en baja forma  |   |   |   |   |
| A2.- Sensación de que necesitaba un reconstituyente, algo que le animara |   |   |   |   |
| A3.- Agotamiento y sin fuerzas   |   |   |   |   |
| A4.- Sensación de estar enfermo(a)                                       |   |   |   |   |
| A5.- Con dolores de cabeza   |   |   |   |   |
| A6.- Opresión en la cabeza, o que la cabeza le iba a estallar            |   |   |   |   |
| A7.- Con oleadas de calor o escalofríos                                  |   |   |   |   |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| B1.- Preocupado(a) como para perder el sueño              |  |  |  |  |
| B2.- Con dificultad para dormir de un tirón toda la noche |  |  |  |  |
| B3.- Agobiado(a) y en tensión                             |  |  |  |  |
| B4.- Con los nervios a flor de piel y malhumorado(a)      |  |  |  |  |
| B5.- Asustado(a), o con pánico sin motivo                 |  |  |  |  |
| B6.- Ha pensado que todo se le viene encima               |  |  |  |  |
| B7.- Nervioso(a) y "a punto de explotar"                  |  |  |  |  |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| c1.- Ocupado(a) y activo(a)                                       |  |  |  |  |
| c2.- Pudiendo hacer las cosas rápido                              |  |  |  |  |
| c3.- Pudiendo hacer las cosas bien                                |  |  |  |  |
| c4.- Satisfecho(a) con el modo de actuar y de hacer               |  |  |  |  |
| c5.- Jugando un papel útil en la vida                             |  |  |  |  |
| c6.- Capaz para tomar decisiones                                  |  |  |  |  |
| c7.- Capacidad para disfrutar de las actividades normales diarias |  |  |  |  |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| d1.- Pensando que no vale para nada                                 |  |  |  |  |
| d2.- Viviendo sin esperanza   |  |  |  |  |
| d3.- Pensando que la vida no merece la pena vivirse                 |  |  |  |  |
| d4.- Pensando en la posibilidad de "quitarse de en medio"           |  |  |  |  |
| d5.- Hubo momentos que los nervios, la angustia, han podido conmigo |  |  |  |  |
| d6.- Deseando estar muerto(a) y lejos de todo                       |  |  |  |  |

d7.- Con la idea clara de quitarse la vida

No, de eso nada [ ]      Creo que no, no recuerdo bien [ ]      Si lo he pensado [ ]      Si lo he pensado [ ]

¿Ha estallado, hll, hecho sentir su ira a los que le rodean?      Si [ ]      No [ ]

¿Toma algún medicamento?: Si [ ]      No [ ]      cuál o cuáles \_\_\_\_\_

¿Le han diagnosticado algún problema psicológico? ¿Qué? \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo lo sufre?: \_\_\_\_\_

¿Qué suceso importante le ha ocurrido que haya marcado su vida actual?

\_\_\_\_\_ NADA [ ]

**NOTA:** las preguntas después de D7, no se incluyen en el análisis de datos, solo se tendrán en cuenta para interpretar, en caso necesario.