



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y FISOTERAPIA**

Titulación: Grado de Enfermería

**TRABAJO FIN DE GRADO**

Trabajo de investigación

**“ANÁLISIS DEL ESTIGMA SOCIAL EN  
ENFERMEDAD MENTAL GRAVE:  
ESQUIZOFRENIA”**

**Estudiante:** Elsa Fernández Toribio

**Tutor:** Dr. Ángel Luis Montejo González

# INDICE

<b>RESUMEN Y PALABRAS CLAVE</b> .....	6
<b>SUMMARY AND KEY WORDS</b> .....	7
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	8
1.1 ESQUIZOFRENIA: DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA .....	9
1.1.1 ETIOLOGÍA ESQUIZOFRENIA .....	10
1.1.2. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR: ESQUIZOFRENIA .....	11
1.2 EL ESTIGMA SOCIAL: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA .....	12
1.3 AUTOESTIGMA Y REPERCUSIÓN SOCIAL .....	13
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	15
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	16
3.1 Objetivo principal.....	16
3.2 Objetivos secundarios .....	16
<b>4. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	16
4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO .....	16
4.2. POBLACIÓN DEL ESTUDIO .....	17
4.3. VARIABLES DE MEDIDA .....	17
4.3.1 HOJA INICIAL DE REGISTRO .....	17
4.3.2 CUESTIONARIO: ESTIGMA SOCIAL EN ESQUIZOFRENIA .....	17
4.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	18
<b>5. RESULTADOS</b> .....	19
5.1. SECCIÓN A: ENFERMEDAD MENTAL GRAVE.....	19
5.2 SECCIÓN B: ESQUIZOFRENIA .....	22
5.3 SECCIÓN C: ESQUIZOFRENIA ÁMBITO SOCIAL .....	25
<b>6, DISCUSIÓN</b> .....	27
<b>7. CONCLUSIONES</b> .....	28
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	30
<b>ANEXOS</b> .....	33
<b>Anexo 1: Escala: Estigma Interiorizado de Enfermedad Mental” (EIEM)</b> .....	33
<b>Anexo 2: Índices de discriminación de los ítems de cada subescala</b> .....	35

<b>Anexo 3: Cuestionario de opiniones sobre enfermedades mentales graves. ....</b>	<b>36</b>
<b>Anexo 4: Hoja de registro inicial .....</b>	<b>37</b>
<b>Anexo 5: Cuestionario: Estigma Social en esquizofrenia .....</b>	<b>38</b>

## AGRADECIMIENTOS

*A mi tutor, el Dr. Ángel Luis Montejo González, por asesorarme en la investigación y ayudarme en todo el trabajo.*

*A la Dra. Nerea González, del Departamento Estadístico de la USAL, por su ayuda en análisis estadístico.*

*A mis padres y mi hermana, por apoyarme en cada paso de esta carrera universitaria y siempre confiar en mí.*

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

**OMS** Organización Mundial de la Salud

**DSMV** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**N:** tamaño muestral (de la población encuestada)

**ISMI:** Internalized Stigma of Mental Illness.

## **RESUMEN Y PALABRAS CLAVE**

**Introducción:** La esquizofrenia es una enfermedad de origen mental que afecta considerablemente en la esfera social de quien lo padece. La estigmatización es una realidad con la que conviven estos enfermos.

**Justificación:** Estudio realizado con el fin de acercar esta enfermedad a la población y a su vez estudiar la existencia de las actitudes estigmatizadoras que sufren las personas que padecen esquizofrenia.

**Objetivos:** estudiar si existen diferencias en la estigmatización en función de variables como sexo, edad o nivel de estudios.

**Material y métodos:** El estudio realizado cuenta con un tamaño muestra de (n;298), población incluida hasta los 35 años. Se ha llevado a través de las respuestas de los encuestados recogidas en Google Docs. Estos resultados han sido analizados de manera estadística a través de Excel y Spss (v26).

**Resultados:** Se ha observado una menor actitud estigmatizadora en el género femenino y la necesidad de la formación en la población en el ámbito de salud mental para reducir el estigma.

**Discusión:** Se han encontrado similitudes a estudios previos y se plantean nuevas cuestiones para posteriores investigaciones.

**Conclusión:** La formación en salud mental reduce la estigmatización de la enfermedad por lo que hay que aumentar el nivel de conocimientos en la población y a su vez el género femenino presenta una mayor aceptación de la enfermedad.

**Palabras clave:** salud mental, enfermedad mental grave, estigma social, esquizofrenia.

## **SUMMARY AND KEY WORDS**

**Introduction:** Schizophrenia is a mental illness that has a considerable impact on the social sphere of the sufferer. Stigmatization is a reality with which these patients live.

**Justification:** Study carried out in order to bring this disease closer to the population and at the same time to study the existence of stigmatizing attitudes suffered by people suffering from schizophrenia.

**Objectives:** Study whether there are differences in stigmatization according to variables such as sex, age or level of education.

**Material and methods:** The study had a sample size of (n:298), population included up to 35 years of age. It has been carried out through the responses of the respondents collected in Google Docs. These results were statistically analyzed using Excel and Spss (v26).

**Results:** A lower stigmatizing attitude has been observed in the female gender and the need for training in the population in the field of mental health to reduce stigma.

**Discussion:** Similarities to previous studies have been found and new questions are raised for further research.

**Conclusion:** Training in mental health reduces the stigmatization of the disease, so it is necessary to increase the level of knowledge in the population and at the same time the female gender presents a greater acceptance of the disease.

**Keywords:** mental health, severe mental illness, social stigma and schizophrenia.

## 1. INTRODUCCIÓN

La salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva, y es capaz de contribuir a la comunidad". (3)

Este equilibrio se ve gravemente afectado cuando nos encontramos con un diagnóstico de enfermedad mental ya que supone para el individuo una desestabilización emocional; a su vez, el estado de bienestar junto con sus capacidades resolutivas se ven notablemente afectadas. (3)

En 2005, se estableció de manera consolidada en la Conferencia ministerial europea de la OMS la necesidad de promover un marco político a nivel europeo para priorizar el cuidado y organización de la salud mental, todo ello recogido en el denominado Libro Verde (Comisión de las Comunidades Europeas). Uno de los principales objetivos establecidos como sociedad europea es la promoción de la salud mental. Esta se ve determinada desde el inicio de nuestra vida hasta el final de ella. Algunas acciones como fomentar la formación en futuros padres para el cuidado de sus hijos, enfermería escolar y proporcionar suficientes recursos de materia de salud mental en adolescencia pueden mejorar la consolidación de una buena salud mental (3).

Sin embargo, en la población europea se estima que en torno a un 38,2% sufre algún tipo de enfermedad mental cada año. Extrapolado a la población española supone que alrededor de un 19,5% sufrirá este tipo de patología mental a lo largo de su vida. Estos datos fueron obtenidos del proyecto epidemiológico ESE-MeD supervisado por la OMS.(4)

La pandemia de covid-19 no solo trajo consigo un incremento de la mortalidad en torno al 16% debido al transcurso de la enfermedad, sino que la salud tanto física como psíquica de la población no infectada se vio gravemente condicionada por dicha situación. (1)

La OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), estima un impacto negativo en el ámbito de salud mental debido a la covid-19, duplicando la aparición de enfermedades de origen mental. En este caso, ansiedad y depresión son las que presentan mayor incidencia en muchos países, como Estados Unidos. (1)



En el mencionado documento ESE-MeD podemos encontrar que la enfermedad mental con mayor incidencia en la actualidad es la depresión, con una incidencia del 3,9%. Trastornos como la esquizofrenia y la bipolaridad son los que mayor inciden en el curso normal de la vida personal del que la padece, viendo sus vidas condicionadas por no solo la sintomatología que requiere la enfermedad, sino también por la repercusión negativa que conlleva en su ámbito social. (4)

Esta situación, que se nos presenta como crítica en el ámbito de salud mental, no se está viendo resuelta según indica el Atlas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, el cual, no cumple con los plazos prefijados en dicha materia para 2020 y presenta una visión prospectiva de posible resolución de la situación en 2030. (2)

Este documento recoge, a su vez, que el promedio de especialistas en salud mental por cada 100.000 habitantes, en 2014, consistía en 9 trabajadores; en 2020, se incrementa escasamente a 13 trabajadores. A su vez, en la mayoría de los países, el aporte económico del presupuesto correspondiente a salud pública destinado a cuestiones de salud mental no llega a un 2% suponiendo esto una escasez evidente de recursos. (2)

La cifra se presenta como insuficiente si tenemos en cuenta la situación descrita y que señala, de manera evidente, la necesidad de abordar el ámbito de la salud mental de manera eficiente.

### 1.1 ESQUIZOFRENIA: DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

La esquizofrenia según el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) es una enfermedad de origen psíquico, su primer debut se suele originar entre los 15 y 35 años y es de carácter crónico. (5-6)

El paciente cursa con una notable sintomatología que podemos dividir en dos vertientes:

- Sintomatología positiva: (5-6)
  - A. Delirios: suelen de origen singular e incrédulos. Sin embargo, el individuo que los padece está totalmente seguro de su existencia.
  - B. Alucinaciones: pueden ser de tipo visual, sensorial o auditivas. La de mayor incidencia es la de tipo auditivo generando en el individuo la idea persecutoria de que alguien los está observando, persiguiendo etc. Esto genera un comportamiento desadaptativo en la persona y conversaciones irreales con individuos inexistentes.

C. Desorganización de la conducta: incoherencia en el habla y forma de pensamiento. Incrementa la complejidad de entablar una conversación.

- **Sintomatología negativa:** tiene un componente pasivo en la forma de actuar, sobre todo, en pacientes jóvenes que debutan con dicha patología relacionado con insociabilidad, afectación a la capacidad cognitiva, incapacidad de trabajar, aislamiento, despreocupación en el cuidado de su imagen etc. (5-6)

Lo mencionado anteriormente tendrá una gran afectación en el trascurso de la vida del afectado y de su familia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula la incidencia de esta enfermedad en más de 21 millones de habitantes en el mundo. Con una afectación mayor en el género masculino que en el femenino, destacando que el masculino presenta una prevalencia de 12 millones frente 9 millones en el femenino. (4)

En España según datos estadísticos recogidos por el Ministerio de Sanidad, igual que ocurre en otros países, tiene mayor frecuencia en hombres (4,5%) frente a las mujeres (2,9%) entre los 20 y 49 años ya que a partir de los 65 años se iguala la incidencia e incluso surge un ligero incremento en el género femenino. (7).

### 1.1.1 ETIOLOGÍA ESQUIZOFRENIA

La **etiología** de la enfermedad se asocia a: (8-9)

- **Origen genético:** en el caso de presentar un familiar de primer grado la probabilidad de padecer esta enfermedad se sitúa en torno al 10%. A su vez, se han obtenido datos a partir de estudios que verifican que en la disposición a padecer este trastorno no solo actúa un gen, sino que la actuación es de múltiples genes.
- **Ambiente del individuo:** la desnutrición en el embarazo y la exposición vírica se asocian a un aumento del riesgo de padecer esta enfermedad en el recién nacido. Sin embargo, existe una próxima relación entre la genética y la disposición ambiental para desarrollar esta enfermedad.
- **Actividad neurológica:** participan neurotransmisores conocidos como la dopamina y el glutamato.

La esquizofrenia según la literatura científica no necesariamente genera una conducta violenta. Sin embargo, parece demostrado que el riesgo de violencia se puede ver incrementado en el caso de que no exista una adherencia al tratamiento. (9)

### 1.1.2. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR: ESQUIZOFRENIA

En la actualidad existen tratamiento de elección para la esquizofrenia. Entre los más habituales encontramos los siguientes: (8-9)

A. **Fármacos antipsicóticos:** su principal acción consiste en reducir la frecuencia e intensidad de la sintomatología del paciente. Por lo general, su administración se produce de manera oral, en forma de píldora o líquido y resulta fundamental la educación del paciente ante sus posibles efectos secundarios, que incluyen xerostomía, aumento de peso o somnolencia, entre otros.

La vía parenteral constituye otro medio de administración de los fármacos antipsicóticos. Se utilizan formulaciones inyectables de acción prolongada (LAI), que se administran en un rango de dos a doce semanas, en función de las necesidades del paciente. Según estudios realizados en este ámbito, este método en comparación con la administración vía oral ha demostrado una mejor adherencia terapéutica disminuyendo así el riesgo de recaídas. (10-11)

B. **Tratamiento psicosocial:** La coacción de esta terapia junto con los mencionados fármacos, disminuye notablemente el riesgo de hospitalización del paciente. Dentro de esta esfera psicosocial podemos incluir el tratamiento comunitario asertivo: TAC para pacientes que presentan riesgo de no disponer de hogar.

C. **Psicoterapia:** se utilizan principalmente terapias cognitivo-conductuales, cuyo objetivo es el control de los síntomas y la adaptación del paciente a distintas situaciones rutinarias, lo que ofrece una mayor estabilidad emocional.

Generalmente, el paciente esquizofrénico requiere un tratamiento especializado coordinado por múltiples profesionales sanitarios y especialistas con el objetivo de mejorar su calidad de vida, educación familiar y gestión de la enfermedad.

## 1.2 EL ESTIGMA SOCIAL: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

En pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, pese al control de su sintomatología mediante adherencia al tratamiento, es la repercusión en su ámbito social lo que mayoritariamente condiciona su vida.

El individuo con un diagnóstico de esquizofrenia frecuentemente es señalado en su contexto, utilizando esta enfermedad como un rasgo central de su personalidad, que abarca, a menudo su identidad como persona por completo. “El/la esquizofrénico/a” como referencia, presenta al individuo marcado, como huella impresa en sentido metafórico, que afecta a múltiples niveles. (5-12)

Conlleva a cierta duplicidad en su persona. Por un lado, el individuo es consciente de las múltiples cualidades y adjetivos que configuran su persona y, a su vez, su pensamiento se centra en internalizar el estigma que sufre como aspecto total de su persona (12)

En este sentido, podemos hablar de diversos tipos de estigma como: (5)

- **Estigma social**, genera actitudes negativas y discriminatorias hacia los individuos que padecen esquizofrenia.
- **Estigma estructural**, se basa en el aspecto jurídico que se encarga de la regulación de los derechos de los pacientes.
- **Estigma internalizado o autoestigma**, se centra en el pensamiento que el paciente posee de sí mismo, conformando su personalidad bajo un estereotipo resultado de su enfermedad, lo que conlleva a una actitud negativa y limita sus oportunidades en cuanto a su promoción personal.

En el contexto institucional, los centros de internamiento psiquiátrico o vulgarmente conocidos como manicomios pueden arraigar esta idea de estigmatización. Toda esta problemática fue abarcada, en 2005, en una estrategia de mejora de salud mental y lucha frente la estigmatización. Uno de los proyectos llevados a cabo fue “Included in society”, cuyo eje principal se basaba en sustituir las grandes instituciones por un seguimiento más local aportando así al paciente una mejora en el tratamiento y seguimiento de su enfermedad. (3)

El 3 de diciembre de 2021 fue aprobada en España la “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para el periodo 2022-2026”, cuyos aspectos relevantes

mencionaban la lucha contra el estigma y la integración social, incluyendo además un tema preocupante como el suicidio. No en vano, los intentos autolíticos suponen actualmente la primera causa de mortalidad en España de origen externo, con mayor incidencia en hombres respecto mujeres. Sin embargo, esta estrategia ha dado lugar a mucha controversia por la falta de “objetivos medibles” según diversas entidades científicas destacando la Sociedad Española de Psiquiatría. (13)

Uno de los datos más preocupantes en España, es el énfasis existente en el abuso de tratamiento farmacológicos en vez de atención psicosocial, consolidándose como el segundo país donde existe una mayor demanda farmacológica. Esto se explica debido a la existencia de 11 profesionales en materia psiquiatría por cada 100000 habitantes y 6 profesionales en materia psicológica por cada 100000 habitantes. (13)

### 1.3 AUTOESTIGMA Y REPERCUSIÓN SOCIAL

Muchos pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia se ven condicionados por la sociedad prevaleciendo la idea de limitación de las interacciones sociales. Los enfermos, a menudo, se aíslan de su ámbito social, lo que supone uno de los efectos más perjudiciales de padecer dicha patología. Esto se traduce en sentimientos de no sentirse válido, sentir vergüenza de sí mismo, mantener oculta la enfermedad etc, repercutiendo así de manera nociva en el tratamiento, promoción de su salud y la posibilidad de rehabilitación (14).

En 2005, en la Declaración de Helsinki uno de los principales propósitos que se fijaron para el programa europeo fue la lucha contra la estigmatización existente en las enfermedades de origen mental. (14-15)

En 2018, el estudio Estigma interiorizado de enfermedad mental (EIEM), que adapta al español la escala ISMI, incluía población entre 18 y 65 años con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos esquizoafectivo concluyendo un tamaño muestral de 69 sujetos (16) (Anexo 1). Presenta una escala consolidada por cinco subescalas: enajenación, estereotipo interiorizado, aislamiento social, experiencias de discriminación y resistencia frente al estigma. Compuesta por veintinueve ítems en su totalidad en los cuales se ha de contestar del uno al cuatro; siendo uno estar “totalmente en desacuerdo” y cuatro “totalmente de acuerdo”. (16) (Anexo 2)

Su principal objetivo fue determinar la validez de la escala, ya que la principal versión no fue analizada psicométricamente de una manera exhaustiva; y a su vez estudiar si existe asociación entre los pacientes que presentan estigma con variables sociodemográficas: nivel socioeconómico, sexo, edad o nivel educativo. (16)

En los resultados se puede observar que, dentro de las cinco subescalas, una de ellas: “resistencia frente al estigma” aporta una débil consistencia interna respecto a las demás. En cuanto la discusión de las cuestiones sociodemográficas: (16)

- Un tercio de los participantes aseguran haber sufrido episodios estigmatizadores y presentan cierta afrenta por padecer dicha enfermedad.
- El ítem, estereotipo interiorizado, solo fue identificado por un pequeño porcentaje debido a la existencia de un tratamiento psicológico centrado en reforzar esa cuestión.
- La correlación entre el sexo y el estigma se ve altamente condicionada por el ítem, resistencia al estigma, cuando este es añadido al estudio; las mujeres presentan un mayor nivel de estigma asociado junto con una menor fortaleza, afectando nocivamente al transcurso de su vida personal. Sin embargo, cuando este se encuentra no incluido no hay diferencias estadísticas entre ambos sexos.
- En estudios anteriores, se manifestó un mayor estigma en pacientes que no se encuentran ingresados en ninguna entidad hospitalaria frente los que sí; esto se explica debido a que al estar en un ambiente con otros individuos que presentan otro tipo de enfermedades mentales el concepto de inferioridad que pueden encontrarse en comparación con la sociedad exterior desaparece. Aunque en este estudio no se encontraron diferencias significativas entre ambas condiciones se asocia a un sesgo ya que solo se incluyen nueve pacientes hospitalizados.

#### 1.4 ESTADO ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN

Un estudio relacionado con lo que proponemos en este trabajo, sobre el estigma social en la esquizofrenia, fue llevada a cabo en una población muestral de alumnos de quinto medicina de la Universidad San Pablo-Ceu de Madrid con el fin de investigar su posición en relación con las enfermedades mentales.

Se consideró una mayor sensibilidad ante el tema discutido en el género femenino respecto al masculino. En contraposición de esto se observó un menor tamaño muestral

masculino en comparación con las mujeres por lo que esta muestra no es representativa, está sesgada.

A su vez, en un estudio realizado en 2012, titulado “Opiniones y creencias sobre enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española” se pretende determinar su posición ante estas enfermedades. Las conclusiones que obtuvieron fueron la existencia de una desinformación generalizada y falta de interés en el transcurso de este tipo de enfermedades. Además, una de las cuestiones que más destacó la población en dicho estudio, fue la estigmatización que sufren las personas que sufren este tipo de enfermedades.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Los pacientes que presentan enfermedades mentales graves no solo han de convivir con la sintomatología y el tratamiento que conlleva la enfermedad que padecen, sino que han de convivir con la estigmatización que realiza la población hacia su persona por padecer este tipo de enfermedades (4).

Según las encuestas realizadas en todos los países pertenecientes a la Unión Europea a través de un estudio Eurobarómetro (ver Anexo 3), se llegó a la conclusión de que las personas que padecen enfermedades mentales no disponen de las mismas oportunidades a la hora de encontrar un puesto de trabajo en comparación con la población en general. (4)

La discriminación que sufren estas personas estaría causada por dos cuestiones principalmente: ignorancia y prejuicios. La población, en general, no dispone de conocimientos sólidos sobre enfermedades mentales y/o son desacertados, lo que provoca miedo y repudio hacia las mismas. Esto produce la mencionada discriminación en múltiples ámbitos como el laboral, pero también en el ámbito familiar y ámbito social. (3)

La mayor parte de la investigación hasta ahora se ha centrado, principalmente, en medir el autoestigma que presentan las personas con diagnóstico esquizofrénico a través de la escala EIEM (Anexo 1) la cual puede ser de gran utilidad para objetivar dicha cuestión. A su vez, destacamos el estudio realizado sobre las creencias en la población donde se aplicó la encuesta (anexo 3), la cual no se ha utilizado en nuestra investigación de manera que carecía de información para estudiar el estigma. Ya que en la encuesta realizada en nuestra investigación se plantean diferentes escenarios en los cuales el encuestado ha de

pensar y plantearse cuál sería su verdadera actuación en dichas ocasiones. A su vez, se indaga también en el nivel de conocimientos que presenta la muestra en salud mental y el interés que presentan en incrementar dichos conocimientos. Una cuestión que se incluye en nuestro estudio sobre el estigma social en esquizofrenia es si existe una notable variabilidad en la estigmatización entre individuos con formación sanitaria respecto a los que no.

### **3. OBJETIVOS**

#### 3.1 Objetivo principal

- Evidenciar la existencia del estigma social que sufren las personas que padecen la enfermedad mental grave: esquizofrenia

#### 3.2 Objetivos secundarios

- Reconocer qué diferencias existen en la estigmatización de la esquizofrenia en función de la variable género.
- Estudiar cómo influye la variable rango de edad en la estigmatización de la esquizofrenia.
- Interpretar cómo influye la formación en salud mental en relación con la estigmatización de la esquizofrenia.
- Descubrir si recibir conocimientos de salud mental interfiere en la estigmatización de la esquizofrenia.
- Inferir en la influencia de la variable nivel de estudios en la estigmatización de la esquizofrenia.

### **4. MATERIAL Y MÉTODOS**

#### 4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio cuantitativo con un diseño descriptivo transversal, el cual se ha llevado a cabo a través de un cuestionario diseñado al efecto para esta investigación y realizado a través de Google Docs (Anexo 4). Este cuestionario ha sido pasado al mayor número de sujetos posibles con el fin de obtener un tamaño muestral representativo en función de sus respuestas de manera completamente anónima.

Su principal objetivo es describir las tendencias del estigma social y centrarnos en qué variables (sexo, edad, nivel de estudios y formación sanitaria) interfieren en un incremento de ese estigma hacia las personas con diagnóstico esquizofrénico.



#### 4.2. POBLACIÓN DEL ESTUDIO

La población inicialmente abarcaba todo tipo de edades concluyendo un tamaño muestral de x sujetos. Sin embargo, debido a la escasez de población entre los 40- 50 años se ha decidido centrar la investigación en la población joven con el objetivo de evitar sesgos.

Se ha realizado un muestreo intencional, seleccionando a los participantes en función de diversos criterios como:

- *Criterio de inclusión:* individuos hasta los 35 años que acepten que sus respuestas sean empleadas de manera anónima para llevar a cabo esta investigación.
- *Criterios de exclusión:* todo encuestado menor de 18 años y mayor de 35 años.

#### 4.3. VARIABLES DE MEDIDA

Se ha empleado un cuestionario diseñado por la autora y supervisado por el director de este TFG y realizado en Google Docs (Anexo 4). Dicho cuestionario se diseñó tomando como referencia el empleado en el estudio llevado a cabo sobre las opiniones y creencias de la población española (Anexo 3), del cual se obtuvo la idea de indagar sobre el existente conocimiento y el interés sobre la salud mental. Sin embargo, nos resultó insuficiente para profundizar sobre las actitudes estigmatizadoras o no de nuestra población encuestada.

A su vez, al inicio del cuestionario se adjunta una hoja de registro inicial, donde el individuo que realice la encuesta responderá diversas cuestiones personales que serán de gran utilidad para establecer las variables.

##### 4.3.1 HOJA INICIAL DE REGISTRO

Inicialmente se necesita la autorización del encuestado para emplear sus respuestas de manera completamente anónima en el desarrollo de mi investigación.

A su vez se incluyen variables como: edad, sexo, nivel de estudios. Dentro del nivel de estudios se plantea la idea de si pertenecen sus estudios al ámbito sanitario o no; y si la respuesta es afirmativa se pide especificar el grado universitario que curse o haya cursado de esta ciencia sanitaria.

##### 4.3.2 CUESTIONARIO: ESTIGMA SOCIAL EN ESQUIZOFRENIA

Este cuestionario realizado en Google Docs es la principal fuente para llevar a cabo nuestra investigación.

Se pueden destacar tres secciones diferenciadas en el cuestionario:

- A. La primera sección se centra en la definición de enfermedad mental grave. Se estudia si el encuestado ha presentado/presenta algún tipo de enfermedad de origen mental o si ha presentado/presenta algún individuo de su ámbito social. También se presentan los distintos tipos de enfermedades que se pueden encontrar de origen psíquico y se estudia las primeras impresiones de los encuestados ante ellas.
- B. La segunda sección se centra en el eje central del estudio; la esquizofrenia. Se indaga sobre los conocimientos de los encuestados sobre la enfermedad. Se plantean diversos escenarios en los que los encuestados deberán de decidir sus actuaciones ante estas cuestiones planteadas.
- C. La tercera sección, enfoca al encuestado en las interacciones sociales que presentan los individuos con esquizofrenia y sus posibilidades de reinserción.

#### 4.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La recogida de datos de los encuestados fue registrada y revisada a través de Excel donde cada participante rellenó de manera anónima todas las cuestiones planteadas sobre la esquizofrenia.

Una vez fueron recogidos estos datos se extrapolaron al programa estadístico Spss (v26). Las variables cualitativas fueron descritas en función de frecuencias y porcentajes de la muestra representativa. Además, fueron comparadas todas las variables con los diferentes ítems; los cuales fueron recodificados de manera categórica como una variable cualitativa para realizar el estudio de los resultados.

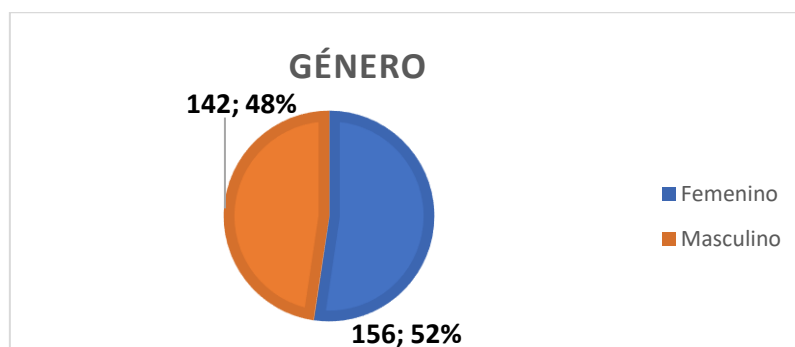
El estudio fue llevado a cabo al tratarse de variables cualitativas a través de la prueba Chi-cuadrado. Se ha considerado significación estadística cuando el p-valor de los resultados analizados ha sido menor de 0,05 y así obtener un análisis interferencial con los contrastes de hipótesis para descubrir si los resultados obtenidos pueden ser extrapolados a la población.

Para este estudio de los resultados se ha recibido la ayuda de la profesora Dra. Nerea González perteneciente al Departamento Estadístico de la USAL.

## 5. RESULTADOS

El estudio obtuvo 366 repuestas a la encuesta. Sin embargo, debido al criterio de exclusión explicado y la escasez de mayores de 35 años, solo se tuvieron en cuenta respuestas hasta los 35 años por lo que el tamaño muestral finalmente fue de (n:298) participantes.

- La **variable género** se ha dividido en tres grupos. El grupo de género "masculino" compuesto por (n:142) participantes, representando el 48% de la muestra. Mientras que el género "femenino" se constituye de (n:156) participantes concluyendo el 52% restante de la muestra. El tercer grupo género "no identificado" no tuvo representación.



**Gráfico 1. Porcentaje de la muestra según el género**

- La **variable nivel de estudios:** tenemos cuatro grupos. "Estudios de secundaria" (n:8) representando el 2,7% de la muestra; "grado universitario" (n:265) representando el 88,9%. Dentro de este grupo se ha subdividido en dos subgrupos: "sanitarios" (n:125) siendo el 44,5% y "no sanitarios" (n:156) siendo el 55,5% restante.  
Por otro lado, "formación profesional" (n:25) siendo el 8,4% restante de la muestra. El grupo "trabajo sin estudios" no tuvo representación.
- La variable **edad:** se ha dividido en cuatro grupos de manera categórica. El primer grupo, abarca de 15-20 años; el segundo grupo de 21-26 años; el tercer grupo de 27-32 años y, por último, el cuarto grupo abarca hasta los 35 años.

### 5.1. SECCIÓN A: ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Dentro de la primera sección de la encuesta focalizada en la definición de enfermedad mental grave, se estudian los conocimientos que presentan los encuestados sobre el ámbito y su situación ante la enfermedad mental.

Se han estudiado si existen diferencias entre los existentes **conocimientos de salud mental** de los participantes. Siendo 1, “pocos conocimientos” y siendo 5, “muchos conocimientos”:

		CONOCIMIENTOS ENFERMEDAD MENTAL GRAVE				
		1	2	3	4	5
<b>SEXO</b>	<b>FEMENINO</b>	8 (5,1%)	25 (16%)	61 (39,1%)	48 (30,8%)	14 (9%)
	<b>MASCULINO</b>	8 (5,6%)	54 (38%)	46 (32,4%)	25 (17,6%)	9 (6,4%)
<b>EDAD</b>	<b>(15-20 AÑOS)</b>	0	20 (42,6%)	16 (34%)	11 (23,4%)	0
	<b>(21-26 AÑOS)</b>	15 (7,2%)	52 (24,9%)	73 (34,9%)	52 (24,9%)	17 (8,1%)
	<b>(27-32 AÑOS)</b>	0	6 (20%)	13 (43,3%)	8 (26,7%)	3 (10%)
	<b>(&lt;/=35 AÑOS)</b>	1 (8,3%)	1 (8,3%)	5 (41,7%)	2 (16,7%)	3 (25%)
<b>SANITARIOS</b>	<b>SI</b>	5 (4%)	8 (6,4%)	43 (34,4%)	50 (40%)	19 (15,2%)
	<b>NO</b>	11 (7,1%)	62 (39,7%)	58 (37,2%)	22 (14,1%)	3 (1,9%)

**Tabla 1: Representación de los conocimientos sobre salud mental en las distintas variables.**

Se observa que el grupo poblacional que presenta mayores conocimientos en función del **género** es el femenino situándose entre el nivel 3 (39,1%) y el nivel 4 (30,8%); mientras que el género masculino se sitúa en torno al 2 (38%) y 3 (32,4%). Esta cuestión ha resultado significativa con un (p-valor = 0,00).

A su vez, dentro del grupo **sanitarios** se ha demostrado un mayor nivel de conocimientos situándose su mayor porcentaje en el nivel 4 (40%) respecto a la población no sanitaria situándose su mayor porcentaje en el nivel 2 (39,7%) resultando esta cuestión con una significación de (p-valor= 0,00).

En cuanto a la variable **edad**, se ha de destacar que el tercer grupo de edad que abarca de los 27 a los 32 años; presenta el mayor porcentaje en el nivel más alto de conocimientos en este caso el 3. Sin embargo; el grupo de edad menor o igual a los 35 años es el que mayor porcentaje presenta en un nivel 5 (muchos conocimientos) siendo este un 25%. Estas cuestiones presentan una significación de p-valor = 0,038.

Ligado a esto se ha estudiado el interés de los individuos para recibir más información sobre el ámbito de salud mental a través del ítem “¿Le gustaría recibir más información

sobre salud mental?”. Se han encontrado diferencias significativas solamente en la variable **nivel de estudios** con un p-valor= 0,026. Describiendo que el grupo con mayor interés en aumentar su formación en salud mental es el grupo de estudios de secundaria ya que toda la muestra ha respondido que sí le interesa n:8 (100%); seguido así del grupo formación sanitaria n:252 (95,1%). En contraste a esto, el grupo de formación profesional es el que más porcentaje presenta en un desinterés en aumentar su formación n:2 (8%).

Los ítems por estudiar en la siguiente tabla son:

1. **¿Ha presentado a lo largo de su vida alguna enfermedad relacionada con su salud mental?**
2. **¿Presenta en su ámbito familiar alguien con alguna enfermedad mental?**
3. **¿Cuál sería la peor enfermedad que te imaginas en el ámbito mental?**
4. **¿Alguna vez se ha referido a personas con trastornos mentales como locos?**

		EMG: PERSONAL		EMG: FAMILIAR		PEOR ENF	USAR LOCOS: EMG		
		SI	NO	SI	NO		ESQUIZO	SI	ALGUN A VEZ
SEXO	FEMENINO	49 (31,4%)	76 (48,7%)	82 (52,5%)	54 (34,7%)	89 (57,1%)	25 (16%)	75 (48,1%)	3 (1,9%)
	MASCULINO	37 (26%)	83 (58,5%)	60 (42,3%)	68 (47,9%)	75 (52,8%)	29 (20,4%)	71 (50%)	2 (1,4%)
SANITARIOS	SI	44 (35,2%)	60 (48%)	65 (52%)	44 (35,2%)	71 (56,8%)	26 (20,8%)	59 (47,2%)	1 (0,8%)
	NO	37 (23,7%)	92 (59%)	70 (44,8%)	72 (46,2%)	84 (53,8%)	24 (15,4%)	77 (49,4%)	4 (2,6%)
EDAD	(15-20 AÑOS)	13 (27,7%)	27 (57,4%)	19 (40,4%)	21 (44,7%)	22 (46,8%)	8 (17%)	23 (48,9%)	0
	(21-26 AÑOS)	62 (29,7%)	109 (52,1%)	106 (50,5%)	86 (41,1%)	118 (56,5%)	35 (16,7%)	105 (50,2%)	2 (1%)
	(27-32 AÑOS)	6 (20%)	19 (63,3%)	11 (36,7%)	11 (36,7%)	17 (56,7%)	10 (33,3%)	11 (36,7%)	2 (6,7%)
	(32-36 AÑOS)	5 (41,7%)	4 (33,3%)	6 (50%)	4 (33,3%)	7 (58,3%)	1 (8,3%)	7 (58,3%)	1 (8,3%)

**Tabla 2: Análisis de las respuestas de los encuestados sobre su situación ante la salud mental según variable estudiadas.**

Por último, dentro de esta sección presentamos la cuestión:

**1. En caso de que un familiar tuviera una enfermedad. ¿Cuál preferirías?**

		PEOR ENFERMEDAD PARA TU FAMILIAR			
		BIPOLAR	DEPRESIÓN	ANSIEDAD	ESQUIZOFRENIA
SEXO	FEMENINO	11 (7,1%)	7 (4,5%)	136 (87,1%)	2 (1,3%)
	MASCULINO	23 (16,2%)	16 (11,3%)	101 (71,1%)	2 (1,4%)

**Tabla 3: Representación según la variable sexo cual es la peor enfermedad desde la perspectiva de los encuestados.**

Dentro de la variable sexo se han encontrado diferencias significativas con un p-valor=0,006 en esta cuestión. Ambos géneros coinciden en que la peor enfermedad que pueden imaginar dentro del ámbito psíquico es la esquizofrenia; en el femenino n:2 (1,3%) y en el masculino n:2 (1,4%). A su vez, concuerdan en que si han de elegir una enfermedad para sus familiares preferirían la ansiedad dentro de las propuestas; el género femenino n:136 (87,1%) y el género masculino n:101 (71,1%).

## 5.2 SECCIÓN B: ESQUIZOFRENIA

En esta segunda sección, el estudio se centra en las respuestas que presentan los encuestados ante diferentes situaciones planteadas con individuos que presentan esquizofrenia. Se pretende analizar si presentan medidas estigmatizadoras de la enfermedad o no en las cuestiones planteadas.

Se parte de la base de cómo es el nivel de conocimientos de la población encuestada ante esta enfermedad. Siendo 1, dominio del tema y 5, pocos conocimientos.

		CONOCIMIENTOS TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO				
		1	2	3	4	5
SEXO	FEMENINO	8 (5,1%)	34 (21,8%)	52 (33,3%)	44 (28,2%)	18 (11,6%)
	MASCULINO	7 (4,9%)	43 (30,4%)	56 (39,4%)	26 (18,3%)	10 (7%)
NIVEL ESTUDIOS	SECUNDARIA	1 (12,5%)	4 (50%)	1 (12,5%)	2 (25%)	0
	FP	2 (8%)	2 (8%)	15 (60%)	5 (20%)	1 (4%)
	GRADO UNI	12 (4,5%)	71 (26,8%)	92 (34,7%)	63 (23,8%)	27 (10,2%)
SANITARIOS	SI	5(4%)	14 (11,2%)	39 (31,2%)	49 (39,2%)	18 (14,4%)
	NO	8 (5,1%)	58 (37,2%)	61 (39,1%)	19 (12,2%)	10 (6,4%)

**Tabla 4: Representación de los conocimientos de la enfermedad mental grave: esquizofrenia en la población encuestada.**

Dentro de la variable sanitarios se encontró significación con p-valor= 0,00, extrapolando así que los sanitarios se encuentran entre el nivel 3 n:39 (31,2%) y nivel 4 n:49 (39,2%) de conocimientos sobre dicha enfermedad; mientras que la muestra no sanitaria se sitúa su predominio en el nivel 2 n:58 (37,2%) y n:61 (39,2%)

A continuación, se estudiará la aceptación negativa a los siguientes ítems para destacar las actitudes estigmatizadoras de los encuestados. (Anexo 5)

**1.En el caso de que un familiar comenzara con dicha enfermedad. ¿Le daría miedo estar cerca de él?: (miedo)**

**2. ¿Crees que serías capaz de entender su enfermedad?: (compresión)**

**3. ¿Serías capaz de seguir conviviendo con esa persona? (convivencia)**

**4.Si mantuvieras una relación amorosa con esta persona. ¿Crees que podrías continuarla? (pareja)**

**5. ¿Crees que te costaría contar a tu núcleo familiar que tu pareja padece esquizofrenia? (familia)**

		<b>MIE DO</b>	<b>COMPRESIÓN</b>		<b>CONVIVENCIA</b>		<b>PAR EJA</b>	<b>FAMI LIA</b>
		SI	NO	TAL VEZ	NO	TAL VEZ	NO	SI
<b>SEXO</b>	<b>FEMENINO</b>	9 (5,8%)	3 (1,9%)	40 (25,6%)	12 (7,7%)	61 (39,1%)	57 (36,5%)	32 (20,5%)
	<b>MASCULINO</b>	5 (3,5%)	9 (6,3%)	40 (28,2%)	8 (5,6%)	61 (43%)	37 (26,1%)	20 (14,1%)
<b>SANITARIOS</b>	<b>SI</b>	5 (4%)	2 (1,6%)	27 (21,6%)	6 (4,8%)	46 (36,8%)	35 (28%)	24 (19,2)
	<b>NO</b>	9 (5,8%)	8 (5,1%)	46 (26,5%)	12 (7,7%)	69 (44,2%)	53 (34%)	27 (17,3%)
<b>NIVEL ESTUDIOS</b>	<b>ESTUDIOS SECUNDARIA</b>	0	0	2 (25%)	1 (12,5%)	2 (25%)	4 (50%)	3 (37,5%)
	<b>GRADO UNI</b>	14 (5,3%)	10 (3,8%)	71 (26,8%)	17 (6,4%)	109 (41,1%)	83 (31,3%)	47 (17,7%)
	<b>FP</b>	0	2 (8%)	7 (28%)	2 (8%)	11 (44%)	7 (28%)	2 (8%)

**Tabla 5: Aceptación negativa de los ítems planteados a la población encuestada según las variables.**

Dentro de la cuestión **miedo** a estar cerca de tu familiar si debuta con esquizofrenia se han encontrado diferencias significativas dentro de la variable **sanitarios** con un p-valor=0,022. Esto supone que los sanitarios presentan un menor temor que la población no sanitaria a la hora de afrontar la enfermedad ya que solo n:5 (5,8%) ha repuesto que sí le daría miedo afrontarla.

A su vez, dentro de esta misma cuestión se ha de destacar dentro de la variable **nivel de estudios** una diferencia significativa con un p-valor = 0,017. En este caso, el grupo grado universitario es el único grupo que presenta participantes que presentan temor ante un paciente con esquizofrenia siendo así n:14 (5,3%).

En la cuestión de esta misma tabla; cuyo planteamiento es si serías capaz de seguir con tu **relación amorosa** en caso de que este debutase con esquizofrenia. Existen diferencias significativas dentro de la variable **sexo** con un p-valor = 0,048. Con el cual afirmamos que el género femenino presenta una mayor tendencia a finalizar su relación si este enfermase n:32 (20,5%) frente al masculino n:20 (14,1%).

Por último, se plantearon dos escenarios: (Anexo 5)

1. **En el caso de que se enterase que su médico de cabecera padeciese esquizofrenia**
2. **Si una madre padeciera esquizofrenia podría desempeñar la función de cuidador**

		MADRE ESQUIZOFRÉNICA		MÉDICO ESQUIZOFRÉNICO	
		NO	OTRO TUTOR	CAMBIO MÉDICO	CUESTIONAR CRITERIO
SEXO	FEMENINO	8 (5,1%)	59 (37,8%)	20 (12,8%)	47 (30,5%)
	MASCULINO	17 (12%)	50 (35,2%)	35 (24,6%)	34 (23,9%)
SANITARIO	SI	7 (5,6%)	38 (30,4%)	33 (26,4%)	33 (26,4%)
	NO	16 (10,3%)	64 (41%)	43 (27,6%)	43 (27,6%)

**Tabla 6: Actitudes estigmatizadoras de la población encuestada ante dos escenarios planteados.**

En la primera cuestión explicada referida al escenario en el que el encuestado se encuentra con que su médico de cabecera padece esquizofrenia; se ha encontrado una significación con un p-valor: 0,029 dentro de la variable sexo. Se demuestra que el género masculino presenta una actitud de mayor estigma ya que una n: 69 (48,5%) no aceptaría en su



totalidad que su médico presente dicha enfermedad, mientras que el género femenino se sitúa en un total de n: 67 (43,3%).

En la segunda cuestión planteada con la **custodia del hijo de una madre con esquizofrenia**; también han sido encontradas diferencias significativas dentro de la variable **sanitarios** con un p-valor: 0,03. Ya que el grupo sanitario supone n: 45 (36%) que cuestiona a la mujer con esquizofrenia como madre; mientras que el grupo no sanitario n:80 (51,3%) más de la mitad no concibe que sea la madre la responsable de su tutela, existiendo así una actitud de carácter más estigmatizador en el grupo no sanitario.

### 5.3 SECCIÓN C: ESQUIZOFRENIA ÁMBITO SOCIAL

En este apartado se plantea el ítem como eje principal a estudiar:

#### **1. Las personas con esquizofrenia se pueden reinsertar en la sociedad:**

Siendo sus respuestas una escala numérica del 1 al 5: representando 1 (“muy desacuerdo”) y 5 (“totalmente de acuerdo”).

		REINSERCIÓN EN LA SOCIEDAD
		TOTALMENTE DE ACUERDO
<b>SEXO</b>	<b>FEMENINO</b>	103 (66%)
	<b>MASCULINO</b>	78 (54,9%)
<b>NIVEL ESTUDIOS</b>	<b>SECUNDARIA</b>	2 (25%)
	<b>GRADO UNI</b>	159 (60%)
	<b>FP</b>	20 (80%)
<b>SANITARIOS</b>	<b>SI</b>	89 (71,2%)
	<b>NO</b>	82 (52,6%)
<b>EDAD</b>	<b>(15-20 AÑOS)</b>	23 (48,9%)
	<b>(21-26 AÑOS)</b>	136 (65,1%)
	<b>(27-32 AÑOS)</b>	15 (50%)
	<b>(32-26 AÑOS)</b>	7 (58,3%)

**Tabla 7; Aceptación de la posibilidad de reinsertión en la sociedad de las personas que padecen esquizofrenia.**

Fueron encontradas diferencias significativas dentro del grupo sanitario con un p-valor= 0,023. Suponiendo esto que n:89 (71,2%) de la población sanitaria confía en la reinsertión.

A su vez para finalizar los resultados se van a discutir tres cuestiones;

#### **1. ¿Crees que una persona con esquizofrenia puede seguir una vida normal?**

2. Pienso que las personas esquizofrénicas deberían de estar confinadas en un establecimiento específico que trate su patología.
3. ¿Crees que las personas que padecen esquizofrenia se encuentran más estigmatizadas que otras enfermedades?

		VIDA NORMAL		CONFINAMIENTO		ESTIGMATIZACIÓN		DEPENDENCIA
		SI (MEDICACIÓN)	NO (NUNCA)	SI	NO	SI	NO	
SEXO	FEMENINO	155 (99,4%)	1 (0,6%)	8 (5,1%)	148 (94,9%)	133 (85,3%)	6 (3,8%)	17 (10,9%)
	MASCULINO	136 (95,8%)	6 (4,2%)	17 (12%)	125 (88%)	94 (66,2%)	9 (6,3%)	39 (27,5%)
SANTARIOS	SI	124 (99,2%)	1 (0,8%)	4 (3,2%)	121 (96,8%)	105 (84%)	6 (4,8%)	14 (11,2%)
	NO	151 (96,8%)	5 (3,2%)	17 (10,9)	139 (89,1%)	112 (71,8%)	8 (5,1%)	36 (23,1%)
NIVEL ESTUDIOS	SECUNDARIA	8 (100%)	0	0	8 (100%)	4 (50%)	1 (12,5%)	3 (37,5%)
	GRADO UNI	259 (97,7%)	6 (2,3%)	19 (7,2%)	246 (92,8%)	209 (78,9%)	12 (4,5%)	44 (16,6%)
	FP	24 (96%)	1 (4%)	6 (24%)	19 (76%)	14 (56%)	2 (8%)	9 (36%)

**Tabla 8: Estudio de las cuestiones que abarcan en ámbito social en esquizofrenia.**

En la primera cuestión que estudia la **vida normal** que puede llevar a cabo una persona con esquizofrenia; se han encontrado diferencias significativas en la variable **sexo** con un p-valor= 0,04. En donde destacamos que el género femenino presenta n: 155(99,4%) frente al género masculino n:136 (95,8%) una mayor aceptabilidad de la vida normal del paciente con esquizofrenia bajo medicación.

En la segunda cuestión centrada en la necesidad o no de confinar a las personas con este tipo de patología; se han encontrado diferencias significativas en la variable **sexo** (p-valor=0,033), variable **nivel de estudios** (p-valor: 0,010) y variable **sanitarios** (p-valor=0,015). Esto se concluye con que el género masculino n:17 (12%), no sanitarios n:17 (10,9%) y formación profesional n:6 (24%) afirman en mayor medida la necesidad del confinamiento de esta patología.

La tercera cuestión basada en la estigmatización del enfermo finalmente ha obtenido niveles de significación en la variable **sexo** (p-valor=0,00), variable **nivel de estudios** (p-valor=0,04) y variable **sanitarios** (p-valor=0,032).

## **6. DISCUSIÓN**

Una vez han sido analizados los datos según las secciones, podemos determinar diferentes cuestiones que han resultado significativas en el estudio.

En la **primera sección**, centrada en la enfermedad mental grave, se ha descubierto que el género femenino presenta unos mayores conocimientos frente al género masculino. Esto se asemeja a la anterior investigación citada llevada a cabo en una población muestral de alumnos de quinto medicina de la Universidad San Pablo-Ceu de Madrid. En dicha investigación muestra una mayor sensibilidad en el género femenino ante este ámbito que el masculino.

A su vez, nuestro estudio también muestra una formación más notable en población sanitaria incluida en el grupo de edad que abarca los 27-32 años. En cuanto la variable nivel de estudios; son aquellos con nivel de secundaria seguidos de grado universitario los más interesados contrastando con la formación profesional, el grupo menos interesado en el ámbito. Por lo que el sujeto diana con mayores conocimientos en dicho ámbito es mujer sanitaria dentro de ese rango de edad.

Sin embargo, ambos géneros coinciden al igual que estudios anteriores en que la esquizofrenia es la enfermedad que peor percepción genera al sujeto y en caso de elegir un tipo de enfermedad de este ámbito para sus familiares ambos grupos preferirían la ansiedad.

En la **segunda sección**, centrada en la esquizofrenia, destaca el grupo sanitario con significación en cuanto al dominio de lo que es un trastorno esquizofrénico, en contraposición a este hecho se muestra la falta de información que presenta el resto de población que no pertenece a las ciencias de la salud. Esta afirmación concuerda con lo planteado en el estudio mencionado Opiniones y creencias sobre enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. (4). Añadido a esta cuestión, esta formación que presentan los sanitarios en dicha materia repercute positivamente en la percepción que presentan del paciente con esquizofrenia ya que también se ha demostrado en nuestro estudio que es el grupo poblacional con menor temor en afrontar esa enfermedad en su círculo cercano.

El estudio que se ha planteado en nuestra investigación sugiere una novedad que es que el género femenino dentro de una relación amorosa tendría una menor resiliencia a continuar con la relación. Esta cuestión es destacable ya que, por lo general, en todo el

estudio el género femenino presenta una menor incidencia que el género masculino en cuanto a actitudes estigmatizadoras. Esto se observa en escenarios planteados como si el encuestado descubre que su médico de cabecera padece esquizofrenia; el grupo que más cuestionaría su profesionalidad y atención se encuentra dentro del género masculino. En el segundo escenario de la discusión sobre el derecho de la titularidad de una madre esquizofrénica sobre su hija, existe un evidente estigma tanto en sanitarios como no en sanitarios (mayor en este último). Sin embargo, ambos grupos presentan porcentajes elevados en lo referido a quitarle la tutela de su hijo siendo este un derecho de una madre.

En la **tercera sección**, centrada en el ámbito social esquizofrenia, se destaca que la población sanitaria refiere una mayor confianza en a la reinserción de la población con esquizofrenia que el resto de encuestados. Esto sugiere un nuevo planteamiento de acercar las enfermedades mentales a la población general para normalizar dichas patologías. Como punto de partida, se toma como referencia la significación encontrada en cuestiones tan estigmatizadoras como confinamiento específico para la patología con una mayor incidencia en las respuestas por el género masculino que presenta formación profesional no sanitaria.

El género femenino presenta una mayor aceptabilidad de la enfermedad y observa la compatibilidad de una vida normal bajo medicación. El hecho de la falta de la aceptación de la enfermedad es una de las condiciones que más repercute en este tipo de pacientes.

## **7. CONCLUSIONES**

La esquizofrenia es una enfermedad que no solo interfiere en la salud mental del paciente, sino que tiene una gran repercusión en su ámbito social repercutiendo en grandes cuestiones de su vida rutinaria o derechos que en muchas ocasiones, son renegados por la población son renegados por su condición de enfermedad.

Se han encontrado algunas diferencias significativas según las distintas variables escogidas para el estudio.

- **Sexo:** el género femenino muestra una mayor aceptabilidad de la enfermedad y una menor estigmatización frente al género masculino. En contraposición, en el ámbito amoroso con una pareja que debutara con esquizofrenia el género masculino continuaría su relación en mayor medida que el femenino.

- **Nivel de estudios:** se ha demostrado que el grado universitario presenta un mayor nivel de conocimientos de la salud mental y toma de perspectiva. Destacando considerablemente el grupo sanitario, el grupo que por excelencia presenta un menor nivel de estigmatización y un nivel alto de conocimientos sobre la enfermedad además de su interés por aumentar su formación.
- **Edad:** no se han encontrado diferencias significativas. Sin embargo, sí que podemos concluir que el grupo de edad compuesto entre los 27 y 32 años presenta mayor formación que el resto de los grupos de edad en relación con la enfermedad

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. COVID-19 pandemic underlines need to strengthen resilience of health systems, says OECD [Internet]. Oecd.org. [citado el 31 de marzo de 2022].  
 Disponible en: <https://www.oecd.org/health/covid-19-pandemic-underlines-need-to-strengthen-resilience-of-health-systems-says-oecd.htm>
2. Un informe de la OMS pone de relieve el déficit mundial de inversión en salud mental [Internet]. Who.int. [citado el 31 de marzo de 2022].  
 Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>
3. Europa.eu. [citado el 25 de marzo de 2022].  
 Disponible en:  
[https://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_es.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf)
4. Ruiz MÁ, Montes JM, Lauffer JC, Álvarez C, Mauriño J, de Dios Perrino C. Opinions and beliefs of the Spanish population on serious mental illnesses (schizophrenia and bipolar disorder). Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed) [Internet]. 2012 [citado el 24 de marzo de 2022];5(2):98–106. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-486-articulo-opinions-beliefs-spanish-population-on-S2173505012000349>
5. INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS 243 [Internet]. Informacionepsiquiatricas.com. [citado el 24 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://informacionepsiquiatricas.com/informe243/>
6. Sepsiq.org. [citado el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/Royal/21-Esquizofrenia.pdf>
7. Nacional De Salud S, Latorre MA, Fernando J, Montalvo M, Félix M, García M, et al. 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 Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP [Internet]. Gob.es. [citado el 4 de abril de 2022].

Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud\\_mental\\_datos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf)

8. Nami.org. [citado el 11 de abril de 2022].  
Disponible en: [https://www.nami.org/NAMI/media/NAMI-Media/Images/FactSheets/Spanish\\_Schizophrenia\\_\(esquizofrenia\).pdf](https://www.nami.org/NAMI/media/NAMI-Media/Images/FactSheets/Spanish_Schizophrenia_(esquizofrenia).pdf)
9. La esquizofrenia [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). [citado el 24 de marzo de 2022].  
  
Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia>
10. Escamilla-Orozco RI, Becerra-Palars C, Armendáriz-Vázquez Y, Corlay-Noriega IS, Herrera-Estrella MA, Llamas-Núñez RE, et al. Tratamiento de la esquizofrenia en México: recomendaciones de un panel de expertos. Gac Med Mex [Internet]. 2021 [citado el 24 de marzo de 2022];157(Supl 4):S1–12. Disponible en: [https://www.gacetamedicademexico.com/frame\\_eng.php?id=535](https://www.gacetamedicademexico.com/frame_eng.php?id=535)
11. Miyamoto S, Wolfgang Fleischhacker W. The use of long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia. Curr Treat Options Psychiatry [Internet]. 2017 [citado el 18 de abril de 2022];4(2):117–26.  
  
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40501-017-0115-z>
12. Romero AA. Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. Cuad Trab Soc [Internet]. 2010 [citado el 25 de marzo de 2022];23:289–300. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110289A>
13. Gessa Sorroche L. Aprobada la nueva Estrategia de Salud Mental del SNS 2022-2026 [Internet]. Confederación de Empresarios de Andalucía. 2022 [citado el 5 de abril de 2022].  
  
Disponible en: <https://www.cea.es/aprobada-la-nueva-estrategia-de-salud-mental-del-sns-2022-2026/>

14. Influencia del Autoestigma o Estigma Internalizado en el Funcionamiento Social y Apoyo Social en pacientes con Enfermedades Mentales atendidos en la Comunidad Terapéutica de Salud Mental [Internet]. Nureinvestigacion.es. [citado el 25 de marzo de 2022].

**Disponible en:**

<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/29>

15. Declaración de Helsinki: conferencia ministerial de la OMS para la Salud Mental - Confederación Salud Mental España [Internet]. Confederación Salud Mental España. 2010 [citado el 18 de abril de 2022].

Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/declaracion-helsinki/>

16. Bengochea-Seco R, Arrieta-Rodríguez M, Fernández-Modamio M, Santacoloma-Cabero I, Gómez de Tojeiro-Roce J, García-Polavieja B, et al. Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed) [Internet]. 2018 [citado el 25 de marzo de 2022];11(4):244–54.

Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-adaptacion-al-espanol-escala-internalized-S1888989116000367>

17. Gilaberte Inmaculada, Failde Inmaculada, Salazar Alejandro, Caballero Luis. Actitud de los alumnos de quinto de medicina hacia la salud mental. Educ. méd. [Internet]. 2012 Dic [citado 2022 Abr 11] ; 15( 4 ): 227-233.

Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-18132012000400009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132012000400009&lng=es).



## ANEXOS

### **Anexo 1: Escala: Estigma Interiorizado de Enfermedad Mental” (EIAM).**

Fuente:(16)

	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me siento fuera de lugar en el mundo porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
2. Las personas con enfermedad mental tienden a ser violentas	1	2	3	4
3. La gente me discrimina porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
4. Evito relacionarme con personas que no tienen enfermedad mental para evitar el rechazo	1	2	3	4
5. Estoy avergonzado de tener una enfermedad mental	1	2	3	4
6. Las personas con enfermedad mental no deberían casarse	1	2	3	4
7. Las personas con enfermedad mental hacen contribuciones importantes a la sociedad	1	2	3	4
8. Me siento inferior a las personas que no tienen enfermedad mental	1	2	3	4
9. No me relaciono tanto como solía porque mi enfermedad mental podría hacerme parecer o comportarme raro	1	2	3	4
10. Las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida plena y gratificante	1	2	3	4
11. No hablo mucho de mí mismo porque no quiero agobiar a los demás con mi enfermedad mental	1	2	3	4
12. Los estereotipos negativos sobre la enfermedad mental me mantienen aislado del mundo «normal»	1	2	3	4
13. Estar entre personas que no tienen enfermedad mental me hace sentir fuera de lugar o inadecuado	1	2	3	4
14. Me siento cómodo si me ven en público con una persona que es evidente que tiene enfermedad mental	1	2	3	4
15. La gente a menudo tiene una actitud paternalista conmigo, o me trata como a un niño, solo porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
16. Estoy decepcionado conmigo mismo por tener una enfermedad mental	1	2	3	4

	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
17. Tener una enfermedad mental ha echado a perder mi vida	1	2	3	4
18. La gente puede decir que tengo una enfermedad mental por mi aspecto	1	2	3	4
19. Debido a que tengo una enfermedad mental, necesito que los demás tomen la mayoría de las decisiones por mí	1	2	3	4
20. Me mantengo apartado de situaciones sociales con el fin de no avergonzar a mi familia o amigos	1	2	3	4
21. Las personas sin enfermedad mental no pueden entenderme	1	2	3	4
22. La gente me ignora o me toma menos en serio solo porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
23. No puedo contribuir en nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
24. Vivir con una enfermedad mental me ha hecho una persona fuerte	1	2	3	4
25. Nadie estaría interesado en relacionarse conmigo porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
26. En general, soy capaz de vivir la vida de la manera que quiero	1	2	3	4
27. Puedo tener una vida plena y satisfactoria, a pesar de mi enfermedad mental	1	2	3	4
28. Algunas personas piensan que no puedo lograr mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
29. Los estereotipos sobre la enfermedad mental son aplicables a mí	1	2	3	4

## Anexo 2: Índices de discriminación de los ítems de cada subescala

Subescala	Ítem	r de Pearson
Alienación	1. Me siento fuera de lugar en el mundo porque tengo una enfermedad mental	0,72*
	5. Estoy avergonzado de tener una enfermedad mental	0,72*
	8. Me siento inferior a las personas que no tienen enfermedad mental	0,80*
	16. Estoy decepcionado conmigo mismo por tener una enfermedad mental	0,77*
	17. Tener una enfermedad mental ha echado a perder mi vida	0,65*
Estereotipos	21. Las personas sin enfermedad mental no pueden entenderme	0,62*
	2. Las personas con enfermedad mental tienden a ser violentas	0,64*
	6. Las personas con enfermedad mental no deberían casarse	0,58*
	10. Las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida plena y gratificante	0,70*
	18. La gente puede decir que tengo una enfermedad mental por mi aspecto	0,71*
Aislamiento	19. Debido a que tengo una enfermedad mental, necesito que los demás tomen la mayoría de decisiones por mí	0,66*
	23. No puedo contribuir en nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental	0,62*
	29. Los estereotipos sobre la enfermedad mental son aplicables a mí	0,67*
	4. Evito relacionarme con personas que no tienen enfermedad mental para evitar el rechazo	0,77*
	9. No me relaciono tanto como solía porque mi enfermedad mental podría hacerme parecer o comportarme raro	0,75*
Discriminación	11. No hablo mucho de mí mismo porque no quiero agobiar a los demás con mi enfermedad mental	0,65*
	12. Los estereotipos negativos sobre la enfermedad mental me mantienen aislado del mundo «normal»	0,70*
	13. Estar entre personas que no tienen enfermedad mental me hace sentir fuera de lugar o inadecuado	0,72*
	20. Me mantengo apartado de situaciones sociales con el fin de no avergonzar a mi familia o amigos	0,59*
	3. La gente me discrimina porque tengo una enfermedad mental	0,61*
Resistencia	15. La gente a menudo tiene una actitud paternalista conmigo, o me trata como a un niño, solo porque tengo una enfermedad mental	0,66*
	22. La gente me ignora o me toma menos en serio solo porque tengo una enfermedad mental	0,88*
	25. Nadie estaría interesado en relacionarse conmigo porque tengo una enfermedad mental	0,66*
	28. Algunas personas piensan que no puedo lograr mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental	0,80*
Resistencia	7. Las personas con enfermedad mental hacen contribuciones importantes a la sociedad	0,43*
	14. Me siento cómodo si me ven en público con una persona que es evidente que tiene enfermedad mental	0,39*
	24. Vivir con una enfermedad mental me ha hecho una persona fuerte	0,62*
	26. En general, soy capaz de vivir la vida de la manera que quiero	0,62*
	27. Puedo tener una vida plena y satisfactoria, a pesar de mi enfermedad mental	0,69*

\* p < 0,001.

### Anexo 3: Cuestionario de opiniones sobre enfermedades mentales graves.

Fuente: (4)

<b>CUESTIONARIO de opiniones</b> <small>OPINIÓN</small> <b>enfermedades mentales graves</b>	<b>CUESTIONARIO de opiniones</b> <small>OPINIÓN</small> <b>enfermedades mentales graves</b>
<p>Nos gustaría conocer su opinión sobre una serie de temas relacionados con la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Los resultados de esta encuesta nos permitirán conocer mejor la opinión que tiene el público en general sobre estas enfermedades y diseñar en el futuro campañas para su mejor comprensión.</p> <p><b>¿Conoce Ud. lo que son la esquizofrenia y el trastorno bipolar?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> Sí → <input type="checkbox"/> Padezco esquizofrenia o trastorno bipolar  <input type="checkbox"/> Tengo un familiar que padece esquizofrenia o trastorno bipolar  <input type="checkbox"/> Conozco a una persona próxima con esquizofrenia o trastorno bipolar  <input type="checkbox"/> Sí, pero no conozco a nadie con esquizofrenia o trastorno bipolar  <input type="checkbox"/> Sí, por mi profesión</p> <p><b>1. ¿Piensa Ud. que la esquizofrenia o el trastorno bipolar son fáciles de identificar para el médico?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo    <input type="checkbox"/> Bastante de acuerdo    <input type="checkbox"/> Algo en desacuerdo    <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p> <p><b>2. ¿Cuáles piensa Ud. que son las dificultades para que el médico identifique de forma adecuada estas enfermedades? (marque todas las que correspondan)</b></p> <p><input type="checkbox"/> El rechazo social que hace que el paciente no acuda al médico  <input type="checkbox"/> El desconocimiento de estas enfermedades por parte del paciente y sus familiares  <input type="checkbox"/> Los síntomas son poco claros  <input type="checkbox"/> La dificultad para acceder al sistema sanitario  <input type="checkbox"/> No existen herramientas para que el médico las identifique correctamente</p> <p><b>3. Indique, si lo conoce, un síntoma característico de la esquizofrenia</b></p> <hr/> <p><b>4. Indique, si lo conoce, un síntoma característico del trastorno bipolar</b></p> <hr/> <p><b>5. ¿Cuáles piensa Ud. que son las causas o desencadenantes de la esquizofrenia o el trastorno bipolar? (marque todas las que correspondan)</b></p> <p><input type="checkbox"/> El consumo de drogas    <input type="checkbox"/> Un trauma infantil    <input type="checkbox"/> Un problema en el parto o el embarazo  <input type="checkbox"/> La herencia familiar    <input type="checkbox"/> Una infección    <input type="checkbox"/> Una alteración en la biología del cerebro  <input type="checkbox"/> El estrés</p> <p><b>6. ¿Cree Ud. que la esquizofrenia o el trastorno bipolar interfieren en la vida normal del paciente?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No, no interfieren nada    <input type="checkbox"/> Interfieren bastante  <input type="checkbox"/> Interfieren poco    <input type="checkbox"/> Interfieren tanto que impiden una vida normal</p>	<p><b>7. ¿Qué piensa Ud. que pueden hacer con normalidad la mayoría de los pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar? (marque todas las que correspondan)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Las relaciones con la familia    <input type="checkbox"/> Las relaciones con los amigos  <input type="checkbox"/> Las tareas cotidianas    <input type="checkbox"/> Planificar su tiempo de ocio  <input type="checkbox"/> La actividad laboral    <input type="checkbox"/> Ser independiente  <input type="checkbox"/> Las relaciones de pareja</p> <p><b>8. ¿Cuáles cree Ud. que son los tratamientos útiles para la esquizofrenia o el trastorno bipolar? (marque todas las que correspondan)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tratamientos con medicamentos  <input type="checkbox"/> Tratamientos psicológicos  <input type="checkbox"/> Otros (mencione): _____</p> <p><b>9. ¿Cree Ud. que los tratamientos actuales para la esquizofrenia o el trastorno bipolar son eficaces?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nada eficaces    <input type="checkbox"/> Poco eficaces    <input type="checkbox"/> Bastante eficaces    <input type="checkbox"/> Totalmente eficaces</p> <p><b>10. ¿Qué opiniones cree Ud. que la mayor parte de la gente comparte sobre la esquizofrenia o el trastorno bipolar? (marque todas las que correspondan)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Son enfermedades como otra cualquiera  <input type="checkbox"/> Son enfermedades que generan más rechazo social que otras enfermedades  <input type="checkbox"/> Son enfermedades que producen mucha carga a la familia  <input type="checkbox"/> Son enfermedades que generan mucho sufrimiento a la persona que la padece  <input type="checkbox"/> Son enfermedades que afectan a un porcentaje muy bajo de la población  <input type="checkbox"/> Otros (mencione): _____</p> <p><b>11. ¿Cómo cree Ud. que es el tratamiento de la esquizofrenia y el trastorno bipolar? (marque todas las que correspondan)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Es un tratamiento para toda la vida  <input type="checkbox"/> El tratamiento es sencillo y cómodo  <input type="checkbox"/> El tratamiento muy prolongado puede ser perjudicial  <input type="checkbox"/> Abandonar el tratamiento puede ser perjudicial  <input type="checkbox"/> Sólo se debe tratar cuando hay síntomas</p> <p><b>12. Si lo desea, escriba aquí qué es lo que más le preocupa de la esquizofrenia o el trastorno bipolar:</b></p> <p>_____</p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer    <input type="checkbox"/> Hombre    Edad: _____ años</p> <p style="text-align: right;">Muchas gracias por su colaboración</p>

**Anexo 4: Hoja de registro inicial**

Fuente: Elaboración propia

1. Acepto que mis respuestas sean empleadas de manera anónima para el desarrollo del TFG
  - Si
2. Edad: \_\_\_\_\_
3. Sexo:
  - Femenino
  - Masculino
  - No especificado
4. Nivel de estudios
  - Estudios de secundaria
  - Grado universitario
  - Formación profesional
  - Trabajo sin estudios
5. En caso de haber contestado grado universitario. ¿Pertenece a las ciencias de salud?
  - Si
  - No
6. En caso de respuesta afirmativa. Especifique el grado que realice:  
\_\_\_\_\_

## **Anexo 5: Cuestionario: Estigma Social en esquizofrenia**

### **SECCIÓN A: ¿Qué es una Enfermedad Mental Grave?**

Conteste con sinceridad. Es anónima

1. Considera que tiene conocimientos sobre las enfermedades del tema
 

	1	2	3	4	5	
Poco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho
  
2. Ha presentado a lo largo de su vida alguna enfermedad relacionada con su salud mental.
  - Si
  - No
  - Tal vez
3. Presenta en su ámbito familiar alguien con alguna enfermedad mental
  - Si
  - No
  - Tal vez
4. Le gustaría recibir más información sobre la salud mental
  - Sí, me interesa
  - No, no me interesa
  - Nunca me ha interesado el tema
5. En caso de que un familiar padeciera una enfermedad mental. ¿Cuál preferirías?
  - Trastorno bipolar
  - Depresión
  - Ansiedad
  - Esquizofrenia
6. ¿Cuál sería la enfermedad que peor te imaginas en el ámbito mental?
  - Trastorno de conducta alimentaria
  - Alcoholismo
  - Ansiedad
  - Depresión
  - Esquizofrenia
7. ¿Alguna vez se ha referido a personas con trastornos mentales como locos?
  - Si
  - No
  - En alguna ocasión
  - En muchas ocasiones

## SECCIÓN B: ESQUIZOFRENIA

Intenta contestar con la mayor sinceridad posible. Esta respuesta es anónima.

8. Considera que sabe lo que es el trastorno esquizofrénico

	1	2	3	4	5	
Pocos conocimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dominio del tema

9. ¿Conoce a alguien con dicha enfermedad?

- Si
- No

10. ¿Quién crees que puede padecer dicha enfermedad?

- Personas con alcoholismo o drogodependencia.
- Personas que pertenecen a bajos niveles socioeconómicos
- Personas con enfermedades mentales previas: depresión, ansiedad...
- Cualquier persona

11. Este tipo de enfermedad supone:

- Una amenaza para ellos mismos
- Una amenaza para su núcleo familiar, amoroso, laboral...
- Ambas
- Ninguna

12. En el caso de que algún familiar comenzara con dicha enfermedad. ¿Le daría miedo estar cerca de él?

	1	2	3	4	5	
Sinceramente si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Podría adaptarme a la situación

13. ¿Crees que serías capaz de entender su enfermedad?

- Si
- No
- Tal vez

14. ¿Qué opciones tomarías tras su primer brote psicótico?

- Me mantendría alejada de él por miedo a que me haga daño.
- Llamar a la policía.
- Lo llevaría contra su voluntad al psiquiatra.
- Usaría contenciones físicas.
- Intentaría controlar la situación y llamar al servicio de emergencia.

15. ¿Sería capaz de seguir conviviendo con esa persona?

- Sí
- No
- Tal vez

16. En caso de que se enterase que su médico de cabecera padeciera esquizofrenia

- Intentaría cambiarme de médico.
- Cuestionaría en mayor medida su criterio médico.
- Confiaría en su profesionalidad.

17. Si mantuvieras una relación amorosa con esta persona crees que podrías continuarla:

- Sí
- No

18. Crees que te costaría contar a tu núcleo familiar que tu pareja padece esquizofrenia

	1	2	3	4	5	
Considero que si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No supondría ningún problema

19. Acudes a una cita. Sois muy compatibles y os entendéis a la perfección. Sin embargo, la persona te cuenta que presenta esquizofrenia:

- Continuaría conociéndola para comprobar que sois compatibles.
- Finalizaría el contacto ya que prefiero no meterme en problemas.
- Me pongo nervioso y en alerta y me cuesta mucho seguir con la cita.
- No se lo que hacer. Me quedo en shock.

20. En la situación anterior si esa persona en vez de decirte que tiene esquizofrenia te dice que tiene esclerosis múltiple. ¿Crees que reaccionarías igual?

- Si
- No
- Tal vez

21. Si una madre padeciera esquizofrenia podría desempeñar la función de cuidador principal de su hijo:

- Si
- No
- Necesita otro tutor legal



