

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad De Humanidades
Escuela de Psicología



Título:

“ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE EL POSIBLE ESTIGMA HACIA PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA ENTRE LOS ESTUDIANTES DE INGENIERÍA EN SISTEMAS DE LA UNIVERSIDAD DOMINICANA ORGANIZACIÓN Y MÉTODO (O&M) Y LA UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA (UNPHU) EN SANTO DOMINGO, DURANTE EL PERÍODO MAYO – SEPTIEMBRE, AÑO 2017”.

Sustentado por:

<i>Cira M. Alcántara Jiménez</i>	<i>12-2390</i>
<i>Génesis C. Almánzar Rivera</i>	<i>13-0477</i>
<i>Ilonka M. Savino De Jesús</i>	<i>13-0965</i>

**Trabajo de grado para optar por el título de:
Licenciatura en Psicología Clínica**

Asesora:

Pat Galán Laureano, M.A.

Santo Domingo, D. N.
05 de Febrero de 2018

ÍNDICE

Dedicatoria y Agradecimientos.....	7
Génesis Almánzar.....	8
Ilonka Savino.....	9
Cira Alcántara.....	10
Resumen Analítico Sistémico.....	11
Título.....	11
Autores.....	11
Resumen.....	11
Descripción.....	11
Palabras claves.....	11
CAPÍTULO I: MARCO INTRODUCTORIO.....	13
1.1. Introducción.....	14
1.2. Descripción y Formulación del problema.....	17
1.3. Preguntas de investigación.....	18
1.4. Justificación.....	19
1.4.1. Justificación a nivel personal.....	21
1.4.2. Justificación a nivel psicológico.....	22
1.4.3. Justificación a nivel científico.....	22
1.5. Propósito.....	23
1.6. Objetivos.....	24
1.7. Operacionalización de las variables.....	25
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	27
2.1. Marco conceptual.....	28
2.2. El estigma.....	34
2.2.1. Historia.....	34
2.2.2. El estigma asociado a la salud mental y personas con trastorno mental.....	38
2.2.3. El estigma y la familia.....	42
2.2.4. El estigma y la esquizofrenia: El peso del estigma en el paciente con esquizofrenia	45
2.2.5. El estigma y los medios de comunicación.....	48
2.2.6. La sociedad ante el deficiente mental.....	50

2.2.7.	Estigma según los rasgos de la personalidad.....	54
2.3.	Esquizofrenia.....	55
2.3.1.	Hitos históricos más importantes sobre el concepto de la esquizofrenia.....	57
2.3.3.	Mitos y verdades sobre la esquizofrenia.....	62
2.3.4.	Esquizofrenia en números.....	63
2.3.5.	Bases neurobiológicas de la esquizofrenia.....	64
2.3.6.	Proceso de intervención psicofarmacológico para la esquizofrenia.....	71
2.3.7.	Proceso de intervención psicoterapéutico y psicoeducativo para la esquizofrenia...72	
2.4.	Una nueva visión contra el estigma: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)....	75
2.4.1.	Modelo de flexibilidad psicológica.....	78
2.4.2.	Ámbitos de aplicación (Terapia de Aceptación y Compromiso enfocada en el estigma y los prejuicios en la salud mental)	79
2.5.	“Esquizofrenia Sin Estigmas” surgimiento de un programa para luchar contra el estigma hacia personas con esquizofrenia en la República Dominicana.....	81
2.5.1.	Concepción.....	81
2.5.2.	A quiénes va dirigido.....	81
2.5.3.	Objetivos.....	82
2.5.4.	Estructura.....	82
2.6.	Marco contextual.....	84
2.6.1.	Universidad Dominicana Organización y Métodos (O&M)	85
2.6.2.	Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU)	86
CAPÍTULO III: MÉTODOS Y MATERIALES.....		88
3.1.	Tipo de estudio.....	89
3.2.	Población y muestra.....	89
3.3.	Procedimientos de investigación.....	90
3.4.	Modelo y descripción del instrumento.....	91
3.4.1.	<i>Cuestionarios y escalas</i>	91
3.5.	Procesamiento de los datos.....	96

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	97
4.1. Resultados.....	98
4.2. Análisis de los resultados.....	132
Conclusión.....	137
Recomendaciones.....	140
General.....	140
Psicológica.....	140
Política.....	140
Institucional.....	140
Científica.....	140
Programa de Concientización “Esquizofrenia Sin Estigmas”	141
Concepción.....	141
Población objetivo.....	141
Objetivo general.....	141
Objetivos específicos.....	142
Ejecución del programa.....	142
Referencias bibliográficas.....	169
Referencias hemerográficas y de internet.....	171
Anexos.....	174
Tablas.....	174
Figuras.....	177
Cronograma.....	178
Otros anexos.....	179

ÍNDICE DE TABLAS - GRÁFICOS

Cuestionario sobre conocimiento de la esquizofrenia (CCE)..... 99

Tabla 1 – Gráfico 1: *¿Qué emociones te produce pensar en alguien con esquizofrenia?*

Tabla 2 – Gráfico 2: *¿Las personas que sufren esquizofrenia son peligrosas?*

Tabla 3 – Gráfico 3: *¿La esquizofrenia es una enfermedad contagiosa?*

Tabla 4 – Gráfico 4: *¿La esquizofrenia es una enfermedad que puede curarse?*

Tabla 5 – Gráfico 5: *¿Pocas personas en la República Dominicana padecen esquizofrenia?*

Tabla 6 – Gráfico 6: *¿Alguien puede ser esquizofrénico y los demás no darse cuenta?*

Tabla 7 – Gráfico 7: *¿El abuso de drogas causa esquizofrenia?*

Tabla 8 – Gráfico 8: *¿De qué fuente obtuviste la información que sabes sobre la esquizofrenia?*

Cuestionario de actitudes de la comunidad hacia las personas con enfermedad mental (CAMI) ..107

Tabla 9 – Gráfico 9: **(Factor 1, autoritarismo)**. *Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental (esquizofrenia).*

Tabla 10 – Gráfico 10: **(Factor 2, benevolencia)**. *Las personas con enfermedades mentales (esquizofrenia) han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo.*

Tabla 11 – Gráfico 11: **(Factor 3, restricción social)**. *En la mayoría de los casos se puede confiar en mujeres, que han sido pacientes de hospitales psiquiátricos, para trabajar como niñeras.*

Tabla 12 – Gráfico 12: **(Factor 4, Ideología de la comunidad sobre la salud mental)**. *La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio.*

Cuestionario sobre las actitudes de estudiantes hacia los esquizofrénicos (CAEE) 113

Tabla 13 – Gráfico 13: **(Factor 1, distancia social (miedo))**. *Alguien que tiene esquizofrenia no puede hacerle frente al estrés que viene antes del examen.*

Tabla 14 – Gráfico 14: **(Factor 1, distancia social (miedo))**. *Cuando te encuentras con alguien con esquizofrenia, debes de tener cuidado.*

Tabla 15 – Gráfico 15: **(Factor 1, distancia social (miedo))**. *Alguien quien tiene esquizofrenia es capaz de desnudarse por la menor de las razones.*

Tabla 16 – Gráfico 16: **(Factor 1, distancia social (miedo))**. *Tendría miedo de hablar con alguien que tiene esquizofrenia.*

Tabla 17 – Gráfico 17: **(Factor 1, distancia social (miedo))**. *Alguien que tiene esquizofrenia debería de no laborar en trabajos que involucre el cuidado de niños y jóvenes.*

Tabla 18 – Gráfico 18: **(Factor 1, distancia social (miedo))**. *Alguien que tiene esquizofrenia debería de no ir a una escuela normal.*

Tabla 19 – Gráfico 19: **(Factor 2, estereotipo)**. *Mayormente, alguien quien tiene esquizofrenia viene de una familia con poco dinero.*

Tabla 20 – Gráfico 20: **(Factor 2, estereotipo)**. *Alguien que tiene esquizofrenia no puede ser ayudado por los doctores.*

Tabla 21 – Gráfico 21: **(Factor 2, estereotipo)**. *A alguien que tiene esquizofrenia le puede ir bien en la escuela.*

Tabla 22 – Gráfico 22: **(Factor 2, estereotipo)**. *Estudiantes que tienen esquizofrenia son particularmente buenos en música o cualquier arte.*

Tabla 23 – Gráfico 23: **(Factor 2, estereotipo)**. *No me sentiría molesto o perturbado si estoy en una clase con alguien que tiene esquizofrenia.*

Tabla 24 – Gráfico 24: **(Factor 2, estereotipo)**. *Puedo verme siendo amigo de alguien que tiene esquizofrenia.*

Tabla 25 – Gráfico 25: **(Factor 2, estereotipo)**. *Me sentiría avergonzado si mis amigos se enteraran que alguien en mi familia tiene esquizofrenia.*

Tabla 26 – Gráfico 26: **(Factor 2, estereotipo)**. *Si uno de mis compañeros de clase desarrollara esquizofrenia, preferiría sentarme lejos de él/ella.*

Tabla 27 – Gráfico 27: **(Factor 2, estereotipo)**. *Si uno de mis amigos desarrollara esquizofrenia, iría a visitarlo/a al hospital.*

Tabla 28 – Gráfico 28: **(Factor 2, estereotipo)**. *No invitaría a alguien que tiene esquizofrenia a mi fiesta de cumpleaños.*

Tabla 29 – Gráfico 29: **(Factor 2, estereotipo)**. *No les presentaría a mis amigos a alguien que tiene esquizofrenia.*

Tabla 30 – Gráfico 30: **(Factor 2, estereotipo)**. *Una persona que tiene esquizofrenia debería quedarse en su casa en vez de ir a los viajes estudiantiles.*

Tabla 31 – Gráfico 31: **(Factor 2, estereotipo)**. *Nunca me enamoraría de alguien que tiene esquizofrenia.*

Consentimiento informado (datos sociodemográficos)..... 174

Tabla 32 – Gráfico 32: *Nacionalidad*

Tabla 33 – Gráfico 33: *Sexo*

Tabla 34 – Gráfico 34: *Edad*

Tabla 35 – Gráfico 35: *Años de estudio*

ÍNDICE DE FIGURAS)..... 177

Figura 1. *Distribución de los ítems del CAMI por factores.*

Figura 2. *Distribución, adaptación al castellano, de los ítems del CAEE por factores.*

Dedicatoria y Agradecimientos

Génesis Almánzar

Después de un intenso período de arduo trabajo, hoy es el día: escribo este apartado de agradecimientos para finalizar nuestro trabajo de fin de grado. Ha sido un período de aprendizaje, no solo en el campo científico, sino también a nivel personal. Escribir este trabajo ha tenido un gran impacto en mí y es por eso que me gustaría agradecer a todo aquel que me ha ayudado y apoyado durante este proceso.

Dios, tu que me diste el entendimiento y fortaleza para poder seguir adelante no solo durante este proyecto sino también durante toda mi vida a ti te doy gracias.

Mis padres, **José Almánzar** y **Caricia Rivera** a ustedes les doy las gracias. Sin embargo, de manera especial dedico la mayor parte de mis agradecimientos a ti madre, porque siempre has estado ahí, porque durante toda mi vida has hecho hasta lo imposible para que esté bien y para que mis sueños se hagan realidad. Tú, eres uno de los pilares que me fortalece y por lo mismo, no me canso de agradecerte.

Mis compañeras, **Cira Alcántara** e **Ilonka Savino**, sus esfuerzos y dedicación me ayudaron bastante, gracias al trabajo que con ferviente ahínco todas realizamos puedo expresar hoy que lo logramos.

Nuestra asesora, **Pat Galán Laureano**, su apoyo y guía fueron de gran importancia para la realización de este trabajo.

A mis maestros, porque cada uno aportó su granito de arena para forjarme como la profesional que pronto llegaré a ser.

A mis familiares y amigos, cada uno de ustedes me acompañaron durante este proyecto, el amor, cariño y comprensión que me brindaron durante la realización del mismo fueron algunas de las cosas que me permiten hoy culminar este proyecto.

Muchas gracias a todos.

Hlonka Savino

Porque la gratitud es uno de los valores más hermosos que el ser humano puede poseer, doy gracias a Dios por haber guiado mis pasos dándome la sabiduría, salud y fortaleza necesaria para lograr mis objetivos.

A mis padres **Nilo Savino** e **Irma De Jesús**, a quienes agradeceré cada día de mi vida por siempre brindarme su amor y apoyo incondicional, gracias por creer siempre en mí y demostrarme que no hay meta que yo no puede alcanzar.

A mis compañeras de trabajo de grado **Génesis Almánzar** y **Cira Alcántara** por su trabajo, dedicación y su motivación constante.

A nuestro asesora **Pat Galán Laureano** por su orientación y ayuda, aportando al cumplimiento de este objetivo.

A mis maestros por su aporte a mis conocimientos.

A mis familiares y amigos quienes me acompañaron durante este camino, porque sin su apoyo, cariño y comprensión esto no hubiera sido posible.

Cira Alcántara

Mi todo: *Hashem, mi creador y centro de mi vida,*

Mis muy amados: *Abigaíl (padre), Marilyn (madre), Vanessa, Abigaíl, Liz, Demetrio, Thonky, Music, Bruno, los pericos y mis hermosos demás familiares cercanos, José, Yamel, Nancy...*,

Mis muy queridas: *Génesis, Ilonka y mi distinguida y admirada, asesora Pat Galán,*

Mis muy estimados profesores,

A ustedes les agradezco:

Por la confianza, el amor, el apoyo, por creer, por cuidarme, por animarme, por corregirme, por motivarme... por eso y muchas cosas más les quiero agradecer desde mi interior, de la forma más sincera que pueda existir:

¡¡GRACIAS, GRACIAS, GRACIAS!!!

Soy muy bendecida por tenerlos a mi lado y por haberles conocido. Trabajaré con entrega y pasión, para en un futuro muy cercano, poder devolverles todo lo que por mí han hecho (dando lo que por gracia he recibido).

¡Les amo. Esto es para y por ustedes

Resumen Analítico Sistémico

Título:

“ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE EL POSIBLE ESTIGMA HACIA PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA ENTRE LOS ESTUDIANTES DE INGENIERÍA EN SISTEMAS DE LA UNIVERSIDAD DOMINICANA ORGANIZACIÓN Y MÉTODO (O&M) Y LA UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA (UNPHU) EN SANTO DOMINGO, DURANTE EL PERÍODO MAYO – SEPTIEMBRE, AÑO 2017”.

Autores:

- *Cira Marilín Alcántara Jiménez*
- *Génesis Carolina Almánzar Rivera*
- *Ilonka María Savino De Jesús*

Resumen:

El presente estudio comparativo sobre el posible estigma hacia personas con esquizofrenia entre los estudiantes de ingeniería en sistemas de la Universidad Dominicana Organización y Método (O&M) y la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) en Santo Domingo, se realizó con el propósito de evaluar y comparar, el posible estigma que pueda existir entre estas dos poblaciones hacia las personas con esquizofrenia, el mismo fue de tipo transversal y contó con un universo de 521 y una muestra de 178 estudiantes. Analizando los resultados del estudio se encontró con que la mayoría de los consultados desconocían lo que es la esquizofrenia y las implicaciones de tenerla, el escaso conocimiento o la falta del mismo puede llevar a las creencias erróneas hacia algo o alguien. Como una herramienta para combatir el estigma hacia estos, se creó el programa “Esquizofrenia Sin Estigmas” (ESE), que tiene como objetivo principal el ofrecer técnicas y herramientas basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso, para así poder reducir el estigma y/o estereotipos que viven día a día las personas con esquizofrenia.

Descripción:

202 páginas, 35 tablas y 10 anexos

Palabras claves:

Estigma, Esquizofrenia, Programa, Ingeniería en Sistemas, CAMI, CEED, UNPHU, O&M.

Systemic Analytical Summary

Title:

"COMPARATIVE STUDY ON THE POSSIBLE STIGMA TOWARDS PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA AMONG THE STUDENTS OF ENGINEERING IN SYSTEMS OF THE DOMINICAN UNIVERSITY ORGANIZATION AND METHOD (O&M) AND THE NATIONAL UNIVERSITY PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA (UNPHU) IN SANTO DOMINGO, DURING THE PERIOD MAY - SEPTEMBER, YEAR 2017 ".

Authors:

- *Cira Marilín Alcántara Jiménez*
- *Génesis Carolina Almánzar Rivera*
- *Ilonka María Savino De Jesús*

Abstract:

The present comparative study on the possible stigma towards schizophrenia among the students of Systems Engineering of O&M and UNPHU universities in Santo Domingo, it has been made for the purpose of evaluating and comparing, the possible stigma that may exist between these two populations towards people with schizophrenia, the same was of transversal type and had a universe of 521 and a sample of 178 students. Analyzing the results of the study, it was found that the majority of the students consulted did not know what schizophrenia is or the implications of having it, poor knowledge or lack thereof can lead to erroneous beliefs towards something or someone. As a tool to combat the stigma towards these people, the program "Schizophrenia Without Stigmas" (ESE, for its initials in spanish) was created, whose main objective is to offer techniques and tools based on Acceptance and Commitment Therapy, in order to reduce the stigma and / or stereotypes that people with schizophrenia experience every day.

Description:

202 pages, 35 tables y 10 annexes

Keywords:

Stigma, Schizophrenia, Program, Systems Engineering, CAMI, CEED, UNPHU, O&M.

CAPÍTULO I

Marco Introdutorio

Introducción

En la historia de la salud mental, muchos de los tabúes creados en torno a personas que padecen de algún trastorno mental, ya sea, por falta de información o muchas veces por ignorancia, han fomentado el miedo en la sociedad hacia ellos, haciendo que sean vistos como peligrosos e inculcando en ellos el aislamiento a nivel social. Así mismo Link (1987) lo señala, al decir que el vivir en una sociedad que constantemente concede ideas estigmatizadoras hacia las personas con alguna enfermedad mental (estigma público) puede hacer que éstos internalicen esas ideas y les lleven a creer que no son valiosos o importantes a causa de la enfermedad (auto-estigma).

Muntaner (1998), explica que existen dos ideas clásicas que definen lo que es tener algún trastorno mental, siendo la más importante para este estudio, *“aquella en la que la segregación y marginación por parte de la sociedad, ha llevado a que sean temidos, vistos como terribles o compadecidos debido a la falta de interés o preocupación por parte de la sociedad normal”*. Toda esta marginación se traduce en humillación por no ser igual a los demás.

Según las corrientes psicosociales, el estigma se presenta a través de tres facetas de la conducta social (Ottati, Bodenhausen y Newman, 2005). Primero están los *Estereotipos*, los cuales engloban nociones que los miembros de una sociedad aprenden y cultivan. Si estos miembros son partícipes de una experiencia negativa a causa de ello, se pasa a la segunda faceta que se denomina *Prejuicios Sociales*, los mismos se revelan vía posturas o actitudes que a su vez dan paso a la tercera fase, la *Discriminación*. Los comportamientos de rechazo, burlas, denigración, el no ser tomado en cuenta, son circunstancias que dejan en desventaja social a quien padece de algún trastorno mental. Desventaja social que la mayoría de las personas que tienen esquizofrenia han vivido.

Actualmente la esquizofrenia aqueja a un 1% de la población mundial, es por esto que es considerada una de las enfermedades más comunes y complicadas, según Moller y Rodríguez (2005). Sus síntomas suelen manifestarse en la adolescencia, y a medida que pasa el tiempo pueden pasar a una fase más crónica y en algunos casos, inhabilitar a quien lo padece.

Como suele suceder (Muntaner, 1998), el diagnóstico hace que automáticamente el paciente esquizofrénico sea infravalorado y marginado, provocando un desarrollo de conductas sociales inadaptadas en el mismo, que a su vez, confirma la imagen estigmatizada que se tiene de ellos. Por lo tanto, se puede observar que tras la falta de oportunidad de integración, el mismo, no poseerá un espacio donde aprender, comprobar y hasta adquirir habilidades interpersonales que les permitan adaptarse dentro de un círculo social sin problemas.

José Guimón (2004) señala que el estigma y la discriminación son parte del día a día de quien padece de algún trastorno mental (*así mismo de las personas con trastorno esquizofrénico*). Los mismos, se adueñan de la mayor parte de su vida impidiéndoles muchas veces el disfrute de sus derechos sociales, políticos, civiles, económicos y culturales (*vivienda, empleo y educación adecuada*) y a su vez, deteriora su libertad de expresión y opinión.

La realización de este estudio se ha asumido desde una posición conductista en su análisis, lo que puede representar un avance significativo en el estudio del estigma en la sociedad dominicana hacia personas con trastornos mentales, y mostrará la importancia de un trato humanitario en cualquier circunstancia, como parte de su tratamiento y crecimiento.

El siguiente estudio está dividido en cuatro capítulos, donde se estará desarrollando lo siguiente:

En el Capítulo I, cuyo nombre corresponde al del marco introductorio, se halla el desarrollo de las explicaciones que fomentan el inicio de esta investigación. Allí describimos detalladamente el problema y de la misma manera, se justifica la existencia de esta investigación junto a sus propósitos, objetivos y a las variables manejadas.

El Capítulo II está rigurosamente dedicado al desarrollo del marco teórico, donde se presentan de manera analítica y objetiva los temas que rigen la investigación. Estos abarcan desde el estigma y sus componentes, hasta las bases que sustentan el surgimiento del programa de concientización “Esquizofrenia Sin estigmas”.

La descripción y explicación de los métodos y materiales, se encuentran en el Capítulo III. Allí destacamos con mayor detalle el tipo de población seleccionada, el modelo de investigación utilizado para guiar el desarrollo del mismo, la forma en que fueron procesados los datos, entre otras informaciones importantes que validan los procedimientos manejados en la presente investigación .

En el Capítulo IV, se dan a conocer los resultados a nivel cuantitativo y cualitativo de las evaluaciones realizadas a las poblaciones de estudio seleccionadas. Partiendo de esto, se ofrece un análisis bajo una reflexión humana y crítica, además de diversas recomendaciones puntuales orientadas al mejoramiento que permitirá el inicio de los cambios.

1.2. Descripción y Formulación del Problema

Al escuchar la palabra estigma, lo primero que se asoma en nuestras cabezas son concepciones o percepciones negativas hacia algo o alguien, estas a su vez, pueden venir acompañadas de sentimientos como el miedo, la ansiedad o el deseo de distanciarse, que pueden verse manifiestas fácilmente, de forma instintiva, en nuestro comportamiento al estar ante ese algo o alguien.

Cuando de hablar sobre salud y enfermedad mental se trata, puede entenderse como “*normal*” el que una persona que desconozca sobre estos temas o maneje información no muy confiable, suele venirle a la mente, a priori, la parte negativa de estas. Es aquí donde se plantea el no dejarlo como “*normal*”, sino enfocarse en esa debilidad para estudiarla y crear herramientas que permitan corregirla.

Vezzoli et al., (2001), realizó una investigación que buscaba explorar la relación entre las actitudes sociales de la población hacia personas con enfermedad mental, encontrando que a mayor conocimiento sobre las personas con trastorno mentales, la población general expresaba menos sentimientos de aversión y una actitud más optimista hacia ellos, lo que puede ayudar a que haya mayor oportunidad para que estos se integren tanto en el área laboral como social, sin problemas.

Creemos que indirectamente la falta de conocimiento puede reforzar informaciones, percepciones y conceptualizaciones erróneas que muchas veces se tienen acerca de la esquizofrenia y sus implicaciones al padecerlo. Esto, puede generar un mantenimiento y aumento de los estigmas en torno a ellos. A su vez, el aumento del estigma puede influir en la gravedad de los síntomas y en el deterioro del enfermo mental, como lo establece Ertugrul y Ulug (2004) en su estudio “*Percepción del estigma entre Pacientes con Esquizofrenia*”.

Moller y Rodríguez, (2005) nos explican que la población mundial está dispuesta a tolerar, asimilar y apoyar con más facilidad a las personas que padecen una enfermedad física. Sin embargo, al tratarse de personas con una deficiencia mental, sucede todo lo contrario.

Las investigaciones realizadas en diversas universidades a nivel nacional han trabajado el estigma hacia los trastornos mentales desde un enfoque general y otros lo han hecho enfocando el estigma hacia pacientes que padecen VIH. En ningún momento se encontraron trabajos dirigidos hacia el estigma en torno a algún trastorno mental en específico, siendo este un espacio vacío que se pretende llenar con este estudio dedicado a la esquizofrenia.

1.3. Preguntas de Investigación

Las preguntas que rigen esta investigación van desde lo general hasta lo específico, las cuales serán respondidas a lo largo del desarrollo del trabajo. Siendo estas las siguientes:

¿Cuál es el porcentaje del posible estigma existente hacia pacientes con esquizofrenia entre los estudiantes de Ingeniería en Sistemas de la Universidad Dominicana Organización Y Método (O&M) y la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) en Santo Domingo durante el período Mayo – Septiembre, año 2017?

¿Cuáles son las actitudes que más prevalecen entre los estudiantes de Ingeniería en Sistemas de la Universidad Dominicana Organización Y Método (O&M) y la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) en Santo Domingo durante el período Mayo – Septiembre, año 2017, hacia pacientes con esquizofrenia?

¿Qué cantidad de conocimiento tienen los estudiantes de Ingeniería en Sistemas de la Universidad Dominicana Organización y Método (O&M) y la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) en Santo Domingo durante el período Mayo – Septiembre, año 2017, sobre el trastorno de esquizofrenia?

¿Cuáles son las características que más influyen en la posible imagen social estigmatizada de los pacientes con esquizofrenia, según las percepciones de los estudiantes de ingeniería de la Universidad Dominicana Organización Y Método (O&M) y la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) en Santo Domingo durante el período Mayo – Septiembre, año 2017?

¿Qué variables caracterizarían un programa de concientización que ayude a disminuir los estigmas hacia pacientes con esquizofrenia?

1.4. Justificación

El presente trabajo de investigación está sustentado en la escasa atención e interés, comprobados a través de consultas bibliográficas variadas que se ha dedicado a nivel de estudios en beneficio del segmento de población que padece alguna deficiencia mental, en este caso, aquellas personas con esquizofrenia. En base a esto, posee un carácter de necesidad importante ya que es una forma de darle voz a quienes no la tienen.

Esta investigación, además de coadyuvar a expandir el conocimiento de los principales estigmas que prevalecen en nuestra sociedad ante la enfermedad mental, en específico la esquizofrenia, se enfrenta a un reto educativo pues la educación a través de la aceptación y el compromiso, es el único elemento que puede formar y modificar la conducta social para facilitar la integración de ellos a la sociedad.

En Madrid, se llevó a cabo un proyecto de investigación que evaluaba: conocimientos, actitudes, opiniones y creencias sobre la enfermedad mental que poseían los adolescentes de un instituto educativo (Sobrino, 2015), donde encontraron que una parte de estos no posee un concepto claro de lo que provoca las enfermedades mentales. Además, hallaron cierto rechazo social, pues los estudiantes afirmaban que si una persona con trastorno mental no se comporta de manera “normal” no puede integrarse a la sociedad. Por otro lado, observaron que los estudiantes relacionados a alguien con enfermedad o que tienen información sobre el tema, presentaban mayor aceptación y los reconocían como menos peligrosos.

Por esta razón y basándonos en la investigación de Sobrino (2015), es que para nuestro estudio se seleccionó como muestra a los estudiantes de Ingeniería en Sistemas de la Universidad Dominicana Organización y Método (O&M) y la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), ya que ambas (en comparación con la muestra de Sobrino), tienen en común que sus poblaciones están compuestas por personas jóvenes, que estudian y ante todo, que las carreras que cursan no poseen relación directa con el tema de salud mental. En otras palabras, nos parece interesante conocer qué percepciones tienen estos estudiantes sobre la salud mental (en especial sobre la esquizofrenia y quienes la padecen), para a partir de ahí, utilizar estos resultados para la realización de un programa que permita aclarar sus posibles dudas en torno a esto, como una guía con la que puedan desarrollar adecuadas actitudes y comportamientos hacia las personas con esquizofrenia (o algún otro trastorno mental), facilitándoles el reintegrarse al ambiente social sin miedos, ni cohibiciones.

Al igual que Muntaner (1998), creemos que cuando se aprenda a respetar y a valorar, cuando se deje de prestarle atención a las deficiencias y apariencias, es en ese momento cuando el problema de los estigmas hacia el esquizofrénico va a comenzar a disminuir. Prestándose más atención a sus capacidades y a los aspectos positivos que poseen. Esto puede lograrse con trabajo continuo y perseverante.

Se comenzarán a ver resultados, como establece Lázaro (1986), si esta problemática es trabajada como un problema global donde se involucre a toda la sociedad. Por lo tanto, necesita ser tratado, no partiendo de las limitaciones, sino desde una perspectiva optimizadora que les permita a las personas con dicho trastorno ser considerados como seres humanos en crecimiento, merecedores de iguales derechos y deberes.

Se debe saber que las clasificaciones de la deficiencia mental (Muntaner, 1998), como aquellas que aparecen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), son aproximaciones útiles únicamente para facilitar la comunicación entre los profesionales de la salud mental como psicólogos y psiquiatras, lo cual, no justifica que ellos los utilicen para desvalorar, desconsiderar o depreciar a estas personas.

La vía de acción propuesta para comenzar el proceso de cambio (tomando en cuenta que los resultados se irán notando poco a poco), es trabajando dos aspectos importantes:

- Realizando un estudio puntual para conocer los diferentes estigmas por parte de la sociedad dominicana hacia un paciente con esquizofrenia y su conocimiento al respecto. Estos datos se obtendrán mediante la aplicación de la escala “*Community Attitudes Toward the Mentally Ill*” (CAMI) creada por Taylor y Dear, que evalúa cinco factores que van desde el negativismo hasta el prejuicio hacia estos. Mediante el “*Cuestionario de Actitudes de los Estudiantes hacia la Esquizofrenia*” creado por Schulze et al., que se enfoca en medir los estereotipos en torno a la esquizofrenia y la distancia social hacia los que la padecen; y por último, se aplicará un cuestionario creado para explorar qué cantidad de conocimiento se posee sobre la esquizofrenia. Las dos escalas y el cuestionario serán aplicados a los estudiantes de Ingeniería en Sistemas de la Universidad Dominicana Organización y Método (O&M) y de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU).

- Creando un programa de concientización partiendo de los datos obtenidos, donde no solo se estará explicando lo que es el trastorno esquizofrénico [pues para modificar las actitudes de cualquier persona (Muntaner, 1998), uno de los principales elementos a tener en cuenta es la información que se dispone sobre el tema], sino que también se promoverán los derechos y deberes de estos, disminuyendo los tabúes en torno a la “etiqueta”. Este programa de concientización será realizado para que pueda ser distribuido en diversos ámbitos como los son: instituciones sin fines de lucro, escuelas públicas, colegios privados, centros de atención integral, comunidades, medios televisivos, radiales, entre otros. También vía web, con el uso de medios audiovisuales promovidos por todas las redes sociales, blogs y revistas virtuales.

Muchas veces, no es la condición que impide que un paciente con esquizofrenia se introduzca en el mundo social, educacional y laboral (Fierro, 1988) sino, más bien, es la predisposición al posible rechazo que les impiden poder iniciar su proceso de aprendizaje y crecimiento adecuadamente en estas áreas. Investigaciones como la realizada por Hillert y col. (1999), han confirmado la hipótesis de la existencia de una “distancia social” dirigida hacia ellos, lo que en su día a día disminuye la posible rehabilitación de la que pueden ser partícipes. Dicho todo esto, no puede obviarse la importancia que tiene en el proceso de tratamiento terapéutico, el permitirles un espacio dentro de la comunidad donde ellos puedan vivenciar un ambiente de aceptación y respeto, ya que ayuda en gran parte de su rehabilitación.

1.4.1. Justificación a Nivel Personal

A lo largo de nuestra carrera nos hemos encontrado con muchas personas que desconocen lo que realmente conlleva tener una enfermedad mental. Fue impresionante y a la vez un poco desesperanzador encontrar a diario opiniones poco alentadoras y el ver cómo estos temas son tomados en broma, resultado de la marcada indiferencia a la importancia de la salud mental, solo por cumplir o tratar de mantener esa “imagen perfecta” ante nuestra sociedad que con tanta facilidad juzga y señala.

Conjuntamente con esto, el proceso de investigación ha permitido que podamos abrir más los ojos a una realidad, que si bien es cierto, muchas veces no la tenemos muy presente, en donde sí existe la posibilidad de que nosotros podamos padecer alguna enfermedad mental o que algún familiar allegado sea quien la padezca. Ciertamente, es una realidad de la que no estamos exentos.

Por otro lado, a la vez, nos ha vuelto más sensibles al tema y nos ha aportado un mayor compromiso para procurar ser parte de la solución y luego poder guiar a otros a serlo, con trabajo constante. Un viejo adagio dice que el cambio empieza por ti, es por eso que decidimos aportar nuestro granito de arena con esta investigación.

1.4.2. Justificación a Nivel Psicológico

A pesar de la elevada incidencia que existe de este trastorno y el gran impacto que causa a nivel personal (generalmente a las personas que enfrentan esta enfermedad como también a sus cercanos), existen numerosas limitaciones en el sistema social a la hora de atender, de forma adecuada, las necesidades e inquietudes de los familiares y las personas que se ven afectadas. Y esto se refleja en las escasas oportunidades de inserción y las pocas formas de aprovecharlas que poseen estas personas ya sea a nivel laboral, educativo y/o social.

Para la psicología y en especial para la psicología dominicana, esta investigación tiene la finalidad de ser un considerable aporte que pueda aplicarse en los entornos terapéuticos necesarios (por ejemplo, terapia grupal) y que permitirá reevaluar la importancia del rol social en el proceso de recuperación del paciente.

La psicología es una de las herramientas defensoras de las personas con enfermedades mentales, es su voz. Aquella que busca producir un cambio a favor del mejoramiento de su calidad de vida, trayendo bienestar personal, familiar.

1.4.3. Justificación a Nivel Científico

A lo largo de la investigación, cada información obtenida en el proceso de levantamiento de datos, ha sido contrastada con los distintos estudios internacionales hechos en torno al tema, de manera que la misma vaya complementándose para poder aportar a la ciencia de la salud mental, nuevas vías que tengan como objetivo el enfrentar esta silenciosa problemática.

Se preguntará: ¿Por qué silenciosa? Pues porque psíquicamente se considera “normal” a alguien que presente un comportamiento parecido al de la mayoría de las personas que lo rodean, si en caso contrario no lo hace, puede que el mismo se vea catalogado como una persona extraña o diferente. Esto, desde el punto de vista científico, puede ser llamado como “*comportamiento desadaptado*” y la experiencia del mismo trae la posible consecuencia de que quien lo viva no pueda ajustarse correctamente a su entorno social. Este fenómeno afecta a mujeres y hombres de diferentes edades, clases sociales, culturas o niveles académicos.

Por lo tanto, su importancia a nivel científico es la de dar a conocer vías de mejoramiento enfocadas en la reducción de dicho fenómeno. Así como funcionó en otros países, de igual forma puede funcionar en la República Dominicana partiendo del nivel porcentual de la información que nuestra población maneja, tomando en cuenta la cultura, el desarrollo psicológico, social y las influencias de fuentes externas.

1.5. Propósito

Crear el programa “*Esquizofrenia Sin estigmas*” en Santo Domingo durante el período Mayo – Septiembre, año 2017, como una herramienta para combatir el estigma que pueda existir hacia personas con esquizofrenia, y a su vez, desmontar las percepciones erróneas en torno a dicho padecimiento.

1.6. Objetivos

General

Medir el porcentaje de estigma que pueda existir hacia las personas con esquizofrenia entre los estudiantes de Ingeniería en Sistemas de la Universidad Dominicana Organización Y Método (O&M) y la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) en Santo Domingo durante el período Mayo – Septiembre, año 2017, con el fin de crear el programa de concientización “*Esquizofrenia Sin estigma*”.

Específicos

- Identificar el porcentaje de las actitudes que más prevalecen entre los estudiantes de Ingeniería en Sistemas de la Universidad Dominicana Organización Y Método (O&M) y la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) en Santo Domingo durante el período Mayo – Septiembre, año 2017, hacia pacientes con esquizofrenia.
- Evaluar qué cantidad de conocimiento tienen los estudiantes de Ingeniería en Sistemas de la Universidad Dominicana Organización Y Método (O&M) y la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) en Santo Domingo durante el período Mayo – Septiembre, año 2017, sobre el trastorno de esquizofrenia.
- Conocer las características que más influyen en la posible imagen social estigmatizada de los pacientes con esquizofrenia, según las percepciones de los Estudiantes de Ingeniería en Sistemas de la Universidad Dominicana Organización Y Método (O&M) y la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) en Santo Domingo durante el período Mayo – Septiembre, año 2017.
- Crear un programa con variables resultantes del proceso de investigación que apoye el proceso disminución del estigma hacia pacientes con esquizofrenia, en Santo Domingo, año 2017.

1.7. Operacionalización de las variables

Objetivos	Variables	Indicadores	Fuentes	Escala
<p>General:</p> <p>Medir el porcentaje de estigma que pueda existir hacia las personas con esquizofrenia entre los estudiantes de Ingeniería en Sistemas de la O&M y la UNPHU en Santo Domingo durante el período Mayo – Septiembre, año 2017, hacia pacientes con esquizofrenia, con el fin de crear el programa de concientización “<i>Esquizofrenia Sin estigma</i>”.</p>	<p>estigma</p>	<p>Atributo, Rasgo, Devaluación personal, Exclusión social.</p>	<p>“<i>Cuestionario de Actitudes de la Comunidad hacia las Personas con Enfermedad Mental</i>” (CAMI)</p>	<p>Ordinal</p>
<p>Específico #1:</p> <p>Identificar el porcentaje de las actitudes que más prevalecen entre los estudiantes de Ingeniería en Sistemas de la O&M y la UNPHU en Santo Domingo durante el período Mayo – Septiembre, año 2017, hacia pacientes con esquizofrenia.</p>	<p>Actitudes</p>	<p>Predisposición aprendida, Conduce un comportamiento, Predicción de conductas, Creencia en torno a un objeto o persona, Favorables, desfavorables.</p>	<p>“<i>Cuestionario sobre las Actitudes de Estudiantes hacia los Esquizofrénicos</i>” (CAEE)</p>	<p>Razón</p>

<p><i>Específico #2:</i></p> <p>Evaluar qué cantidad de conocimiento tienen los estudiantes de Ingeniería en Sistemas de la O&M y la UNPHU en Santo Domingo durante el período Mayo – Septiembre, año 2017, sobre el trastorno de esquizofrenia.</p>	<p><i>Conocimiento</i></p>	<p>Porcentaje de información manejada,</p> <p>Respuesta seleccionadas,</p> <p>Información basada en experiencia,</p> <p>Aprendizaje,</p> <p>Enseñanza,</p> <p>Comprensión de las cosas.</p>	<p>“Cuestionario sobre Conocimientos Básicos del Trastorno de Esquizofrenia”.</p>	<p><i>Intervalo</i></p>
<p><i>Específico #3:</i></p> <p>Conocer las características que más influyen en la posible imagen social estigmatizada de los pacientes con esquizofrenia, según las percepciones de los Estudiantes de Ingeniería en Sistemas de la O&M y la UNPHU en Santo Domingo durante el período Mayo – Septiembre, año 2017.</p>	<p><i>Percepción</i></p>	<p>Interpretación de la realidad,</p> <p>Opinión personal,</p> <p>Experiencia directas e indirectas,</p> <p>Impresión resultante de los sentidos</p> <p>Forma de crear una idea,</p> <p>Sensaciones,</p> <p>Emociones.</p>	<p>“Cuestionario sobre las Actitudes de Estudiantes hacia los Esquizofrénicos” (CAEE)</p> <p>y</p> <p>“Cuestionario de Actitudes de la Comunidad hacia las Personas con Enfermedad Mental” (CAMI)</p>	<p><i>Ordinal</i></p>

CAPÍTULO II

Marco Teórico

2.1. Marco conceptual

A continuación, se presenta una breve y puntual descripción de una serie de términos básicos que componen la parte teórica de la presente investigación, con la finalidad de facilitar la comprensión de la misma.

Alienación: Transformación de la conciencia en una persona o colectividad, que les lleva a comportarse contrario a aquello que se esperaba de ellos por su condición o su naturaleza. En otras palabras, es el proceso que lleva a un individuo a convertirse en alguien ajeno a sí mismo, que ha perdido el control sobre sí (Significados, s.f.).

Arquetipos: Forma que se le da a algunas experiencias y recuerdos de los primeros antepasados (De Psicología, 2017).

Áreas límbicas: Zonas pertenecientes al sistema límbico, el cual se encarga de regular las respuestas fisiológicas del ser humano frente a ciertos tipos de estímulos (Access Medicina, 2017).

Área tegmental ventral: Grupo de neuronas situado cerca de la línea media del mesencéfalo, en el mismo se encuentran los cuerpos de las células dopaminérgicas del sistema dopaminérgico mesocorticolímbico (Access Medicina, 2017).

Apoptosis: Muerte celular planificada por el mismo organismo para así poder controlar su desarrollo y crecimiento (Access Medicina, 2017).

Atávicas: Que proviene de antepasados lejanos (De Psicología, 2017).

Axones: Extensión de neuronas que se especializan en dirigir el impulso nervioso desde el cuerpo celular hacia otra célula (Access Medicina, 2017).

Brote psicótico: Episodio caracterizado por un desprendimiento temporal de la realidad que produce delirios o alucinaciones agudas (Corbin, s.f.).

Cannabis: Popularmente conocida como Marihuana, es una planta perteneciente a la familia de las Cannabaceae con propiedades medicinales y psicoactivas (Cannabis Consciente, 2017).

Carimba: En la América Colonial era muy frecuente que a los esclavos traídos desde África se les marcara la piel. Los esclavos africanos en la América Colonial eran marcados (ya sea sobre el pecho, hombro, los brazos y rostro) con un hierro candente, lo que servía como una identificación que le garantiza al amo la propiedad del esclavo. Fue usado también en indígenas que habitaron los primeros asentamientos europeos de las Antillas.

Normalmente, los esclavos llevaban dos sellos: el primero era de la Compañía que poseía permisos legales para introducirlos en América, y el segundo, era el colocado por quienes los compraban (Fagúndez, 2010).

Catatónico: Enfermedad neuropsiquiátrica que se caracteriza por anomalías motoras, perturbaciones del pensamiento y la mente (De Psicología, 2017).

Catexis: Palabra proveniente del griego antiguo, significa “carga, investidura u ocupación” (Planeta Freud, 2017).

Contingente: Evento cuya probabilidad de que ocurra o no ocurra, no se tiene certeza. Las posibilidades de ocurrencia (Deborah, 2015) pueden ser mayores o menores. Las contingencias como acontecimientos pueden ser tanto espontáneos como provocados, ya que no están previstos.

Clorpromazina: Fármaco neuroléptico que utiliza como antipsicótico, actúa como tranquilizante y no sedante cuando se le ha administrado a la persona (Instituto Químico Biológico, 2017).

Clozapina: Uno de los primeros fármacos diseñados para tratar la esquizofrenia (Access Medicina, 2017).

Córtex dorsolateral: Es la última zona en mielinizarse en el desarrollo del cerebro (Rehabilitación Neurológica, 2017).

Córtex prefrontal: Región cerebral que se especializa en la toma de decisiones, expresión de la personalidad y la exhibición de un adecuado comportamiento social (Rehabilitación Neurológica, 2017).

Córtex ventromedial: Región cerebral involucrada en la regulación y el control de la conducta (Contreras y Catena, 2008).

Demencia precoz: Es una progresión de estados, que se caracterizan por una destrucción particular de los vínculos internos de la personalidad psíquica (Planeta Freud, 2017).

Dendritas: prolongaciones cerebrales especializadas en la recepción de estímulos y la alimentación celular (Psicología y mente, 2017).

Dopamina: Neurotransmisor involucrado en la inhibición de prolactina de la hipófisis (La Mente es Maravillosa, 2017).

Etiopatogénico: Palabra compuesta de etimológica, path “padecimiento”, génesis “nacimiento”, que se utiliza para hablar del origen del desarrollo de una patología (Wikipedia, 2017).

Excitotoxicidad: Destrucción de células debido a sobre activaciones de receptores del neurotransmisor glutamato (Investigación y Ciencia, 2017).

Fenciclidina: Fármaco utilizado como agente anestésico (Access Medicina, 2017).

Flexibilidad psicológica: Consiste en el desarrollo de la capacidad de aceptación de los pensamientos, sentimientos y las emociones (eventos privados), comprometiéndose con realizar cambios a nivel conductual, en el aquí y ahora, enfocados en acciones valiosas con una dirección establecida (Ibiza, 2016).

Glutamato: Neurotransmisor especializado en mediar información sensorial, cognitiva motora y emocional. Trabaja en la creación de memorias y su recuperación (Psicología y Mente, 2017).

Hebefrénica: Antiguo nombre utilizado para referirse a la esquizofrenia desorganizada (Psicoactiva, 2017).

Hipocondriasis: Miedo insistente a contraer cualquier tipo de enfermedad crónicas (Publications, 2017).

Hipofunción: Reducción de la actividad funcional de un órgano o una de sus partes (Español and [patologías], 2017).

Ideas disociativas: Ilusiones distanciadas de la realidad (Wikipedia, 2017).

Identidad social: Dícese del conocimiento que posee un individuo, de que pertenece a determinados grupos sociales, junto a la significación emocional y de valor que tiene para él/ella dicha pertenencia (Tajfel, 1981; Scandroglio, B., López Martínez, J. S., y San José Sebastián, M. C. (2008).

Ilusiones cinestésicas: Alucinaciones caracterizadas por sentir que ciertos miembros ejecutan una acción cuando en realidad no realizan ninguna (Perfil, 2017).

Inconsciente: Término utilizado en el psicoanálisis para denominar a un área no conocida por la conciencia (Psicoactiva, 2017).

Insight: Término utilizado en psicología para referirse a una “visión interna o entendimiento” (Psicoactiva, 2017).

“La belle indifference”: Expresión utilizada por los psiquiatras del siglo XIX para referirse a la actitud de calma manifestada en la neurosis histérica (Psicoterapeutas, 2017).

Libido: Deseo o pulsión (Psicoactiva, 2017).

Mesencéfalo: Parte superior del tronco del encéfalo (Psicoactiva, 2017).

Metaanálisis: Es una metodología reciente utilizada para la revisión sistemática y cuantitativa de la investigación que ofrece diversas técnicas para la acumulación rigurosa y eficaz de resultados cuantitativos de estudios empíricos sobre una misma problemática (Martínez, F. M., Sánchez Meca, J., y López López, J. A., 2009).

Narcisista: Amor que se expresa una persona así mismo (Wikipedia, 2017).

Neurosis: Palabra utilizada para describir a las enfermedades mentales que distorsionan a la inteligencia racional en la personas (Clínica Universidad de Navarra, 2017).

Neurotoxicidad: Se le llama así, al grupo de efectos secundarios producidos tratamiento inducido en el sistema nervioso (Clínica Universidad de Navarra, 2017).

N-metil-D-aspartato: Receptor celular que interviene en la sinapsis neuronal (Encuentros en la Biología, 2017).

Núcleo accumbens: Grupo de neuronas que se encuentran en el núcleo caudado, el mismo se especializa en el placer, la risa, el miedo y la agresión (Biología-geología, 2017).

Onanismo: Interrupción del coito (Bibliatodo, 2017).

Onda P50: Potencial evocado que tiene su origen en el lóbulo temporal (Imbiomed, 2017).

Poda sináptica: anulación de conexiones sinápticas entre neuronas (Curiosoando, 2017).

Prejuicio explícito: Todas aquellas actitudes o creencias que son admitidas plenamente (McAfee, 2015).

Prejuicio implícito: Actitudes o estereotipos que afectan directamente al entendimiento, las acciones y decisiones de la persona inconscientemente, según el Instituto Kirwan para el Estudio de la Raza y el Origen Étnico (McAfee, 2015).

Proceso de categorización social: Es el punto de partida de la teoría de identidad social que consiste en el modo en que organizamos la información que recibimos del ambiente, a través de la simplificación resultante del proceso clasificatorio de elementos que comparten algún atributo distintivo (García Mira, 2015).

Proyección: donde se les atribuye a otras personas sentimientos negativos del paciente mismo (De Psicología, 2017).

Psicogénicos: Procesos patológicos que tiene como causa algo psíquico (Clínica Universidad de Navarra, 2017).

Represión: Término psicoanalítico que se utiliza para referirse al proceso en el que un deseo o idea se mantiene encerrado en el inconsciente porque no es aceptado por la sociedad (Clínica Universidad de Navarra, 2017).

Serotonina: Neurotransmisor cuya función es la de emitir señales entre las neuronas normalizando así su intensidad (De Psicología, 2017).

Terapia Moral: o Tratamiento Moral, se desarrolló bajo un nuevo enfoque sobre las enfermedades mentales donde se pasa de pensar que estos eran personas endemoniadas, pecadoras y criminales, a ser consideradas como personas que tenían cura. Plantea que en el interior de los individuos con enfermedades mentales existe una parte que no puede afectarse por la locura, que tienen cierto grado de autodeterminación y si estos eran desencadenados, ese ámbito en ellos puede liberarse (O., 2013).

Teoría de la Identidad Social (TIS): teoría que establece la idea de que: «por muy rica y compleja que sea la imagen que los individuos tienen de sí mismos en relación con el mundo físico y social que les rodea, algunos de los aspectos de esa idea son aportados por la pertenencia a ciertos grupos o categorías sociales» (Tajfel, 1981). Por ello, parte del autoconcepto de un individuo estaría conformado por su identidad social.

Transferencia: Concepto del psicoanálisis que se refiere a cuando una persona transfiere sin saberlo sentimientos, expectativas, deseos o afectos reprimidos hacia otra persona (De Psicología, 2017).

Trófico: Conjunto de seres que se van alimentando uno de otros (De Psicología, 2017).

Univitelinos: Gemelos que provienen del mismo cigoto (Cajal, 2017).

Vesania Típica: Antiguo nombre utilizado para la esquizofrenia tipo paranoide (De Psicología, 2017).

2.2. El estigma

2.2.1. Historia.

El concepto de estigma, a lo largo del tiempo, ha tenido como particularidad principal el ser un término dinámico, es decir, que ha ido cambiando y ajustando su significado según los tiempos de manera adaptable, fluida pero también lo ha hecho de forma contingente (Cazzaniga Pesenti y Suso Araico, 2015). El estigma tiene la capacidad de construirse como resultado de las relaciones interpersonales con una dinámica propia. Por lo tanto, cuando se habla de estigmatización nos referimos a un producto social influenciado por la institucionalización, la regulación y las ideologías tanto personales como generales que la sustentan.

El Dr. Babic (2010) en su publicación “Stigma and Mental Illness” (estigma y Enfermedad Mental) establece que el estigma es una palabra de procedencia griega que se refería a “*pinchazo, resaltar, marcar o enfatizar*”. Puede resultar contradictorio creer que en los inicios cuando se mencionaba la palabra estigma, esta no se relacionaba con lo negativo sino más bien, era utilizada como una forma de hacer referencia a las heridas que los militares sufrían durante su servicio militar, haciéndolas ver como marcas de honor. De igual forma, el cristianismo temprano utilizaba el término estigma como una manera de hacer referencia a las heridas de Cristo sufridas en la cruz.

Cuando la palabra estigma fue traducida al Latín, era utilizada de manera metafórica como una etiqueta que infería vergüenza, degradación o distinguía una condición social inferior. Fue en ese momento cuando adoptó un significado y uso negativo.

Tal es el caso de los esclavos indígenas, africanos y criminales en América durante 1511 (Rosal, 2013), donde, para poder distinguirlos procedían a marcarles en diferentes partes de su cuerpo un signo (ya sean letras del abecedario Latín, Griego o figuras geométricas) llamado “Carimba” o estigma de la esclavitud, con un hierro candente.

Para 1963, el sociólogo Erving Goffman decidió recuperar el concepto de estigma, presentándolo como la expresión de una identidad social devaluada fruto de ciertas características personales. En otras palabras, que el estigma aparece debido a una discrepancia entre una “*identidad social virtual*” (son las características que una persona debería tener según ciertas normas socioculturales) y una “*identidad social actual o real*” (dígase de los atributos que en realidad posee el individuo). A su vez describió tres tipos de estigma:

1. *El que hace referencia a características personales interpretadas como defectos (género, trastorno mental, homosexualidad, encarcelamiento o adicción),*
2. *El estigma físico (deformidades del cuerpo),*
3. *El estigma que infiere la pertenencia a un grupo particular (ya sea una etnia, nación o una religión).*

No obstante, una de las aportaciones más relevantes de Goffman (1963) es la idea de que las respuestas negativas o los efectos no deseados que produce el estigma en los estigmatizados, es probable que no sean exactamente iguales para todos los grupos. Por lo que las reacciones hacia las personas estigmatizadas van a depender de la categoría social a la que pertenezcan durante el proceso de interacción social. Ahora bien, para saber por qué aparecen y desaparecen los estigmas a lo largo de la historia (Marichal y Nieves Quiles, 2000), Oakes, Haslam y Turner (1994) explican que el proceso de categorización social implica una creación y reconstrucción de la información que se ve expuesta a las diversas influencias de las creencias e ideologías de algún contexto determinado. Por esta razón, una categoría puede verse propensa a tener diferentes significados dependiendo de los distintos contextos y situaciones en la que se desarrolla (Bless y Schwarz, 1998; Hogg, Turner y Davidson, 1990).

Por otro lado y volviendo a los conceptos de estigma, los investigadores sociales Link y Phelan (2001) decidieron re-conceptualizar el concepto de la palabra estigma procediendo a explicarla a través de lo que denominaron como “Proceso de estigmatización” que abarca cinco momentos:

- El primero se caracteriza por darse una identificación o etiquetado a un conjunto de personas.
- En el segundo momento surgen los llamados estereotipos que dan cabida a un “nosotros” y un “ellos”.
- Luego, en un tercer momento se produce una distancia social basada en prejuicios existentes respecto a “ellos”.
- Ya en el cuarto momento, la persona o grupo estigmatizado que no es considerada parte del “nosotros”, comienza a perder su estatus social y a ser objeto de discriminación, produciéndose una desigualdad social.
- En el último término, todos estos sucesos apoyan su ocurrencia en la existencia de una situación desigual de poder político, económico y social (Cazzaniga Pesenti y Suso Araico, 2015).

El proceso de estigmatización desarrollado por Link y Phelan (2001), como plantean Cazzaniga Pesenti y Suso Araico (2015), sin dudas produce actitudes de carácter discriminatorias que poseen consecuencias clasificadas en objetivas, que a su vez pueden ser directas o indirectas (conductas de rechazo, menosprecio y distancia social de la población general) que impiden el ejercicio de la ciudadanía plena de las personas que sufre el estigma. Y en subjetivas, que llevan a que la persona que sufre el estigma interiorice estos estereotipos y prejuicios generalizados (autoestigma), cuyas consecuencias se convierten en cargas que interfieren negativamente en la creencia del valor propio, disminuye las esperanzas de mejoramiento y pueden llevarles a desertar del tratamiento que esté llevando.

El estigma se hace sentir en forma de estereotipos negativos (Cazzaniga Pesenti y Suso Araico, 2015) basados en mitos, que a su vez generan prejuicios que favorece, a nivel emocional, el distanciamiento social de un colectivo específico cuyos integrantes poseen una característica personal “distinta a la de los demás”, y estos prejuicios se manifiestan a través de actitudes discriminatorias.

En la actualidad, existen diversos factores que generan el estigma pero uno de los más importantes tiene que ver con la existencia de una cierta concepción biologicista de la práctica médica, que otorgando una prevalencia casi total al carácter neurológico o biológico de los trastornos mentales, ignora o deja a un lado la parte más humana que incluyen las enfermedades mentales, sin excepción. No obstante, como explican Cazzaniga Pesenti y Suso

Araico (2015), se puede percibir una mayor tolerancia a nivel social cuando se está frente a enfermedades que, se podría decir, son comunes o frecuentes (como es el caso de la depresión, la ansiedad) y un mayor rechazo a aquellos trastornos mentales graves que poseen tendencia a ser clasificados bajo la etiqueta de “locura”.

Estos además (Cazzaniga Pesenti y Suso Araico, 2015), consideran que el estigma se ha mantenido por las actitudes aprendidas socialmente que pasan por generaciones, debido a desconocimientos que se traducen en estereotipos cuya función es clasificar la realidad apoyados de los prejuicios que provocan la distancia social y conductas discriminatorias, que de manera no visible, se convierten en barreras que impiden el ejercicio pleno de los derechos y crecimiento de las personas que son víctimas del estigma social. Por esta razón, cualquier intervención que busque erradicar el estigma debe tener en cuenta esta triple dimensión: la vertiente del conocimiento (ignorancia), la emocional (prejuicio) y la conductual (actitudes discriminatorias) (Thorndicroft, 2007).

Para el modelo de Flexibilidad Psicológica (que será desarrollado más adelante), las intervenciones dedicadas a la eliminación del estigma y el prejuicio deben enfocarse en trabajar los procesos verbales subyacentes hacia los grupos específicos víctimas de ello, para que sean más eficaces (Masuda, Hill, Morgan, y Cohen, 2012; Bäckström y Björklund, 2007). Pues así lo establecen Link, Cullen, Struening, Shrout, y Dohrenwend (1989), al postular su Teoría del Etiquetamiento, donde explican que las personas, a través del uso del lenguaje y el proceso de socialización, van aprendiendo e internalizando diversos conceptos respecto a las personas con alguna enfermedad mental, que posteriormente son transformados en rótulos con los que se les etiqueta, clasifica y se genera discriminación.

El estigma, es un fenómeno histórico de naturaleza sociocultural que en cierta manera puede dificultar su evaluación. No obstante, Muñoz, Santos, Crespo y Guillén (2009) en su estudio “estigma y Enfermedad Mental”, han establecido una clasificación que facilita la evaluación del estigma partiendo de los actores que estigmatizan, siendo estos:

- El estigma público (proveniente de personas de la comunidad),
- El estigma estructural (proveniente de instituciones, políticas públicas, entre otros),
- El autoestigma (proveniente de la propia persona víctima del estigma),
- El estigma familiar (proveniente de cuidadores, entorno próximo de apoyo).

2.2.2. *El estigma asociado a la salud mental y personas con trastorno mental.*

Conocer la evolución de la “locura” en el tiempo permitirá comprender las raíces históricas del estigma asociado a la enfermedad mental en la cultura occidental. Las enfermedades mentales se han visto marcadas por un sinnúmero de concepciones mágicas y religiosas que han cuestionado continuamente la condición misma de las enfermedades, ya sea atribuyéndoles un origen espiritual diabólico en los tiempos del Renacimiento (Goffman, 1963). La locura era silenciada por la moral cristiana, pasando los “locos” a ser concebidos como animales, como *no humanos* que deben ser domados por su exceso de libertad utilizando la fuerza, mediante latigazos y palizas (Cazzaniga Pesenti y Suso Araico, 2015).

El origen de la psiquiatría en el siglo XIX (Cazzaniga Pesenti y Suso Araico, 2015) permite que la locura se individualice cada vez más, que sean tomadas medidas para evitar el aprisionamiento por largo tiempo de criminales o mendigos, mientras que el encierro de los “locos” (llamados también como “malos espíritus”) se mantenía para impedir que se diera “contagio” de la locura. Ya para los años 1800, en Francia, el médico Philippe Pinel (1745-1826), planteaba la importancia de la observación y descripción de los hechos, por ello, su contribución fundamental fue trabajar para cambiar la actitud que poseía la sociedad hacia los enfermos mentales, ya que estos, decía, deben ser considerados como seres humanos y merecen los tratamientos médicos.

Sin embargo, para Cazzaniga Pesenti y Suso Araico (2015), los tratamientos psiquiátricos que utilizaban los reconocidos médicos Tuke y Pinel se fundamentaban en el miedo. Estos hacían que los “locos” sientan miedo de sí mismos, infringiendo el sentimiento de culpa por lo que les pasaba, así como la vergüenza y el arrepentimiento, utilizando diversos métodos.

Los años cincuenta y sesenta del siglo XX se vieron marcados por el surgimiento de movimientos alternativos a la reclusión institucional de las personas con trastornos mentales para ofrecerles razonables condiciones de vida y atención (López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio, 2008).

Pastor y Ovejero (2009) explican que al iniciar los años 60 del siglo XX, surge una corriente de pensamiento con cierto “aire familiar”, con la “*Historia de la Locura en la Época Clásica*” (1961) de Foucault denominada la “Antipsiquiatría”. Este movimiento comienza en el Reino Unido con David Cooper (quien acuñó el término de antipsiquiatría en 1967) y

Roland Laing, como una crítica a la razón psiquiátrica. Estos veían al trastorno mental como un viaje o experiencia vital por la que algunas personas transitan y donde el papel del terapeuta debe ser el de un acompañante.

En 1965 fundaron la Philadelphia Association y crearon una serie de *casas antipsiquiátricas* (la más famosa fue la Kingsey Hallen), en las que convivían junto a personas con esquizofrenia y les acompañaban en su proceso de “renacimiento” del “yo auténtico”. La influencia positivista que distinguía al siglo XX, permitió que se vaya formando una nueva concepción de enfermedad mental bajo una impresión más biologicista (Cazzaniga Pesenti y Suso Araico, 2015).

Cazzaniga Pesenti y Suso Araico (2015) señalan que con el trastorno mental, una vez que la persona recibe el “diagnóstico”, todas sus experiencias comenzarán a tener un nuevo significado desde la lente de la “locura” que tiene. Por ejemplo, se duda de la credibilidad de lo que diga la persona pues puede haber sido producto de su imaginación.

Diariamente, las personas con trastornos mentales deben enfrentarse a una doble dificultad, lo que ha venido a denominarse como la “doble enfermedad” (Cazzaniga Pesenti y Suso Araico, 2015): por un lado, estos llegan a experimentar los síntomas propios de su trastorno y por otro lado, al mismo tiempo, deben hacer frente a los efectos que les produce ser estigmatizados debido al problema de salud mental. Esto generalmente lleva a que sea interiorizado por la persona (autoestigma).

Para Cazzaniga Pesenti y Suso Araico (2015), el principal estereotipo asociado con los problemas de salud mental es la violencia y/o la agresividad, probablemente debido a la experiencia previa de reclusión vividas por los “locos” a lo largo de la historia. Además, debe agregarse el tratamiento que se le ha venido dando en los medios de comunicación, donde se presentan con mayor facilidad algunos episodios de violencia que son realizados por personas que poseen un trastorno mental, lo que en cierta medida, “confirma” el imaginario colectivo que vincula el trastorno mental con la agresividad y peligrosidad. No es que en ocasiones no sucedan actos de violencia donde se vean involucrados como autores, sin embargo, la mayoría de estudios epidemiológicos no confirman que las personas con trastorno mental sean más violentas que el resto.

La persona que sufre directamente el peso del estigma (León Castro, 2005) debe lidiar con que encuentra que los amigos han dejado de frecuentarle, que al buscar trabajo tiene que esconder activamente sus antecedentes psiquiátricos o que si consigue una pareja tiene que mentir sobre los aspectos más importantes y dolorosos de su vida. Imagínese que al trauma de experimentar un trastorno mental, se le suma la devastadora experiencia de la marginación.

A modo de ejemplo, en la historia reciente de Yugoslavia (Babic, 2010), se daban actividades llamadas “*Bringing*” que consistían en la hospitalización forzada de pacientes con enfermedad mental cuando había visitas de políticos prominentes, para que estas autoridades no sean condenados por el público. Tanto así, que hubo casos en el que en un solo hospital, en dos o tres días eran detenidos forzosamente más de 100 pacientes con enfermedades mentales, independientemente de su estado mental en el momento y sin su consentimiento.

Hillert, Sandmann, Ehmig, Wisbecker, Kepplinger y Benkert (1999), al realizar una revisión de la literatura, pudieron observar que casi todas las encuestas aplicadas en distintas investigaciones realizadas en torno al estigma hacia personas con trastornos mentales, confirman la hipótesis de la existencia de una «distancia social» fundamental hacia los enfermos mentales a lo largo de los últimos cuarenta años.

Los enfermos mentales (Marín, Fontalba, Gil, Bonillo, Rodríguez Hurtado y Rojas, 2012) que son tratados como tales, en su mayoría, son víctimas que sufren los problemas de una vida en medios familiares o sociales abusivos. Cuando no pueden aguantar una vida

inaguantable, llegan a sufrir la desintegración del ego y el desarrollo del pánico hacia sí mismos. “Loco”, es la gran palabra incorrecta; el diferente, el inadaptado, el contrario a un determinado orden, a la norma, el anormal, donde su lugar está en el manicomio, la otra gran palabra incorrecta. Por esta razón, se ha comenzado a emplear el término correcto de enfermo mental como una forma de justificar toda anormalidad como ajena a los problemas familiares, sociales, económicos o existenciales que puedan experimentar (Cangas y Navarro, 2012).

Se ve que hay un avance en el conocimiento científico (Moreno, Sánchez, y López de Lemus, 2012) pero este crecimiento se ve ciertas veces obstaculizado, ya que la sociedad muy a menudo se mantiene anclada en estereotipos que generan discriminación hacia las personas que padecen problemas de salud mental en todas sus anchas, identificándose completamente a la persona con la patología (Cangas y Navarro, 2012).

Sin dudas, la estigmatización debilita a quienes la padecen y afecta negativamente el curso de la enfermedad. Todo esto hace que se reduzcan a gran escala las oportunidades de una persona con trastorno mental para llevar una vida normal, con trabajo, tratamiento, rehabilitación e inserción a la comunidad (Babic, 2010).

Cuando se habla de la relación existente entre el deseo de distancia social, rechazo de las personas con alguna enfermedad mental y la variable “nivel educativo”, Angermeyer y Matschinger (2003, 2004) pudieron ver que cuanto mayor sea el nivel educativo, menos actitudes negativas son expresadas en torno a ellos.

Por otro lado, un estudio anterior llevado a cabo por Angermeyer et al. (2003), consiguió confirmar que aquellas personas cuya expresión de distancia social era mayor, solían culpabilizar a la persona que padece el trastorno mental, del desarrollo de la misma, adjudicaban el trastorno a una enfermedad de nivel cerebral o a causas meramente genéticas, esperando de ellos un peor pronóstico y concibiéndoles como personas impredecibles y peligrosas.

Marmot (2003) manifiesta que el estigma se constituye en un ciclo vicioso, ya que el bajo nivel de autoestima está seguramente conectado con el deterioro de la salud de las personas. Esto luego se confirmó gracias al estudio donde se indica que los enfermos que reportan sentirse más estigmatizados sufren síntomas más severos y se sienten significativamente más deteriorados (Ertugrul y Ulug, 2004). Así mismo, López et. al, (2008)

expresa que la forma en que las personas con trastorno mental grave viven las opiniones públicas marcadas con el estigma [estigma público (Link, 1987)] incluye el asumir actitudes iguales a las que la población general tiene ante ellos (lo que hace contradictorio este proceso), pero en este caso lo hacen adoptando todos los estereotipos de “peligrosos”, “incurables”, “incapaces”, sumándose a esto la sintomatología propia de la enfermedad mental.

Toda esta auto-estigmatización afecta su moral, valor, autoestima y sus deseos de pedir ayuda por miedo al qué dirán. Por consiguiente, todo esto aumenta su estrés junto al nivel de vulnerabilidad, dando como resultados mayor riesgo a recaídas y hasta al suicidio. Pero también, muchos de quienes tiene algún trastorno mental grave, tienden a reaccionar a las opiniones públicas asumiendo comportamientos caracterizados por la indiferencia o la autoafirmación (López et al, 2008).

2.2.3. El estigma y la Familia.

Aunque no se crea, las familias de igual forma se convierten en víctimas del estigma, mejor conocido como "estigma por asociación" (Mehta y Farina, 1988). Esto se da pues, como se ha mencionado anteriormente, el estigma es un ciclo creado marcado por la discriminación y exclusión social (Muñoz et. al., 2009) no solo para aquellos que padecen del problema de salud mental sino también para todos aquellos que les rodean o son cercanos a él. Muchas veces se da el caso de que familias víctimas del estigma no adquieran las medidas necesarias para enfrentar a la enfermedad mental por el miedo a la vergüenza pública y ante todo, a las reacciones de sus familiares lejanos, amigos y vecinos.

Éste agrega (Muñoz et. al., 2009) a modo de explicación, que el temor a lo que pueda acontecer al ser estigmatizados puede ocasionar graves problemas en las relaciones familiares y disminuir o anular todo contacto social externo para mantener el problema de salud mental *en secreto*. Es tanto así que Werner y Givon (2008) describen que para la familia el estigma posee y juega un papel predominante pues fácilmente se transforma en una de las principales barreras para crear vínculos emocionales saludables con el miembro de la familia que posee algún trastorno mental. Por lo que es muy usual que los cuidadores y familiares suelen utilizar como “herramienta de afrontamiento” la estrategia de mantener oculto el diagnóstico, no sólo de terceros sino también hasta del mismo familiar que lo padece.

Este caso tiende a darse mayormente en familias que presentan, como denominan Vaughn y Leff (1976), una alta emoción expresada (E.E.) en torno al diagnóstico, donde cuyos miembros pueden tener una actitud de rechazo encubierto manifiesta por medio de comportamientos, como explicaban Werner y Givon (2008), basados en no hablar del problema pero que claramente se exteriorizan mediante expresiones y actitudes donde se critica y desvaloriza (hostilidad) al afectado (Merlo, s.f.). Por lo que, el problema aquí reside en que a mayor tiempo se mantiene en secreto el tema, en la misma intensidad irá influyendo y modificando las actitudes y las relaciones familiares.

El hecho de atender a una persona con trastorno mental crónico (por ejemplo: psicótica, pero también neurótica), va a generar una cantidad de tensión significativa para la familia, que si no es trabajada puede abrir brechas donde se den rupturas en la estabilidad familiar y hasta puede provocar la aparición de síntomas físicos o psíquicos entre sus miembros. Al recibir el diagnóstico de un trastorno mental en un miembro de la familia, como plantea Maluenda et al. (2014), resultará traumático y complejo de manejar no solo para la persona afectada sino también para toda la familia y allegados. Esto provocará, que se da muy frecuentemente, una ruptura del proyecto de vida personal y familiar en el miembro diagnosticado, pues éste ya venía con diversas expectativas de vida respecto a su persona.

La emoción expresa cuando es alta, es reconocida como uno de los factores que favorecen el deterioro y recaída del la persona independientemente de la sintomatología y duración del trastorno (se da a mayor escala en pacientes con esquizofrenia) (Brown, Birley y Wing, 1972). Lo que caracteriza a las familias con alta emoción expresada, es una menor capacidad para afrontar las crisis, mayores niveles de preocupación, angustia, tendencia a hacer hincapié en el impacto que les generó el episodio psicótico (en el caso de la esquizofrenia) y suelen culpabilizar al pariente diagnosticado por su comportamiento, considerando que son resultado de una intensificación de sus defectos previos (Merlo, s.f.).

Por lo tanto, los miembros diagnosticados cuyos familiares son de alta emoción expresada recibirán menos apoyo social y más críticas, comportamientos hostiles y una serie de comportamientos exagerados de protección, culpabilización, aflicción, etc. Esta falta de apoyo social va a aumentar la vulnerabilidad de quien padece la enfermedad mental frente a los estresores ambientales (Dean y Lin, 1977).

Dicho esto, Rebolledo Moller y Lobato Rodríguez (2005) establecen que para que haya una buena evolución de la enfermedad, es vital trabajar la coalición entre la persona diagnosticada, su familia y los profesionales que le atienden para que se den condiciones idóneas que permitan una adecuada aceptación y evolución, mediante tratamiento continuo, para que la persona afectada pueda desarrollar herramientas emocionales que les permitan contrarrestar las consecuencias del estigma.

Angell, Cooke y Kovac (2005), como se mencionó al inicio de este tema, establecieron que la familia se ve afectada por dos tipos de estigma:

1. **El estigma Público:** esta se generaliza desde la persona con enfermedad mental a su familia o puede experimentarse por observación cuando ven la estigmatización sufrida por su familiar.
2. **El Autoestigma:** la familia asimila los mensajes (procedentes de la sociedad en general, de los profesionales, de otros miembros de la familia,...) acerca de su culpabilidad en la enfermedad y en consecuencia genera sentimientos de autoculpa, ocultamiento, el secreto, postergación de la búsqueda de tratamiento para la persona con la enfermedad mental y para ellos mismo y ocasionalmente, el aislamiento para evitar que los demás (amigos y otros parientes) sepan de presencia de la enfermedad en su núcleo familiar.

Guimón (2004), ha podido observar que muchas de las actitudes negativas que manifiestan quienes estigmatizan no siempre son resultado de la ignorancia, sino que estas, también, pueden deberse a alguna experiencia directa pasada con un enfermo mental o se puede deber meramente a experiencias que otros han contado.

En los Estados Unidos se llevó a cabo un estudio por Wahl y Harman (1989) que les permitió evaluar las opiniones que tenían familiares de personas con enfermedad mental sobre el estigma. Para ello y bajo un diseño cualitativo, utilizaron un total de 487 familiares miembros de la *National Alliance for the Mentally Illness* (Alianza Nacional para la Enfermedad Mental) de EE.UU., obteniendo como resultados que los familiares veían el estigma como un problema de mucha importancia no solo para quien padece la enfermedad mental sino también para la misma familia.

También dijeron que una disminución de la autoestima, problemas para hacer y mantener amistades o mantener estables las relaciones familiares, son algunos de los efectos que con más frecuencia viven como resultado del estigma hacia el pariente que padece alguna enfermedad mental (Wahl y Harman, 1989).

Además, Wahl y Harman (1989) encontraron que estos familiares veían como fuentes principales de estigma el uso de las palabras “locos” o “psicópatas” para referirse, a nivel de broma, a quienes padecen algún trastorno mental y el uso en las películas de asesinos mentalmente enfermos. Estos aseguraban que el estigma puede combatirse si la población general recibe información real sobre la enfermedad mental, si se relacionan o interactúan con familias de personas con enfermedad mental y si se realizan mayores investigaciones sobre las bases biológicas de las mismas.

Para concluir esta parte, haremos eco de lo que Muñoz et al., explicaron en el año 2009 con su investigación *“Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental”*, donde dicen que no hay mayor autoestigma que sufren las familias que el de atribuirse la culpabilidad del trastorno de su familiar, ocultando nuevamente y en la medida de lo posible, el trastorno mental, pues se arraigan a la cultura popular que entiende que el trastorno mental es resultado de una mala crianza por parte de las madres y padres (Muñoz *et al*, 2009).

2.2.4. El estigma y la esquizofrenia: El peso del estigma en el paciente con esquizofrenia.

Si miramos en la historia de los trastornos mentales (Babic, 2010), la esquizofrenia es un padecimiento que se ha mantenido en el público como uno de los varios campos de la enfermedad mental que al mencionarse se asocia con sentimientos de incomodidad, miedo, prejuicio y distanciamiento. Esto derivado, quizás, de la situación de reclusión y del estigma que funcionan atribuyéndole una connotación negativa y totalizadora a quien comparte este trastorno. De este modo la persona que tiene esquizofrenia es caracterizada o calificada como “esquizofrénica” y ahí termina todo, como si su identidad total partiera del hecho de vivir la experiencia de esta enfermedad mental.

Al hablar de esquizofrenia, la primera impresión que nos llega, a nivel general, es la de una enfermedad para la que hay poco remedio (Merlo, s.f.). Esta creencia de que tiene poca solución o simplemente que no la tiene, es una de las primeras barreras en forma de

estigma que le dificulta a la persona que la padece, volver a tener una vida normal. Un trabajo realizado con el fin de examinar la aceptación vs. rechazo hacia un paciente con esquizofrenia, por ser el tipo de trastorno que más se identifica con la “enfermedad mental” y el que genera mayor temor y rechazo social, halló que el simple hecho de atribuir una connotación negativa a la palabra esquizofrenia, afecta claramente la percepción de la población general sobre la esquizofrenia (Stuart y Arboleda-Flórez, 2001).

Pocas veces se menciona, como lo hizo la Organización Mundial de la Salud (2014), el hecho de que las personas con esquizofrenia tienen un mayor riesgo de ser víctimas de las violaciones de sus derechos como humanos, no solo por parte de las comunidades sino también por parte de las instituciones encargadas de trabajar la salud mental. López-Ibor y Cuenca (2000), señalan que la opinión pública y muchas veces también la de los propios profesionales, suele tener una imagen impregnada por el estereotipo y los prejuicios (Perales, 2002).

Es tanto, que se ha demostrado (Priebe, McCabe, Bullenkamp, Hansson, Lauber, Martínez-Leal y Wright, 2007) que pacientes con esquizofrenia que obtienen una atención y un cuidado donde se le da mayor importancia a la conversación y la escucha activa, aumentan la probabilidad de que mejoren su calidad de vida. Y no solo eso, sino que, si se le permite que participen activamente en su tratamiento, se comenzarán a observar mejoras en su autoestima y en su salud a nivel general (Hamann, Cohen, Leucht, Busch y Kissling, 2005). Las personas con esquizofrenia tienden a ser altamente vulnerables a dos tipos de estrés (Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries y Sturgeon, 1983):

- **El Estrés Agudo:** debido a los acontecimientos vitales que actúan como factores precipitantes de las crisis de la enfermedad.
- **El Estrés Crónico:** provocado según el nivel de emoción expresada que tenga la familia, caracterizada por el uso de un estilo comunicativo hostil hacia quien padece el trastorno. Esto es lo que mejor predice una recaída en personas con esquizofrenia.

En un estudio realizado por Angermeyer y Matschinger en 2003, donde buscaban examinar la medida en que la población deseaba distanciarse socialmente de personas con esquizofrenia, pudieron ver que quienes mostraban un mayor deseo de distanciamiento social, solían culpabilizar a la persona por el desarrollo del trastorno mental, apoyándose en la creencia de que las personas con enfermedad mental son impredecibles y peligrosas.

Bien es cierto que el hecho de realizar cambios de un término por otro no va a aportar soluciones, pero sí puede incidir en una disminución del estigma que acompañan estos términos denigratorios (Pérez Álvarez et al., 2015). Como todo se trata de una red (donde una cosa influye en la otra), también pueden irse modificando indirectamente algunas variables influyentes en el pronóstico del trastorno y se pueden comenzar a divisar cambios de actitudes que seguramente mostrarán efectos positivos.

Una cosa es conocer las percepciones estigmatizantes de la población general hacia las personas con esquizofrenia y otra cosa es, conocer sobre las opiniones desde el ojo de quien padece este trastorno. Para ello, Runte Geidel (2005) realizó otra investigación que le permitiera conocer sobre el estigma hacia la esquizofrenia, pero esta vez, en relación a las opiniones de las propias personas que lo padecen, los cuales afirmaron sentirse: personas inseguras, inferiores y ante todo alejadas de lo que la sociedad vende como “normalidad”. Explican que debido a esos sentimientos evitan el contacto social porque les ratifican esos sentimientos. Cabe recalcar que estos mencionan que pueden darse cuenta fácilmente de los cambios de actitud de las personas hacia ellos al descubrir que tienen esquizofrenia.

Para fines de comprobación conviene subrayar también el trabajo realizado por Ochoa, Martínez, Ribas, García Franco, et al. (2011): *“Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia”*, con el que obtuvieron, de igual forma, un resultado bastante negativo respecto a la pérdida de los roles sociales donde estos afirmaron vivir pérdida de amigos y parejas, pues asumen que no poseen la capacidad de cortejar ni de formar una familia. En cuanto a la pérdida de capacidades, expresaron sentir que sus opiniones no son tomadas en cuenta y más aún, expresaron que sienten que han perdido el control de sus vidas y confiesan sentir mayor necesidad de protección y cuidado, al mismo tiempo que se culpan a sí mismos por asumirse como una carga para otros. Por último, muchos informaron tener la sensación de que la sociedad les culpa porque la enfermedad inició debido a las muchas fiestas a las que asistían y al abuso de sustancias tóxicas.

Indiscutiblemente, el cambio más importante (Merlo, s.f.) debe comenzar a surgir en la percepción y la perspectiva con la que se mira a la esquizofrenia y a quienes la padecen, con tendencia a inclinarse hacia una verdadera integración social. Merlo, C. (s.f.), recuerda que es necesario que los estereotipos comiencen a sustituirse por creencias que verdaderamente valoren la entidad de persona de quienes viven con esquizofrenia.

Si nos detenemos a evaluar, cuando alguien dice que tiene problemas de salud crónicos como el cáncer (Levine y Levine, 2009), frecuentemente reaccionamos ofreciéndoles compasión y apoyo, pero esto en el caso de la esquizofrenia no es así. Cuando amigos, compañeros de trabajo, de estudio y hasta familiares encuentran que alguien ha desarrollado esquizofrenia o algún otro trastorno mental grave, estos no reaccionan de la misma manera. No debe olvidarse que la compañía, el apoyo de la familia, amigos y de la comunidad siempre serán una parte importante de esos ingredientes esenciales para la recuperación de la persona que padece este trastorno se dé a largo plazo.

Por esta razón, es necesario que se les comience a descargar de la condición de “enfermo mental” y de sus connotaciones negativas para que comience a darse la verdadera reintegración en la sociedad y mejoramiento de su estado emocional, físico, mental. Levine y Levine (2009) aseguran que los cambios serán notorios cuando se haga de esto una misión personal para educar a todos, enseñándoles que la esquizofrenia es una enfermedad mental seria pero tratable, que las personas con esquizofrenia necesitan sentir esa calidad humana, esa compañía, como todo el mundo.

2.2.5. El estigma y los medios de comunicación.

Una de las cosas que mayor impacto ha tenido (y aún tiene) desde su surgimiento sobre las personas, la sociedad, el mundo, y sobre la que recae gran parte de responsabilidad cuando hablamos, no solo de dar información, sino también de educar a quienes la consumen, son los medios de comunicación tanto televisivos, radiales como escritos, a los que también han de incluirse los medios virtuales como son las redes sociales que tanta incidencia tienen en la actualidad. Marín et al. (2012) exponen que es una realidad el que cada día coexistimos con una crecida dosis no solo de televisión, radio o prensa escrita sino también de Internet, telefonía móvil y videojuegos, principalmente (Cangas y Navarro, 2012).

Partiendo de esto, al encontrarnos con cierto nivel de ausencia por parte de profesionales encargados de trabajar la salud en estos medios, vemos en la sociedad un efecto no saludable que coopera de manera negativa a que aún se maneje información errada, inexacta o incompleta sobre las enfermedades mentales, convirtiéndose en riesgos de estigma (Babic, 2010). La enfermedad mental por sí sola no es un determinante de la naturaleza de una persona, ni mucho menos disminuye su valor humano.

Un estudio que se llevó a cabo en España (Pérez Álvarez, Bosqued Molina, Nebot Macías, Vidal, Pérez Zaera y Quintanilla López, 2015) analizó el uso del término “esquizofrenia” por los medios de comunicación escritos (497 noticias), dándose a relucir lo siguiente:

- 37 de 497 noticias (10%) hacía referencia a la pobre atención de la prensa escrita al estigma hacia la esquizofrenia.
- En la mayoría de las noticias se involucraron a personas esquizofrénicas en acontecimientos violentos: 143 (38,5%) noticias tratan sobre delitos.
- En noticias de delitos, el 16,1% las personas con esquizofrenia eran las víctimas (pero se dieron los casos donde aún así se justificaba parcialmente al agresor), mientras que un 83,9% de estas noticias mostraban a la persona con esquizofrenia como causantes del delito, refiriéndose a estos con expresiones estigmatizantes: en 20 noticias se decía “esquizofrénico”, en 30 se hablaba de “ataque” o “brote”, 16 noticias incluían términos como “loco”, “demente”, “peligroso”, “de remate” y en 3 ocasiones se hablaba de “manicomio”, “reclusión” o “encierro”.

En concreto, (Pérez Álvarez et al., 2015) todo esto parece confirmar que se mantiene en la prensa una tendencia a mostrar sin control historias negativas sobre los pacientes con esquizofrenia con el fin de alimentar el morbo, de despertar el temor e impactar a la audiencia con el constante uso que hacen de la palabra esquizofrenia, con tonalidades denigrantes que siguen contribuyendo al estigma existente alrededor del término.

Una película titulada “*Esquizofrenia: uno por ciento*” muestra cómo en la esquizofrenia existen muros sutiles invisibles difíciles de romper en forma de creencias y actitudes en una sociedad que olvida que quienes padecen de esta enfermedad son personas, son humanos (Merlo, s.f.). Tanto así que Warner (2001) afirma que las películas son el medio que más tergiversa la realidad en torno a la esquizofrenia u otro trastorno mental, con la mera finalidad de producir un efecto impactante en la audiencia.

El sentimiento de “no pertenezco a los normales” y que infringe miedo al rechazo, es lo que lleva a que personas con algún trastorno mental eviten consumir o participar en los medios de comunicación activamente y hace que no hablen públicamente sobre ello. Por esta razón, no solo debe educarse a familiares, amigos sino también a periodistas, locutores y presentadores sobre el tema del estigma hacia personas con alguna enfermedad mental (Babic, 2010). Marín, et al. (2012) con su estudio enfocado en combatir el estigma desde la

promoción de la salud mental, dicen que si se promueve la salud mental se van a producir importantes beneficios en la salud de las personas con algún trastorno mental, favoreciendo el bienestar y la calidad de vida de esta población (Cangas y Navarro, 2012).

López (2007), resalta que es vital procurar que las imágenes usadas para difundir y hacer referencia a personas con problemas de salud mental, tengan una perspectiva positiva y no tan degradante. Explica Gallardo (2011) que las escasas publicaciones sobre los trastornos mentales incluyen imágenes que tienden a hacer alusión a personas que no interactúan socialmente, que tienen la mirada perdida o que se encuentran con sus rostros ocultos en pasillos oscuros y vacíos.

Es necesario que la voz de estas personas pueda llegar a todos los rincones, y qué mejor manera de hacerlo que no sea a través de los medios de comunicación con la ayuda de especialistas en la salud mental para que con esto, las personas con algún trastorno mental puedan tener mayor visibilidad como entes autónomos e independientes (Pérez Álvarez et al., 2015).

2.2.6. La sociedad ante el deficiente mental.

La sociedad suele estigmatizar basándose en a qué grupo social pertenece cada quien. Esta forma de categorizar fomentado en el prejuicio y la discriminación se hallan en todos los estratos de la sociedad y esto influye de manera imperante en los procesos para obtener empleo, vivienda, educación, atención de salud, a nivel financiero. Sin dudas y como afirman Hillert y col. (1999), el hecho de que la población rechaza a los enfermos mentales se convierte en un obstáculo clave que impide la rehabilitación de estas personas. La tendencia a “evitar” (Markowitz, 1998), es una de las conductas que más caracteriza al estigma y al prejuicio, por esa razón vemos que estas personas se encuentran excluidas socialmente o se les dificulta incursionar en la sociedad sin problemas para establecer interacciones con los demás.

Todd, Bodenhausen, Richeson y Galinsky (2011), explican que las formas de prejuicio que se utilizan actualmente son muy sutiles y poseen como denominador común el hecho de que niegan explícitamente esas creencias prejuiciosas, sin embargo, suelen mostrar sesgos implícitos. En línea con esto, un paso importante para focalizar esta forma sutil de prejuicio, es el que proponen Monteith y Mark (2005) al aumentar, en la sociedad, la conciencia de sus propias reacciones prejuiciosas y estigmatizantes indirectamente.

Peral (2012) nos dice que la recuperación y rehabilitación de quienes padecen una enfermedad mental va a ser posible con la colaboración de la sociedad, así se les facilita (a quienes padecen el trastorno mental) el poder manejar las consecuencias del estigma que conlleva su diagnóstico.

Un estudio realizado por Son Hing, Li y Zanna en el año 2002, les permitió encontrar que promover de una forma activa y constante la conciencia en momentos donde una persona mostró prejuicios, hizo que se redujera esa conducta discriminatoria, no sólo entre individuos con altos prejuicios implícitos sino también en lo que tienen bajos prejuicios explícitos.

2.2.6.1. El estigma en la sociedad de la República Dominicana.

De la crueldad y el olvido que ha vivido a nivel mundial la población que padece de alguna enfermedad mental, la República Dominicana no estuvo exenta. Para Diario (2017), siempre que se tocan temas sobre los trastornos mentales, se puede observar una tajante asociación con la palabra “manicomio”.

Tanto es así, que el número 28 (ya sea día de cada mes, edad, número de residencia, etc.) para la sociedad dominicana es sinónimo de “la locura” debido a la ubicación actual del antiguo Hospital Psiquiátrico Padre Billini (de lo que más adelante se estará abordando de manera detallada y breve).

Con esto se configura una realidad marcada históricamente por el estigma, la neutralidad, la insensibilidad, el olvido y la crueldad cuando de tratar a los pacientes con trastornos mentales se refiere, ya que siempre han sido vistos como la cara fea de la sociedad o lo despreciable. No se puede dejar atrás las innumerables frases, canciones, refranes y chistes que se han creado en alusión a la demencia en el país, casi siempre en un contexto negativo o de burla.

Antonio Zaglul (Faxas, 2014), fue un reconocido psiquiatra dominicano y autor del emblemático libro “Mis 500 locos” (1998) donde explica que en el país la palabra “loco” se relacionaba a la posesión diabólica, y por ende, su tratamiento se basaba en la reclusión y nada más. Tanto es así, que hasta los médicos que intentaban tratar a los enfermos mentales eran objeto del estigma por asociación, pues a estos los llamaban “charlatanes”.

El Dr. Vicente Vargas Lemonier, ex-presidente de la Sociedad Dominicana de Psiquiatría, comenta que normalmente la gente asume que las enfermedades mentales son caprichos, defectos o falta de virtud y no poseen ánimos de entender que la mente sí se enferma y para demostrarlo resalta que la mayoría de los pacientes admitidos en el hospital psiquiátrico son diagnosticados con esquizofrenia y con trastornos del estado de ánimo. Patricia Reyna (2015), en su análisis crítico hacia el estado de la salud mental en la sociedad dominicana, expresa que: “Todos podemos padecer una enfermedad mental y ser víctimas de la ignorancia” (parrf. 6).

El hallar o encontrarse con hombres y mujeres deambulando por las calles (Faxas, 2014), es parte de las consecuencias que genera el estigma, la discriminación, la falta de atención a los trastornos mentales y de colaboración, no solo por parte de la sociedad sino también de las autoridades encargadas de administrar y regular la salud mental en la República Dominicana.

Faxas (2014) subraya lo que psiquiatra dominicano Secundino Palacios atestigua (acerca de la realidad vivida en el trato a personas con algún trastorno mental en el país) lo siguiente: “En República Dominicana hay cientos de pacientes amarrados en el patio de las casas de los barrios, encerrados en cuartitos, con cadenas, como resultado de esa situación...” (p.3).

En la provincia San Cristóbal, existió una cárcel conocida como la cárcel de Nigua donde funcionó un leprocomio y un centro psiquiátrico al mismo tiempo (Diario, 2017). Fue construida bajo por el gobierno militar norteamericano cuando intervino al país por primera vez durante los años 1916-1924. Esta infraestructura estuvo compuesta por una torre y cinco pabellones donde estuvo instalada la primera brigada de infantería de las tropas americanas. Pasada esta etapa, Rafael Leonidas Trujillo designó que esa infraestructura fuera utilizada no solo para mandar personas con trastornos mentales sino también para entrenar militares y hasta para torturar y matar a opositores del régimen trujistilla. Estas acciones eran solo pequeños indicios del desinterés, la apatía e ignorancia que reinaba entre los gobernantes dominicanos, en estos tiempos, hacia la enfermedad mental.

Actualmente (Diario, 2017), en la ex cárcel de Nigua opera el colegio Juan Zegrí, donde aún se conservan recuerdos de aquellos tiempos. En dos de los pabellones, donde ahora se imparten cursos técnicos y clases de informática, todavía se conservan en las paredes 42 argollas que servían para atar con grilletes a los presos y a los enfermos mentales considerados peligrosos. Los depósitos que ahora utiliza el colegio, son los demás pabellones donde cada uno cuenta con tres cuartos pequeños (dos en la entrada y uno al fondo) que eran usados como “celdas solitarias” para castigarlos.

Para describir su experiencia en Nigua como director de este centro durante 9 años, Zaglul (1998) en su libro, “Mis 500 Locos” (antes mencionado) cuenta lo siguiente: “Yo estaba en un ambiente primitivo... Una hipertrofia de poder, una macana en la cintura y un desprecio absoluto por el enfermo mental, esa era, en síntesis, la situación, y había que superarla o irse a la buena de Dios” (p.34).

Además, relata que a los enfermos mentales se les aplicaba electroshock a modo de castigo por comportamientos irreverentes, y que también les inyectaban trementina en los muslos para calmarlos (Diario, 2017).

Ya para el 1 de agosto de 1959, Trujillo inauguró un nuevo y moderno centro llamado Hospital Psiquiátrico Padre Billini (actualmente llamado Centro de Rehabilitación Psicosocial “CRPS”), mejor conocido como: “El Manicomio” y “El Psiquiátrico del 28” (debido a que se encuentra ubicado en el kilómetro 28 de la Autopista Duarte), con el propósito de finalizar la problemática que presentaba en su finca que quedaba cerca del psiquiátrico en Nigua, donde muchos de los internos la invadían para comerse las frutas, tomar leche directamente de la ubre de las vacas y hasta para copular con los animales que allí tenía (Diario, 2017). Con este nuevo centro (de 31 pabellones), muchos creyeron que el trato inhumano de desprecio que sufrían los enfermos mentales cambiaría y que su escasez y miseria llegaría a su fin pero no fue así.

Diario (2017), entrevistó al señor Cirilo Constanza un empleado del centro durante 28 años y quien es encargado de Archivo, donde éste recuerda que cuando entró como vigilante de pabellón, allí era normal recibir innumerables quejas de los vecinos porque en aquellos tiempos la comunidad que rodeaba el psiquiátrico le tenía miedo, pánico, pavor a los enfermos mentales. El mismo añadió lo siguiente: “Había que tener cuatro testículos en esa época para trabajar en el 28 porque realmente era tenebroso”.

Al hablar sobre esta etapa que vivieron los enfermos mentales dominicanos, Ángel Almánzar, ex director general de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública afirma que:

El país tiene una deuda social con los enfermos mentales. El trastornado mental siempre ha sido un denigrado histórico de la sociedad... El ser humano común y corriente es el primero que se mofa del enfermo mental, lo denigra y no quiere verlo en su camino, porque es sucio, porque hiede... Contrario a las personas que padecen otras enfermedades, los trastornados mentales no tienen la capacidad de abogacía y el respaldo de entidades sin fines de lucro para lograr la sensibilidad de una sociedad que se ha mostrado históricamente indolente, burlona e indiferente ante su condición. (Diario, 2017, p.6).

Psicólogos y psiquiatras (Diario, 2017) creen que eliminar de la mente del dominicano la vinculación de los enfermos mentales con el número 28 y la palabra “Manicomio”. Como nota interesante, es bueno conocer que en la República Dominicana abrió sus puertas el Café Conde de Peñalba que más tarde, en 1978, sería conocido como El Palacio de la Esquizofrenia. Este era muy visitado por pintores, poetas, intelectuales y políticos. Este nombre otorgado se debía a la creencia de que los artistas siempre están locos (Piña, 2013).

2.2.7. Estigma según los rasgos de la personalidad.

García Galindo, Muñoz Martínez, Ferrer García y Tous Ral (2012) realizaron un estudio enfocado en las visiones contemporáneas sobre la Teoría de la Identidad Social, resumiendo que esta se caracteriza por identificar a la inseguridad que se tiene de la identidad propia, que además de generar malestar, es un elemento que impulsa y fomenta la formación de grupos, e identifica a los procedimientos de identificación social como una manera para reducir dichos sentimientos generados por la incertidumbre.

Las personas comienzan a desarrollar representaciones a modo de prototipos sobre dichos grupos donde para poder ser parte del mismo, se deben cumplir con ciertos atributos, actitudes y conductas que caracterizan y distinguen a sus miembros (Hogg, Siegel y Hohman, 2011). De ahí es donde resulta que con tan solo un dato las personas pueden fácilmente conceder características de la personalidad sobre un individuo o grupo, que vayan más allá de aquellas que ya están objetivamente disponibles, por lo que las características que no se ven a

simple vista pasan a ser provistas, según las teorías de estereotipos del perceptor, bajo el sentido común propio (García Galindo, et. al., 2012). Romero (2010) expone que el mecanismo utilizado por la sociedad de establecer categorías para ubicar a las personas según los rasgos o atributos preestablecidos en común, son los que forman la “identidad social” del individuo, lo que va a facilitar que se den las interacciones sin mayores esfuerzos. En función de estas categorías establecidas, la sociedad sabrá qué expectativas tener ante ciertas personas sin dedicarle atención especial.

De esta forma se crea la “identidad social virtual”, diferente de la “identidad social actual o real” que se compone de los rasgos y/o atributos de la personalidad de cada persona en particular. Esto agregándole el estigma hará que la persona sea percibida como menos interesante y a su vez, el estigma se convierta en un rasgo de su personalidad, minimizando los demás atributos pues muchas veces (Romero, 2010), el estigma tiende a abarcar la identidad total de la persona víctima del mismo.

Rebolledo Moller y Lobato Rodríguez (2005) explican que en ocasiones, es la forma peculiar en que una persona reacciona ante las tensiones y problemas de su vida la que puede incubar el desarrollo de un trastorno mental, por eso, no siempre los trastornos deben ser considerados una enfermedad, pues existen una serie de factores que condicionan la aparición, gravedad y cursos de estos trastornos como lo son: la integridad, maduración del cerebro, las experiencias precoces, los modelos a los que se ha expuesto, la forma en que enfrenta los conflictos vitales y la extensión del apoyo interpersonal recibido.

2.3. Esquizofrenia

2.3.1. Hitos históricos más importantes sobre el concepto de la Esquizofrenia

Las explicaciones del origen y/o causas de las enfermedades mentales han ido cambiando conforme pasa el tiempo, empezando con explicaciones místicas, demonológicas y mágicas a teorías más científicas a mano de los griegos y romanos para más tarde en la Edad Media operar una involución y un retorno a la demonología (Simmering, 2003). Los griegos fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión.

Más adelante, los romanos siguieron directrices similares a las griegas y postularon que las pasiones y los deseos insatisfechos actuaban sobre el alma produciendo enfermedades mentales. Celso (25 a.C-50 d.C.) dividió las enfermedades en locales y generales, donde incluyó las enfermedades mentales, que dividió a su vez en febriles (delirios) y no febriles (locura). Ya para el año 50-130 d.C. Areteo fue el primero en hablar de personalidades pre-psicopáticas (Simmering, 2003).

Las ideas tan prometedoras de las culturas griega y romana sufrieron, como ya se mencionó, una desalentadora regresión debido a la caída del imperio Romano que se hace coincidir con la fecha de la caída del Imperio Romano. Esto permitió que el tema de investigación sobre las enfermedades mentales bajo el disfraz de la demonología reapareciera. Ya para la época Barroca los pacientes psicóticos permanecían recluidos en asilos. (Simmering, 2003).

El término psicosis tuvo su origen en el año 1845, en el momento que **Ernst von Feuchtersleben** (1806-1849), sugiere en su “Tratado médico de las manifestaciones anímicas” el neologismo Psychose para explicar las manifestaciones psíquicas de la “enfermedad del alma”, ya sea tanto de las neurosis como de la locura. Se llegó a considerar este término como bastante representativo y a la vez para nada contrapuesto al de “neurosis” o “enfermedad nerviosa”. Feuchtersleben (1995), unió estos términos diciendo: “Toda psicosis es al mismo tiempo una neurosis, porque sin intervención de la vida nerviosa no se manifiesta ninguna modificación de lo psíquico; no obstante, no toda neurosis es una psicosis” (s.p.). Por consiguiente, “psicosis” también se refiere a los componentes emocionales o psíquicos de ciertas enfermedades o “neurosis”. Este término y su variante “psicopatía” se siguen utilizando aún en la actualidad, muchas veces como una analogía de trastorno mental (Feuchtersleben, Babington and Lloyd, 1995).

Emil Kraepelin, fue el primer psiquiatra en diferenciar la gran cantidad de pacientes con enfermedades mentales, entidad patológica que llamó “Demencia precoz”. Lo hizo en el año 1896, (a pesar de que Morel en el año 1860). La mayor contribución de Kraepelin fue la inclusión de catatonia, hebefrénica y “vesania típica” en la demencia precoz, siendo esta última caracterizada por alucinaciones auditivas y tendencias persecutorias (Kraepelin, 1919). Según su etiología, Kraepelin considera a la demencia precoz como una enfermedad endógena, dígame que no tiene causas externas y que era debido a un desorden metabólico (Arieti, 1994).

Tras examinar miles de pacientes, Kraepelin fue capaz de discernir una característica común entre todas, como lo es la tendencia progresiva hacia el estado de demencia. Usando este método de observación, pudo diferenciar y definir como demencia precoz a la sintomatología que consiste en alucinaciones, ilusiones, emociones incongruentes, incapacidad de atención, negativismo y comportamientos estereotípicos (Kraepelin, 1919). Síntomas como el negativismo, también fueron descritos por primera vez por él.

Eugen Bleuler, importante psiquiatra suizo que en 1911, publicó su monografía basada en la demencia precoz, como producto de muchos años de estudios e investigaciones. En esta, renombró al síndrome como “esquizofrenia” y la definió como la división de varias de las funciones de la psiquis. Le hizo un gran cambio al concepto de demencia precoz al incluir al grupo de la esquizofrenia síntomas que nadie pensaba que tenían relación con la misma. Incluyó al grupo psicosis, que surgen en las personalidades psicopáticas, alucinaciones alcohólicas, psicosis de prisión y casos de psicosis maníaco-depresivas. Más adelante, pensó que los mayores casos de esquizofrenia son latentes al ver que estos pacientes nunca son hospitalizados porque sus síntomas no son tan severos, pero igual, muestran rarezas en sus comportamientos que son atribuidos al proceso de esquizofrenia (Bleuler, 1912).

Como han acentuado varios autores (Morselli, 1955; Stierlin, 1965, 1967), Bleuler consideró y humanizó el concepto de esquizofrenia tras recalcar que, incluso personas normales, cuando están preocupados o distraídos, muestran un número de síntomas relacionados a la esquizofrenia tales como: “conceptos e ideas incompletas, asociaciones peculiares y estereotipos”.

En base a esto, Bleuler decidió clasificar los síntomas de la esquizofrenia en dos grupos: los primarios o fundamentales (aquellos síntomas que están presentes hasta un punto en todos los casos de esquizofrenia, ya sea latente o manifiesto: asociación desorganizada) y los secundarios (son los que pueden o no ocurrir: ilusiones, alucinaciones, posturas catatónicas, entre otras) (Bleuler, 1913).

Adolph Meyer, fue un médico suizo que tomó gran interés por la esquizofrenia desde el inicio de su carrera. Consideraba que el paciente con esquizofrenia debía de ser evaluado “longitudinalmente” desde el principio de su vida ya que todos los factores que podrían ser causa de la condición mental actual debían ser tomados en cuenta (Lief, 1948).

Esto demuestra el nivel de convencimiento que tenía sobre la demencia precoz, como resultado de la acumulación de hábitos desorganizados o hábitos de reacciones imperfectas. Establecía que el individuo que no es capaz de hacerle frente a los problemas y dificultades de la vida y que es confrontado por fracaso tras fracaso, puede tender a sufrir lo que Meyer llamó Reacciones Subtíulas. Al principio estos hábitos pueden parecer “triviales e inofensivos” tales como soñar despiertos, disminución del interés, entre otros, pero más adelante se vuelven dañinos, incontrolables y tienden a asumir mecanismos como alucinaciones, ilusiones y bloqueos. Meyer sintió que era posible formular los hechos principales que aparecieron en la historia de la mayoría de los casos como “una cadena natural de causa y efecto” (Meyer, 1906).

Este veía a la demencia precoz como “la consecuencia usualmente inevitable de conflictos o instintos y la incapacidad de inofensivas adaptaciones constructivas”. A su concepto lo llamó “Dinámico”, ya que implicaba una interacción de fuerzas longitudinales y a la vez lo llamó “Psicobiológica”, puesto que se consideraba tanto la parte psicológica como la biológica. Renombró a la enfermedad como *Parergasia* que según su etimología significa: incongruencia de comportamientos. Sin embargo este término nunca fue aceptado fuera de su escuela (Meyer, 1910).

Sigmund Freud, médico austriaco de raíces judías especializado en neurología y padre del Psicoanálisis, mostró en uno de sus escritos psicoanalíticos (1894), creado nueve años antes de la primera interpretación dinámica de Adolph Meyer, la descripción de cómo ideas inaguantables pueden llevar al surgimiento de psicosis alucinatorias (Freud, 1896).

Es solo con su escrito sobre el narcisismo (1914), que Freud aplica su teoría de la libido a la interpretación de la esquizofrenia y pudo integrar los otros conceptos psicoanalíticos en la interpretación de la psicosis. Contrario a Kraepelin, Bleuler y Meyer, Freud pensaba que la característica esencial de la esquizofrenia era el cambio en la relación con las personas y “otros objetos” en su ambiente.

Tal vez, de todas las contribuciones del fundador del psicoanálisis (Freud, 1924), la más importante en relación a la esquizofrenia es el concepto de la simbolización. Según este concepto, los síntomas ya no son aceptados a un nivel fenomenológico, sino como substitutos a otra cosa que simbolizan. La fuerza represiva del Yo transforma estos síntomas en una forma en la que ya no son reconocidos por el paciente como intentos de cumplir sus deseos. Importantes conceptos de Freud, tales como el inconsciente, represión y la transferencia

tienen gran valor cuando son aplicados a la esquizofrenia. El concepto de transferencia es aplicado por Freud a la esquizofrenia en una manera negativa. Según él, los pacientes con esquizofrenia tienden a aislar el libido de los objetos externos, por lo tanto, sin transferencia, o que exista algún apego producto del sujeto, no es posible (Freud, 1924).

Carl G. Jung, de los psicoanalistas que partieron del lado de Freud, fue el primero en hacer extraordinaria contribución al campo de la esquizofrenia. Jung criticó las teorías que interpretan la aparente incongruencia entre las funciones afectivas e irracionales de la esquizofrenia debido a la ataxia psíquica (Stransky, 1903). Además es el primer autor en inferir la posibilidad de un mecanismo psicósomático en la esquizofrenia. Según él, no es un desorden orgánico que produce el desorden psíquico, al contrario, el desorden emocional produce un metabolismo anormal que causa daños al cerebro. Este hecho es interesante ya que por primera vez se considera al Sistema Nervioso como posible víctima del desorden psicósomático (Jung, 1920).

Según él muchos de los síntomas de la esquizofrenia eran reproducciones de los arquetipos (forma que se le da a algunas experiencias y recuerdos de los primeros antepasados) pertenecientes al inconsciente colectivo. Pensó que la esquizofrenia era debida a una fuerza inusual de tendencias atávicas (que proviene de antepasados lejanos) que no se ajustaban a la vida moderna. Con este último punto, Jung parece reafirmar la importancia de los factores congénitos y minimiza grandemente el rol que jugaba el ambiente o las fuerzas interpersonales en la esquizofrenia (Jung, 1921).

Harry Stack Sullivan, fue quien demostró que la esquizofrenia, así como cualquier otra condición psiquiátrica, es engendrada por pobres relaciones interpersonales, especialmente de padres a hijos. Haciendo eso, abrió nuevas perspectivas e incluyó a la psiquiatría en el reino de las ciencias sociales. Incluso más que sus contemporáneos, Sullivan pensó que la esquizofrenia podría ser tratada psicoterapéuticamente. Debido a esto, hizo del tratamiento psicoterapéutico de la esquizofrénica el trabajo principal de su vida (Sullivan, 1953).

2.3.2. Subtipos

El síndrome de la esquizofrenia ha sido clasificado de varias formas. Está la clasificación tradicional: Tipo paranoide (292), hebefrénico o desorganizado (293) y catatónico (294), y los que a lo largo del tiempo han sido agregados o quitados del Manual

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM), terminando así en su edición número IV con el: Tipo indiferenciado (295), y residual (296) (Spitzer, 2002). En esta investigación nos concentramos en la definición de los tres primeros, puesto que los mismos son los más comunes y los que siempre han prevalecido:

Subtipo Paranoide

Desde el principio de la enfermedad, estos pacientes parecen estar sospechosos y con normalidad malinterpretan eventos y cosas en una forma despectiva hacia sí mismos. Este sentimiento subyacente que sienten sobre ellos inmediatamente se transforma en un síntoma donde ocurre una proyección (donde se les atribuye a otras personas sentimientos negativos del paciente mismo). Por ejemplo, el paciente se puede considerar torpe e impropio. Es ahí donde desarrolla la impresión de que las personas se están riendo de él y esta rápidamente se confirma. Él está seguro de que todos creen que él es torpe e impropio (Arieti, 1994).

El tipo paranoide pertenece al subtipo llamado mono-sintomático. Quiere decir que esta enfermedad se detecta por la presencia de una sola ilusión, generalmente de persecución aunque el resto de la personalidad permanezca intacta. Muchas de estas ilusiones, como por ejemplo, la idea de poder controlar el tiempo, son inofensivas. Otras, muy raras por fortuna, son peligrosas y pueden llevar al paciente a cometer crímenes, tales como, el asesinato (Arieti, 1994). La enfermedad tiende a progresar rápido y puede llevar a una avanzada regresión en un corto período de tiempo. Normalmente, la mayoría de los pacientes paranoides permanecen de forma indefinida en una etapa de la enfermedad que no es muy avanzada. Los mismos mantienen un mejor contacto con su ambiente y pueden ajustarse mejor a la vida rutinaria del hospital. Por otro lado, su recelo, ideas de referencia e ilusiones puede hacerlos comportar con rebeldía, como antagónicos e incluso con violencia.

Subtipo hebefrénico o desorganizado

A menudo es difícil diferenciar el tipo desorganizado del paranoide. La diferencia más notoria sería la desintegración rápida que existe en el desorganizado. Los síntomas generalmente comienzan en la adolescencia con un curso progresivo. El contenido de los pensamientos se caracteriza por ser pobremente sistematizado, poco racional y en muchos casos por ser ilusiones completamente desorganizadas (Arieti, 1994).

Las ilusiones de grandiosidad (Arieti, 1994) son más comunes que en el tipo paranoide. Aún más comunes son las ideas hipocondriacas, preocupaciones con la imagen del cuerpo, ilusiones cinestésicas o miembro fantasma. Puede que el estado de ánimo sea un poco deprimido o que experimenten, a menudo, sentimientos de apatía y desapego interrumpidos después por actitudes jocosas y humorísticas.

Los desórdenes en el lenguaje son prominentes, especialmente en los casos de rápida regresión. Las ensaladas de palabras, asociaciones sonoras y neologismos son muy comunes. Se vuelve más común y pronunciado el dejar de lado los cuidados personales y por eso, el paciente tiene que ser supervisado y atendido. Muchas veces exhiben actitudes y comportamientos añados, infantilismos que en vez de ser agradables terminan viéndose grotescos e incongruentes (Arieti, 1994).

Subtipo catatónico

Arieti (1994) explica que la esquizofrenia catatónica, presenta sus propias características. Después de un cierto período de emoción, que en algunos casos puede estar ausente y que se distingue por un comportamiento agitado y aparentemente sin objetivo, el paciente se ralentiza, llegando, tarde o temprano, a un completo estado de inmovilidad e inactividad total (estupor catatónico), viéndose distorsionada su voluntad (anhedonia).

Se dan casos donde, si el examinador pone al paciente en las situaciones más incómodas adoptando posturas inusuales, el paciente permanecerá en esas posiciones por horas (flexibilidad cera), y a veces, es el paciente quien se pone en estas incómodas posiciones, permaneciendo en ellas hasta que es llevado a la cama y al otro día las vuelve a retomar (Arieti, 1994).

Un fenómeno opuesto a esta sería el negativismo, que en vez de hacer lo que se le pide, hace todo lo contrario. Por ejemplo, si se le pide que enseñe la lengua, él cerraría la boca lo más fuerte que pueda. Por otro lado, las alucinaciones, ilusiones y ecolalias igual son prominentes en este tipo. Su escritura es muy particular y es más pronunciada que en los otros tipos de esquizofrenia (Arieti, 1994).

2.3.3. Mitos y verdades sobre la esquizofrenia

Mito: *Las personas con esquizofrenia son violentas.*

Levine y Levine (2009), establecen que es más probable para estas personas el ser víctimas antes que perpetradores. Muchas personas creen que los pacientes con esquizofrenias son propensos a la violencia pero en realidad, muchos de estos pacientes no cometen crímenes violentos y muchos de los criminales violentos no tienen esquizofrenia.

No es que no existan casos donde personas que padecen esquizofrenia reaccionen con cierta violencia, pues sí los hay, pero este tipo de comportamiento no pasa en la mayoría de los casos. Los que sí lo serían son aquellos donde las personas que padezcan esquizofrenia no estén tratadas o que se nieguen a tomar sus medicamentos, que presenten pensamientos fuera de la realidad, estos sí son más propensos a la auto-negligencia y a presentar un comportamiento agresivo (Levine y Levine, 2009). El riesgo de violencia incrementa si dicho paciente está abusando de la ingesta del alcohol o de las drogas. Para bien o para mal, este comportamiento agresivo con frecuencia es dirigido a los familiares antes que a los extraños. (Levine y Levine, 2009).

Mito: *Las personas con esquizofrenia son retrasados mentales.*

Algunas personas piensan que la esquizofrenia es sinónimo de retraso mental (ahora llamado discapacidades del desarrollo), pero no. Como el público en general, las personas que padecen esquizofrenia tienen una amplia gama de habilidades intelectuales. Pueda que parezcan menos inteligentes por el deterioro de sus habilidades sociales, cognitivas, por los comportamientos extraños (todo esto características de la esquizofrenia) no obstante, a ellos no le falta inteligencia. Debe aclararse que la esquizofrenia es diferente a las discapacidades del desarrollo (como las deficiencias físicas y mentales, que son crónicas y severas y que generalmente comienzan en la infancia) (Levine y Levine, 2009).

Mito: *No hay esperanza para las personas diagnosticadas con esquizofrenia.*

Hace sesenta años cuando las personas con esquizofrenia eran diagnosticadas, se les mantenía encerradas y abandonadas en la casa por la vergüenza de los familiares o eran consignados en hospitales por períodos de tiempo muy largos donde eran altamente custodiados (a ellos no se les cuidaba, simplemente se hacían cargo de ellos).

En vez de utilizar medicinas sedativas, los doctores tenían ciertos utensilios para aliviar la agitación y tormento en sus pacientes o para restaurar sus funciones, los mismos eran utilizados para realizar “tratamientos” como la trepanación, la lobotomía o la extracción de órganos (Levine y Levine, 2009).

Si lo comparamos a como era en el pasado, la esquizofrenia ahora es altamente tratable. La gran cantidad de nuevos medicamentos y la aparición de nuevas formas de terapia le han dado la oportunidad a doctores de tratar los síntomas de una gran cantidad de pacientes con esquizofrenia permitiéndoles a estos el vivir vidas productivas y significativas en su comunidad (Levine y Levine, 2009).

Otro elemento crucial para la recuperación es proporcionarles la oportunidad de hablar e intercambiar información con sus compañeros. Tener la oportunidad de conocer a otras personas que están viviendo los mismos desafíos que ellos pueden ayudarles a obtener una recuperación más rápida en caso de episodios agudos de la enfermedad. Familiares y amigos cercanos también juegan un papel importante en la recuperación de ellos, ya que son los que conocen más a sus seres queridos, conocen sus sueños, sus esperanzas y también son los que poseen mayor interés en verlos recuperarse y tener éxito (Levine y Levine, 2009).

2.3.4. Esquizofrenia en números

Un estudio multicéntrico internacional elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para delimitar las magnitudes de incidencia en ocho lugares de siete países y la divulgación del artículo preliminar de esta publicación, indicó una incidencia de la esquizofrenia con un rango de entre 7 y 14 por 100.000.

No obstante, una revisión de 158 estudios elaborados entre 1965 y 2001 y realizados en 32 países, permitió determinar una media de incidencia anual de 15,2 por 100.000, con cifras aún más elevadas en los países desarrollados con un rango de entre 7,7 y 43,0 por 100.000 (McGrath et al., 2004).

Dos revisiones sistemáticas independientes exponían diferencias de incidencia según el género del paciente, con tasas considerablemente más altas en varones (razón varón-mujer de 1,42/1,00). Igualmente, aparecieron incidencias más altas en zonas urbanas frente a rurales, estatus migratorio y mes de nacimiento, con predominio en los meses de invierno (McGrath, 2005).

Más específicamente, en un reporte total realizado en la República Dominicana por el Ministerio de Salud Pública en el año 2012, demostró que existe un total de 148,868 pacientes en salud mental, de los cuales 45,818 son pacientes que han recibido consulta por primera vez y 103,050 son pacientes subsecuentes. Del total de pacientes antes mencionados 80,000 de ellos son personas diagnosticadas con esquizofrenia (Shiffino et al., 2012).

2.3.5. Bases neurobiológicas de la esquizofrenia

Genética de la Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad de un gran componente hereditario. Aunque se han realizado un sin número de investigaciones, no se ha podido encontrar la forma de justificar cómo se transmite de familia en familia (Saiz Ruiz, de la Vega Sánchez y Sánchez Páez, 2010).

Estudios en familiares

Se ha comprobado que la esquizofrenia tiene un componente genético, no solo con las investigaciones sino también con la prevalencia presentada en la población general, la cual está entre 0,1% y el 1%, aumentando de manera drástica entre los familiares de personas con esquizofrenia. Esta información fue adquirida vía investigaciones llevadas a cabo en Europa Occidental desde el 1920 (McGue y Gottesman, 1989).

Estas investigaciones concuerdan en que cuanto más relación o vínculo familiar se tiene con un esquizofrénico, la probabilidad de desarrollar esta enfermedad es mayor. Por ejemplo, tienen un riesgo muy bajo un primo o un nieto, pero si se trata de gemelos univitelinos (homocigóticos) o los hijos de padres esquizofrénicos, se corre un mayor riesgo. Con esto se concluye que mientras más carga genética se comparte con una persona con esquizofrenia es mayor la probabilidad de padecer dicha enfermedad (Saiz Ruiz, de la Vega Sánchez y Sánchez Páez, 2010).

Estudios de gemelos

En este tipo de estudio (Cardno y Gottesman, 2000) se examina si la existencia de un rasgo en concreto (en este caso la esquizofrenia) es mayor en gemelos monocigóticos que en los dicigóticos. Los gemelos monocigóticos son genéticamente idénticos, su ADN lo comparten en un 100%, los dicigóticos en cambio comparten un 50%.

Si un rasgo en concreto se presenta con mayor conformidad en los gemelos monocigóticos que en los dicigóticos, entonces se puede probar la existencia del componente genético (Cardno y Gottesman, 2000).

Se han realizado cantidades de estudios donde se comprueba una mayor conformidad a desarrollar esquizofrenia en los gemelos monocigóticos que en los dicigóticos (Ban y cols, 1982; Kendler, 1983; Kringlen, 1976; Portin y Alanen, 1997; Kallmann, 1994). En gemelos monocigóticos la conformidad fluctuaba de un 27% al 69%, y en dicigóticos del 5% al 31%. Aunque los estudios tenían poca consistencia, siempre se confirmaba las mayores tasas de conformidad en los monocigóticos que en los dicigóticos.

Estudios de adopción

Estos tipos de estudios son altamente apropiados para discriminar la influencia de las circunstancias ambientales del componente genético en la transmisión de una enfermedad en concreto. En los estudios de adopción se pueden comparar los diferentes tipos de ámbitos en individuos con una predisposición genética semejante. Con esto se pretende aclarar si el desarrollo de la enfermedad viene de factores genéticos o ambientales (Kety, 1983).

En los Estados Unidos, Heston en 1966 fue el primero en llevar a cabo un estudio de adopción. Este realizó un seguimiento a un grupo de 47 pacientes y a otro de 50 pacientes durante 30 años, el primer grupo estaba compuesto por hijos de madres esquizofrénicas que fueron adoptados al nacer (grupo experimental) y el segundo, por hijos de madres sanas también adoptados al nacer (grupo control). La prevalencia en el grupo experimental fue de 11% (cinco pacientes), mientras que en el grupo control no se desarrolló ningún caso de esquizofrenia.

En estudios más posteriores (Tienari et al., 1987; Tienari y Wynne, 1994; Kety, 1976; Kety, 1983; Wender et al., 1977), se ha podido confirmar lo concluido en el estudio de Heston: en el desarrollo de la esquizofrenia el componente genético juega con papel muy importante.

Factores de riesgo/ambientales

Está más que clara la importancia del componente genético en el desarrollo de la esquizofrenia pero cabe destacar que la consecuencia de tener estos genes también depende de la interacción que se da con los agentes ambientales, tanto psicosociales como biológicos (Brown, 2006; Spauwen et al., 2006; van Os et al., 2005). Entre los factores ambientales relacionados al origen de la esquizofrenia están:

- ***Estación en la que nacen:*** Las personas nacidas en el invierno tiene más probabilidad de desarrollar esquizofrenia, los nacidos en esta época tienen un riesgo relativo de padecer esquizofrenia frente a los que nacieron en la época de verano (Bembenek, 2005). Este dato se puede corroborar con un estudio realizado por Brown (2006) donde concluyó que hijos de madres quienes estaban en el segundo trimestre de embarazo durante una oleada de gripe, poseen más riesgo de desarrollar dicha enfermedad.
- ***Infecciones:*** La gripe no es la única infección que puede tener cierta influencia en el desarrollo del Sistema Nervioso Central (Pérez Nevot et al., 2007), tanto durante el embarazo como en los primeros años de vida: en el primer trimestre está la rubéola (Brown et al., 2001), el polio en el segundo (Suvisaari et al., 1999), en el nacimiento está la varicela (Torrey et al., 1988), la meningitis (Abrahao et al., 2005) o el virus del herpes (Buka et al., 2008) en la niñez.
- ***Complicaciones perinatales:*** Estas complicaciones pueden ocurrir tanto en el embarazo, en el parto y/o en el desarrollo fetal (Hultman et al., 1999). La vulnerabilidad a la esquizofrenia incrementa si la personas ha sufrido de complicaciones obstétricas perinatales (Verdoux y Sutter, 2002; Geddes et al., 1999). Sin embargo, es más común el sufrir estas complicaciones cuando se está embarazada en edades avanzadas (Lopez- Castroman et al., 2010), lo que aclararía la relación que hay entre hijos esquizofrénicos y madres mayores.

- **Edad de los padres:** La edad de la madre no solo tiene relación con el desarrollo de la esquizofrenia ya que la edad avanzada del padre también influye en la misma (Zammit et al., 2003; Malaspina et al., 2001; Byrne et al., 2003). No obstante en un metaanálisis se descubrió que sin importar el sexo, los padres de edad avanzada tiene más riesgo de tener hijos con esquizofrenia y a la vez, esto pasa en padres menores de 25 años (Miller et al., 2010).
- **Residencia urbana:** Según Van Os et al (2005), aquellos que nacen o crecen en zonas urbanas tienen más riesgo de desarrollar esquizofrenia. Aunque no se sabe cuál sería el mecanismo etiopatogénico, es decir su causa, se cree que acciones de agentes biológicos y sociales que predominan más en las áreas urbanas es lo que estaría causando este fenómeno, la misma actúa de manera sinérgica a la predisposición ambiental. El uso de tóxicos como el cannabis, la contaminación o la exclusión social son solo unos de los potenciales candidatos (Kelly et al., 2010).

Hipótesis Dopaminérgica

Antes que todo, es necesario recordar que el papel que juega la dopamina en nuestro cuerpo es el de ser un mensajero químico neurotransmisor, luego de dicho esto la hipótesis afirma que los síntomas de la esquizofrenia provienen de un exceso de dopamina o a una alta sensibilidad al mismo (Matthysse, 1974). Esta hipótesis se enunció después del descubrimiento de que los antipsicóticos que eran eficaces para el tratamiento de la esquizofrenia, eran los antagonistas de los receptores dopaminérgicos (Carlsson y Lindqvist, 1963) y a la vez, se dio cuenta de que los agentes liberadores de dopamina pueden causar síntomas psicóticos (Rotrosen et al., 1979; Thompson et al., 2004; Lieberman et al., 1987).

Para una mayor comprensión, las principales vías dopaminérgicas cerebrales son:

- **Vía Mesolímbica:** Esta proyecta desde el área tegmental ventral del mesencéfalo a ciertas áreas límbicas como el núcleo *accumbens* que forma parte del circuito de recompensa. Se piensa que la hiperactividad dopaminérgica en esta vía explica la creación de síntomas positivos en la psicosis. Del mismo modo, esta vía juega un papel importante en la regulación de las respuestas emocionales, el placer, la recompensa y la motivación, por lo tanto, si se sufre una disfunción en este nivel, se podría explicar algunos de los

síntomas negativos que se presentan en la esquizofrenia. Por otra parte, la presencia de una hiperactividad en las neuronas dopaminérgicas puede que sea la causa de conductas hostiles y agresivas en pacientes con esquizofrenia, sobre todo si se asocia a un control serotoninérgico errático, es decir un exceso de la serotonina (Grace, 1993; Grace, 1991a).

- **Vía Mesocortical:** Esta proyecta desde el área tegmental ventral al córtex prefrontal ventromedial y dorsolateral. Se dice que los haces que se conectan con el córtex ventromedial, tienen relación con funciones que regulan la afectividad y las emociones y es por ello que se cree que una disfunción en esta vía podría explicar algunos de los síntomas negativos y afectivos presentados en la esquizofrenia. Por otro lado, un déficit de actividad dopaminérgica en los haces que proyectan al córtex dorsolateral podría ser la causa de algunos de los síntomas negativos y cognitivos de la esquizofrenia (Cropley et al., 2006).

A pesar de lo indirecto de los datos (efecto psicotizante de sustancias dopaminérgicas y efecto antipsicótico de fármacos antidopaminérgicos) que apoyan a esta hipótesis (Keshavan et al., 2008).

Hipótesis Glutamatérgica

Se han propuestos varios mecanismo para aclarar la mediación del glutamato en la esquizofrenia, los mismo se fundamentan en la neurotoxicidad que es incitada por este neurotransmisor y a la vez por su interacción con la dopamina (Coyle, 2006). La función del glutamato es la de ser un neurotransmisor excitatorio que actúa en cualquier neurona cerebral. Con respecto a la esquizofrenia existen cinco vías glutamatérgicas específicas que la afectan:

- **Vías corticotroncoencefálicas:** El papel fundamental de esta vía es el de regular la liberación de neurotransmisores. La misma actúa desde las neuronas piramidales del córtex prefrontal al centro del troncoencefalo y estas son:
 - *Núcleos del rafe:* Se encargan de la neurotransmisión serotoninérgica.
 - *Locus coeruleus:* Es la responsable de la neurotransmisión noradrenérgica.

- *Sustancia negra*: Se ocupa de la neurotransmisión dopaminérgica.
- *Área tegmental ventral*: Se encarga también de la neurotransmisión dopaminérgica. Se proyecta de una forma indirecta en esta zona por vía de interneuronas inhibitorias gabaérgicas, deteniendo así la vía dopaminérgica mesolímbica con una inhibición tónica de la liberación de dopamina.

Para el desarrollo de una hipótesis se tomó varias observaciones de los receptores NMDA (N-metil-D-aspartato), se encontró que las proyecciones cortico encefálicas podrían ser hipoactivos en la esquizofrenia, llevando así a una hiperactividad dopaminérgica mesolímbica con la aparición así de la sintomatología positiva (Javitt y Zukin, 1991; Javitt y Coyle, 2004).

De igual forma, tras hacer varias observaciones esta vez cuando los receptores NMDA eran hipofuncionantes debido al trabajo de la fenciclidina (PCP) que es un antagonista, aparte de la aparición de los síntomas positivos anteriormente dichos, surgieron síntomas negativos, afectivos y cognitivos propios de la esquizofrenia. Las neuronas glutamatérgicas cortico-troncoencefálicas son la razón que pase esto ya que las mismas actúan como un acelerador de las neuronas dopaminérgicas mesocorticales (Pariante et al., 2004).

Hipótesis Serotoninérgica

Según esta hipótesis la serotonina tiene un papel trófico en el neurodesarrollo, en la influencia recíproca en el sistema dopaminérgico y las acciones de la serotonina en la corteza prefrontal a través de sus receptores 5HT_{2A} (Kapur y Remington, 1996). Según Abel et al (1996) y Monteleone et al (1999) se ha observado un aumento del tono serotoninérgico central en las personas con esquizofrenia. Numerosos autores han indicado que los síntomas negativos típicos de la esquizofrenia son provocados en cierta medida, por la hipofunción dopaminérgica en la corteza prefrontal, causada por el efecto inhibitor que tiene la serotonina a ese nivel (Weinberger y Berman, 1988; Weinberger y Lipska, 1995; Davis et al., 1991). Es por esto que creen que los fármacos inhibidores de esta función frenarían la transmisión dopaminérgica en el córtex prefrontal mejorando así los síntomas negativos (Kapur y Remington, 1996; Sepehry et al., 2007).

Hipótesis del Neurodesarrollo

En la actualidad, la esquizofrenia tiende a ser planteada como una enfermedad perteneciente al neurodesarrollo (Yui et al., 1999; Laruelle et al., 2003). Los eventos de este desarrollo incluyen: diferenciación y migración de precursores neuronales, proliferación de dendritas y axones, muerte celular programada o apoptosis y poda sináptica (Ashe et al., 2001).

Esta defiende que una predisposición genética junto a factores ambientales tales como, infecciones virales y procesos inmunológicos, producen alteraciones en el neurodesarrollo que pueden llevar a un control cortical deficiente de la actividad dopaminérgica subcortical y al estrés que causaría sensibilización en este sistema, que cabe recalcar, ya no está funcionando correctamente desde un principio, así más adelante se produce un episodio psicótico (Lewis y Levitt, 2002).

El daño neuronal puede estar mediado por acciones de excito-toxicidad o muerte de las neuronas, que son programados genéticamente o ambientalmente provocados. Si estas acciones ocurren en fases tempranas del desarrollo, antes de que las conexiones sinápticas se completan, pueden provocar un estado de desconectividad del córtex cerebral lo que daría paso a síntomas propios de la esquizofrenia (Stephan et al., 2006).

Potenciales Evocados

Estos se encargan de registrar la actividad eléctrica de las vías sensoriales en reposo ante estímulos. Cuando los controles sanos se exponen a estímulos auditivos repetitivos, se percibe una inhibición de la respuesta a este estímulo, que a la vez, puede ser recogido por medio de un registro electroencefálico (onda P50). Lo cual es un reflejo del mecanismo de inhibición sensorial para suprimir estímulos irrelevantes (Campanella y Guerit, 2009).

En las personas con esquizofrenia se ha demostrado la existencia de alteraciones en la onda P50 (Bramon et al., 2004) que podrían evidenciar una sobrecarga sensorial que les impediría el discriminar la información importante, esto podría explicar la aparición de las alucinaciones auditivas (García M. y Arango C., 2010). Este hallazgo ha sido propuesto como el marcador biológico mejor establecido para distinguir los sujetos sanos de quienes padecen de esquizofrenia (Bramon et al., 2004).

Por otra parte, en cuanto a la diferencia entre el cerebro de una persona con esquizofrenia y otra normal, se hallan:

- **Ventrículos dilatados:** cavidades llenas de líquido dentro del cerebro.
- **Una pérdida de materia gris:** que es el tejido cerebral que se compone de células nerviosas.
- **Anomalías en la sustancia blanca:** En específico la mielina, cubiertas por fibras nerviosas, que sirven como "cableado" que conecta diferentes partes del cerebro (Levine y Levine, 2009).

2.3.6. Proceso de intervención psicofarmacológico para la esquizofrenia.

El tratamiento psicofarmacológico tiene como objetivo general el reducir la asiduidad, consecuencias y gravedad psicosociales de los episodios que sufren las personas con esquizofrenia y a la vez optimizar la función psicosocial entre los mismos (Canadian Psychiatric Association, 2005). Entre los tratamientos psicofarmacológicos están:

- ***Tratamiento farmacológico con antipsicóticos (ATP)***

Estos se originaron a mitad del siglo XX tras descubrirse la clorpromazina (largactil), estos fármacos por lo general trabajan asediando los receptores dopaminérgicos postsinápticos. El perfil de acción de los antipsicóticos obtuvo un cambio de perfil tras el hallazgo de la clozapina (leponex) la cual trabaja o gradúa otros sistemas de neurotransmisión (Lieberman, 2005). A la fecha se dispone de dos tipos de antipsicóticos, estos son: los Atípicos y los Clásicos.

El mecanismo de acción de los antipsicóticos del tipo atípico es más selectivo e intrincado que el de los clásicos y por lo tanto, los mismos tienen un perfil de efectos secundarios más admisible. Este por ello que estos psicofármacos son la primera elección a la hora de elegir un tratamiento farmacológico para tratar la esquizofrenia (Guidelines, 2004).

- ***Fármacos complementarios***

- *Anticonvulsivantes:* Como su nombre lo indica, un anticonvulsivo es un fármaco o cualquier sustancia que se ocupe de prevenir, impedir o intervenir manifestaciones convulsivas.
- *Antidepresivos:* Tienen como función el alterar las actividades químicas del cerebro que se encargan de la transferencia de información entre las neuronas, esto es que, el mismo afecta a las sinapsis cerebrales, aumentando así la

cantidad de neurotransmisores disponibles (son agonistas de las monoaminas, que son los neurotransmisores derivados de los aminoácidos) (Guidelines, 2004).

- *Benzodiacepinas*: Disminuyen la excitación neuronal y contienen un efecto ansiolítico, hipnótico y relajante muscular. Según algunos estudios, su eficacia como medicamentos complementarios en la esquizofrenia se limita a la fase aguda y no necesariamente se mantienen. Donde sí son eficaces es en el tratamiento de las reacciones catatónicas agudas (Guidelines, 2004).
- *Beta bloqueantes*: Con frecuencia se utilizan para tratar la acatisia (incapacidad para mantenerse quieto) inducida por algunos fármacos. También según estudios la unión de beta bloqueantes (fármacos para tratar patologías cardíacas) y antipsicóticos puede tratar la agresividad.
- *Litio*: Su eficacia es limitada si se utiliza como tratamiento único para la esquizofrenia, por lo tanto, es inferior a los antipsicóticos. Estudios anteriores indican que cuando se unía con los antipsicóticos aumenta la respuesta antipsicótica en general. Sin embargo, estudios más reciente no evidencian los mismos resultados (Guidelines, 2004).

- ***Terapia electroconvulsiva***

En este tratamiento se le induce al paciente convulsiones utilizando descargas de electricidad, este tratamiento junto con los antipsicóticos se les puede administrar a pacientes con síntomas psicóticos muy graves y en los que el tratamiento con antipsicóticos no responde. Al principio se utilizaban mucho en pacientes con rasgos catatónicos (Guidelines, 2004).

2.3.7. Proceso de intervención Psicoterapéutico y Psicoeducativo para la Esquizofrenia.

Los objetivos que se busca cumplir en un paciente que está tomando la medicación adecuada (Hales, 2005), con una intervención psicológica como parte de los tratamientos en la esquizofrenia son los siguientes:

- *Aminorar la vulnerabilidad del paciente.*
- *Reducir el impacto de los eventos estresantes.*
- *Disminuir el rechazo al tratamiento.*

- *Reducir la discapacidad para minimizar los síntomas.*
- *Aminorar el riesgo a recaídas.*
- *Aumentar la comunicación y las habilidades de afrontamiento.*
- *Incentivar la participación de la familia, y*
- *Atender a situaciones emocionales que se puedan producir durante el transcurso de la enfermedad.*

Intervenciones familiares

Se comprende por intervención familiar a las sesiones elaboradas junto al paciente y sus familiares, tanto individualmente (formato uni-familiar) o en grupo (formato multi-familiar) con un terapeuta, claro está, entrenado en intervención familiar. La misma comprende psicoeducación tanto para el paciente como para la familia: les enseñan a detectar los síntomas de alerta e intervención en crisis, formas de comunicación asertiva y resolución de problemas. Este tipo de intervención pretende mejorar la información y la comunicación dentro de la familia del paciente, fortalecer los recursos familiares y personales, disminuir el riesgo de recaídas y de las hospitalizaciones y aminorar el estrés del cuidador (Psychosocial Interventions, 1998).

Terapia cognitivo-conductual de síntomas positivos

En esta intervención psicológica se pretende enseñar al paciente a establecer relaciones entre sus pensamientos, emociones y comportamientos en consideración con los síntomas actuales o pasados. A la vez, también tiene como objetivo adiestrar en la reevaluación de sus percepciones, convicciones o razonamientos en relación a los síntomas. La intervención conlleva registro de pensamientos, sentimientos y comportamientos relacionados con los síntomas; fomento de métodos alternativos para enfrentarlos, mejoramiento de la concepción de enfermedad y la adherencia al tratamiento y/o disminución del estrés (Royal Australian, 2005).

Entrenamiento en habilidades sociales (EHS)

Es una intervención que tiene como fin el mejorar la capacidad social y minimizar el estrés y la preocupación que puedan causar las circunstancias sociales. Además, procura potenciar la comunicación y promover la autonomía personal. La misma es estructurada y puede ser individual o grupal. Tiene como componentes principales (Ituarte, 1992):

- 1) *Evaluación conductual de las capacidades sociales.*
- 2) *Importancia de la comunicación verbal y no verbal.*
- 3) *Adiestramiento concentrado en la percepción y el procesamiento de señales sociales.*
- 4) *Énfasis en las labores fuera de la consulta.*

Terapia psicodinámica

Esta terapia se trata de sesiones regulares de terapia individual ya sea con un terapeuta entrenado o bajo la supervisión de uno. Las sesiones deben realizarse siguiendo el modelo psicodinámico utilizando numerosas estrategias, incluyendo funciones exploratorias orientadas al insight, ya sean tanto de apoyo como directivas, se trabaja con la transferencia, pero utilizando técnicas menos precisas como la resistencia o análisis de sueños que son más usadas en el psicoanálisis (Malmberg, 2006).

Psico-educación

Este programa puede ser individual o grupal y se encarga de darle información sobre la enfermedad a la persona desde una perspectiva multidimensional, es decir, biológica, farmacológica, psicológica, familiar y social. Su finalidad, como su nombre lo indica, es educar a la persona sobre el trastorno, aunque se vale recalcar, que muchos programas psicoeducativos utilizan diferentes estrategias de afrontamiento (Roca., Et al, 2007).

Rehabilitación cognitiva

Cuando se habla de rehabilitación cognitiva se refiere a cualquier programa que se centra en la mejora de una o más competencias cognitivas específicas (atención, percepción, memoria...) (Martín García-Sancho, 2009).

2.4. Una nueva visión contra el estigma: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT¹, sus siglas en inglés).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, “Acceptance and Commitment Therapy”), surgió como un acercamiento a la terapia clínica conductual, basada en los valores personales del individuo (Páez, Gutiérrez, Valdivia y Luciano, 2006; Robb, 2007; Wilson y Luciano, 2002).

Luciano Soriano y Valdivia Salas (2006) expresan en su investigación “*La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, Características y Evidencia*”, que esta terapia, además de ser una de las más completas de la Tercera Generación de Terapias (iniciada a partir de 1990 y reconocida en 2004), forma parte una serie de terapias conocidas como “Terapias Contextuales” las cuales se sustentan en la Teoría de los Marcos Relacionales.

Esta teoría es definida como una aproximación de tipo analítico-comportamental enfocado en el lenguaje y la cognición (Hayes, Barnes-Homes y Roche, 2001), como una forma de intervención psicoterapéutica conductual que pone mayor énfasis en la influencia de la prevención experiencial (Gaudio, 2009; Hofmann, 2008; Wilson y Luciano, 2002).

Este tipo de intervención (ACT), se caracteriza por ser una de las propuestas más flexibles de tratamiento actualmente. Pues, su puesta en práctica abarca una variedad de poblaciones, diversidad de problemáticas e igualmente, ha facilitado su adaptación en múltiples estilos de intervención terapéuticos (Wilson y Luciano, 2002).

Esta terapia, es una vertiente del conductismo radical combinada con estrategias de aceptación y toma de consciencia del comportamiento propio, como una forma de conseguir el cambio en la conducta (García, 2007). De manera que ponerlos en práctica influye directamente en el progreso de la Flexibilidad Psicológica (explicado más adelante) en las personas (Arch y Craske, 2008; Berman, Boutelle y Crow, 2009; Ossman, Wilson, Storaasli y McNeill, 2006).

¹ Se usan las siglas en inglés “ACT” (hace referencia a “Actuar” en inglés) para evitar alterar la esencia original de la terapia.

La ACT es una prueba del proceso de expandir los límites del pensamiento skinneriano a fenómenos complejos de la clínica. Zettle (2011) describe este proceso en tres etapas:

- La primera etapa, a finales de los años 70 y principios de los 80, como un intento de transferir los principios básicos del análisis de la conducta verbal y de la conducta gobernada por reglas al contexto clínico, se desarrolla un plan de intervención, precursor ACT, llamado “Distanciamiento Comprensivo”.
- En la segunda etapa, a mediados de los 80, denominada Período Transicional, se desarrolló la TMR (Teoría de los Marcos Relacionales), considerado un postulado post-skinneriano acerca del lenguaje, la conducta gobernada por reglas y el control verbal.
- Ya en la tercera etapa, la ACT se muestra como una aproximación contextualista-funcional apoyada en la investigación básica de la Teoría de los Marcos Relacionales.

La ACT está compuesta por seis procesos de intervención que trabajan la inflexibilidad psicológica y el sufrimiento humano para aumentar la flexibilidad psicológica en las personas, y estos son:

1. Fusión Cognitiva Versus Defusión Cognitiva

Se define como Fusión Cognitiva a la incapacidad para identificar el proceso de pensamiento actual, fusionándose con un sentido del yo que regulan el comportamiento de una forma negativa. Un ejemplo de esto sería: “*no sirvo para nada*”, como pensamiento actual y “*no me voy a arriesgar*”, como el pensamiento que genera un comportamiento no beneficioso para la persona (Luoma, Hayes, y Walser, 2007).

La ACT aborda la fusión cognitiva con la Defusión Cognitiva, enseñando a los pacientes a crear espacio entre ellos y el bullicio mental para que aprendan, por experiencia propia, que no son sus pensamientos y que la mente siempre está generando información que no necesariamente tiene que ser confiable. En otras palabras, para que aprendan a etiquetar sus pensamientos como simples pensamientos (Eifert y Forsyth, 2005; Harris, 2009).

2. Evitación Experiencial versus Aceptación Experiencial

Cuando los seres humanos se fusionan con los eventos privados dolorosos, actúan para evitarlos en la misma forma en que lo harían con las fuentes externas de amenaza o peligro. La Evitación Experiencial describe esta tendencia, y se refiere a los esfuerzos rígidos e inflexibles para escapar o evitar eventos privados desagradables (pensamientos, sentimientos, eventos fisiológicos y recuerdos) y las situaciones que pudieran ocasionarlos (Hayes et al, 1999; Hayes, Wilson, Gifford, Follette, y Strosahl, 1996).

Investigaciones demuestran, que los intentos de suprimir y controlar los pensamientos y sentimientos no deseados provocan muchos más pensamientos y sentimientos no deseados (Purdon, 1999). Por ende, la ACT la combate con la Aceptación Experiencial, que implica aceptar plenamente la experiencia propia, en el presente, tal como es y es una habilidad que nos permite permanecer en contacto con experiencias privadas dolorosas, sin tratar de alterar su forma o frecuencia y continuar actuando de acuerdo con los valores personales (Forsyth y Eifert, 2008).

3. Desconexión versus Contacto con el Momento Presente

Cuando los pensamientos de las personas se ven integrados por sus sentimientos, dejan de vivir sus vidas en el presente, ya que se enfocan en permanecer en el pasado o en un futuro imaginario influenciado por la situación actual, lo que da lugar a que el comportamiento se limite. El no tener un contacto adecuado con el presente, hace que sea más probable que conductas pasadas, habituales e ineficaces dominen la regulación de la conducta, al mismo tiempo que disminuye el contacto con las situaciones actuales que pueden ser más beneficiosas en información y que pueden orientar el comportamiento de una forma más adecuada.

Lo que busca lograr ACT es que los pacientes aprendan a acercarse al momento presente y así poder neutralizar la tendencia a evitar o retirarse, tanto de los pensamientos y sentimientos dolorosos como de las circunstancias y contextos vitales que los producen (Luoma et al., 2007).

4. Apego versus Desapego con el Yo Conceptualizado

Uno de los riesgos que presenta una persona al apegarse a sus propios conceptos personales, es que limitan sus opciones conductuales y buscan la manera de defenderlas. Desligarse del Yo Conceptualizado, consiste principalmente en promover una perspectiva del “Yo” como observador. En la ACT esto se desarrolla mediante la puesta en práctica de ejercicios sobre: atención consciente, metáforas y procesos experienciales (Eifert y Forsyth, 2005; Harris, 2009).

5. Confusión versus Claridad en los Valores

En la ACT, los Valores se encuentran definidos como direcciones para la acción intencional que pueden dar un nuevo significado, propósito y vitalidad a una serie de comportamientos (Forsyth y Eifert, 2008; Hayes, 2004). No son acerca de creencias o moralidad, sino más bien, de identificar qué partes abarcan acciones típicamente vinculadas con una buena calidad de vida. Actuar al servicio de los Valores, subyace en todos los procesos de ACT.

6. Inactividad (Persistencia Evitativa) versus Acción Guiada por Valores

La inclinación de los individuos a estar tan enfocados en evitar emociones dolorosas y en evitar fusionarse con el contenido doloroso, hacen que pierdan contacto con sus valores, con la acción eficaz y con el momento presente (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, y Lillis, 2006; Luoma et al, 2007). Por esto la ACT busca enseñar a cómo actuar guiados por los valores y por el compromiso a actuar (establecidos como objetivos concretos), manteniendo la libertad de elegir hacer algo o no hacerlo en absoluto (Forsyth y Eifert, 2008; Harris, 2009). Entre las técnicas para el cambio de comportamientos utilizadas con frecuencia en la ACT están: la exposición, la adquisición de habilidades, el manejo de contingencias y la activación conductual.

2.4.1. Modelo de Flexibilidad Psicológica

El modelo de flexibilidad psicológica (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006) es una teoría práctica de la conducta humana compleja, en el sentido de que el objetivo no está basado simplemente en los fenómenos que presenta la conducta (Por ejemplo, en este caso: el estigma y prejuicio), sino también que tiene influencia sobre ellos para poder avanzar hacia el objetivo específico (que es reducir la estigmatización en la sociedad). Este modelo es

resultado de la teoría de los Marcos Relacionales (RFT; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001) y su estrategia de intervención se realiza mediante la Terapia de aceptación y Compromiso (TAC; Hayes, Strosahl y Wilson, 2012).

2.4.2. Ámbitos de aplicación (Terapia de Aceptación y Compromiso enfocada en el estigma y los Prejuicios en salud mental)

Diversos estudios se han encargado de investigar la aplicabilidad de las intervenciones basadas en el modelo de Flexibilidad Psicológica, como es el caso de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), en amplio número de distintos tipos de estigmas y prejuicios. Estos estudios, en su mayoría, han sido enfocados en el estigma hacia otros (estigma público hacia la enfermedad mental) y la mayoría de estas intervenciones han sido empleadas en forma de talleres. En las literaturas, estos talleres a veces se denominan “Entrenamiento en Aceptación y Compromiso” (Hayes et al., 2004) como una forma para diferenciarla de un formato psicoterapéutico individual o grupal de ACT.

Masuda et al. (2007), investigaron cuáles son los efectos de un taller breve basado en la ACT y dirigido hacia el estigma en salud mental, en una población de 95 estudiantes universitarios seleccionados, estos fueron aleatoriamente anotados para asistir a un taller ACT de 2.5 horas. Para fines de comparación, también anotaron aleatoriamente a estudiantes para asistir al mismo taller pero con un enfoque basado en la psicoeducación, de igual duración. Estos enfatizaron la idea de que:

El estigma está construido sobre el uso normal del lenguaje y que la solución a este proceso es más probable que se encuentre en la compasión hacia el sí mismo, hacia los otros, y en las acciones guiadas por los valores, más que en la reducción de la forma y frecuencia de las actitudes estigmatizantes. (Peral, 2012, p.1)

Además, pudieron notar (Masuda et al., 2007), con mucha seguridad, que los efectos de ambas intervenciones estaban determinadas por la flexibilidad psicológica de los participantes: a mayor flexibilidad psicológica, mayor reducción del estigma (posteriormente comprobado por los mismo en un estudio realizado en 2009). Sin embargo, notaron que sólo la intervención ACT fue la que pudo permitir una reducción significativamente importante del estigma hacia la salud mental en aquellos participantes con bajos niveles de flexibilidad psicológica, siendo estos en los que verdaderamente deben enfocarse los trabajos para reducir estigma.

Cuando las personas se sienten presionadas, solo por el factor externo (Por ej.: la sociedad), para no tener una actitud estigmatizante o no tener pensamientos prejuiciosos, intentan automáticamente no tenerlos, pero internamente esto puede producir un aumento de dichos pensamientos, así también como un aumento en la manera estigmatizante de actuar frente la población objetivo (Masuda, Hill, Morgan y Cohen, 2012).

Con esto se establece que para tener un resultado beneficioso, debe trabajarse el estigma de manera indirecta, eligiendo comportamientos que hagan hincapié en los valores, en la aceptación y defusión de los pensamientos prejuiciosos (Por ej.: guiarle a percibir un pensamiento estigmatizante como un simple pensamiento y no como la conceptualización definitiva de la realidad) y en el aumento de la motivación interna para que pueda generarse la regulación adecuada del estigma y los prejuicios. Todas estas, en ACT son técnicas que han demostrado ser útiles (Hayes et al., 2004).

En otros estudios (Masuda et al., 2012), se han obtenido resultados que establecen cómo el manipular la perspectiva de las personas a través de la escritura o la imaginación, enfocándolos desde el punto de vista de lo que la persona marginada puede pensar o sentir, es capaz de generar: disminución del prejuicio (explícito e implícito), aumento de la empatía y de las buenas interacciones con estos (que son muchísimo más beneficiosas cuando se dan en un ambiente de igualdad y colaboración).

A modo de conclusión, las características primordiales que debe cumplir toda intervención enfocada en ACT para trabajar el estigma, son:

- A.** Poseer una visión centrada en los procesos verbales que dan lugar a la categorización, a la asociación y a la evaluación, más que en lo que contienen los pensamientos estigmatizantes.
- B.** Promocionar hechos (implícitos y prosociales) contrarios a la estigmatización y a la discriminación (Peral, 2012).

2.5. “Esquizofrenia Sin estigmas” surgimiento de un programa para luchar contra el estigma hacia personas con esquizofrenia en la República Dominicana.

2.5.1. Concepción

Por muchos años en nuestro país, el tema del estigma, ya sea por miedo o por indiferencia, se ha visto como un tema que no requiere de mucha importancia. En el área de Psicología Clínica, en específico en sus estudiantes, se puede apreciar que la mayoría va avanzando en la carrera con una visión a la que llamaremos: “básica”, en la que solo esperan obtener la titulación, trabajar en un consultorio, recibir pacientes o clientes y listo.

No obstante, en las afueras, en el día a día, existen muchos casos que involucran la forma en cómo asumimos la existencia de los trastornos mentales en las personas y cómo es nuestra primera reacción ante ello, y sin darnos cuenta (ya sea por ignorancia o falta de interés) podríamos ser parte del problema que de manera invisible puede causar consecuencias no deseadas en el proceso de recuperación, adaptación y reinserción (como parte del tratamiento) de personas con algún trastorno mental.

Estos diariamente deben enfrentarse a actitudes y comentarios poco agradables y desalentadores por el simple hecho de que el tema del estigma en nuestra sociedad, rara vez es tocado o manejado con la importancia que se merece, a menos que sucedan eventos lamentables (muertes, violaciones, robos) donde estén involucrados o donde se use el nombre del trastorno para “justificar” las malas acciones. Pocas son las voces que se han levantado en defensa de estos, así que, ¿por qué no ser parte de ello, si es parte de nuestro trabajo?

2.5.2. A quiénes va dirigido

Este programa va dirigido, en primer lugar, a la población de jóvenes estudiantes universitarios, con edades que oscilan entre los 17 y 32 años. No obstante, está de igual forma dirigida a la población general (“normal”) que conforman la sociedad dominicana, sin distinción de sexo, edad ni clase social, como un llamado a la atención de que una etiqueta no determina los derechos que tiene una persona con esquizofrenia o con algún otro trastorno.

2.5.3. *Objetivos*

General:

Ofrecer técnicas y herramientas basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), enfocadas en la disminución del estigma hacia personas que padecen esquizofrenia.

Específicos:

- Ampliar el conocimiento en torno a la Esquizofrenia y sus implicaciones, proporcionando información puntual que permita la formación de una visión más clara sobre este trastorno.
- Exponer los datos de carácter estadísticos sobre el estado de la esquizofrenia y el estigma hacia la misma, en el país.
- Describir la estructura, el funcionamiento y las consecuencias del estigma (proceso de estigmatización) abarcando el ámbito personal, familiar y social, en personas que padecen esquizofrenia.
- Ofrecer técnicas y herramientas que podrían ser útiles para reducir el estigma.

2.5.4. *Estructura*

El presente programa, está dividido en dos partes, cada una seguida de sus respectivas fases:

- **1era Parte:** está compuesta por cuatro fases, donde se muestra la forma de ejecución del mismo y su estructura teórica bajo el enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso.
- **2da Parte:** se compone por una única fase que comprende la distribución y exposición del programa a través de los medios digitales, medios impresos, televisivos y radiales a nivel nacional.

A continuación se desarrolla a modo de índice los temas a abordar en el programa, estos son:

1. ***“¡De aquí pal’ 28!”: ¿Qué debo saber sobre la esquizofrenia y cómo puedo diferenciarla de las otras enfermedades mentales?***

¿Te parece conocida esta frase?, siempre que se habla con los familiares o amigos sobre trastorno mental, tendemos a asociar emociones, pensamientos, actitudes malas con la famosa “locura” o la “esquizofrenia”. Partiendo de esto, en este primer punto se desarrollará lo siguiente:

- **Definición de la esquizofrenia.**
- **Desmintiendo mitos.**
- **Tratamientos.**

2. ***La realidad en números: ¿Qué dicen las estadísticas acerca de la estigmatización hacia personas con esquizofrenia?***

En este apartado, se estará explicando la cantidad a nivel estadístico de personas con esquizofrenia en la República Dominicana y daremos a conocer a nivel estadístico el estigma hacia persona con esquizofrenia, basándonos en la investigación realizada con la población de estudiantes de ingeniería en sistemas de las universidades UNPHU y la O&M:

- **Estadísticas sobre personas con esquizofrenia en la República Dominicana.**
- **Resultados puntuales de la investigación: “Estudio comparativo sobre el nivel del posible estigma entre los estudiantes de ingeniería en sistemas de la UNPHU y O&M hacia personas con esquizofrenia”.**

3. ***El poder del fantasma de las Etiquetas: Lo que es capaz de hacer el estigma.***

Es muy importante conocer sobre las implicaciones del estigma y cómo una palabra tan corta puede tener efectos tan grandes de manera invisible en aquellas personas que suelen tener mayor probabilidades de ser objetivo de este. A continuación los temas a tocar son los siguientes:

- **Definición y tipos de estigma (componentes del estigma)**
- **“¡Loco: la gran palabra incorrecta!” (cómo afecta el estigma):**
 - *El papel de la sociedad*
 - *Cómo afecta el estigma a personas con esquizofrenia*
 - *Como afecta a la familia*

- **Cómo saber cuándo estamos estigmatizando.**
 - ***“Temo que no me consideren una persona normal... cuando sí lo soy”*: Testimonio de alguien con esquizofrenia que ha sufrido de estigma.**
4. ***“¿Cómo puedo ser parte de la solución?”: Técnicas que permitirán el manejo adecuado de la estigmatización hacia una persona con esquizofrenia.***

En este apartado se estarán desarrollando puntos claves que facilitarán el proceso de disminución del estigma:

- **Cómo disminuir el estigma a través de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).**
 - *Las metáforas.*
 - *Las paradojas.*
 - *Ejercicios Experienciales.*

5. ***Difusión por medios***

La segunda fase del programa comprende el proceso de difusión del programa por los medios. Se estará haciendo uso de métodos que involucren las nuevas tecnologías y medios de propagación mayor como: radiales, televisivos, prensa escrita, entre otros. A través de las redes, estaremos dando constante seguimiento mediante publicaciones que ayuden a la disminución del estigma, ya que con una sola vez que sea puesto en práctica este programa, no se obtendrán resultados que puedan notarse de forma rápida y que, aparte de eso, perduren. La constancia es clave: si empieza en una persona, eventualmente empezará por todas.

2.6. Marco Contextual:

En lo concerniente a los lugares de donde fueron seleccionadas las poblaciones que forman parte de la presente investigación, a continuación, se estará desarrollando una breve historia de estas universidades y así mismo, de las escuelas a las que pertenecen la muestra.

2.6.1. Universidad Dominicana Organización y Métodos (O&M)

La Universidad Dominicana Organización y Método (O&M, como es comúnmente conocida en el país), es una entidad de altos estudios, de carácter privado (que cuenta con un financiamiento a costa de sus propios recursos y con el apoyo de la Fundación Universitaria O&M), fundada un 12 de enero del año 1966 bajo la responsabilidad de un conjunto de importantes profesores dirigidos por el distinguido Dr. José Rafael Abinader.

En sus inicios, la O&M impartía a un nivel técnico, carreras del sector negocios y del sector informático, siendo 18 la cantidad de los primeros alumnos matriculados en estas carreras de nivel técnico. Además, poseían un programa de cursos que podían ser realizados en corto tiempo. No obstante, su población estudiantil fue creciendo y junto a ella, la universidad en sí, incrementando así su cartera de carreras las cuales comenzaban a ser impartidas a nivel de licenciatura. Obteniendo para el año 2016 (al cumplir su quincuagésimo aniversario) una cantidad de 46,000 estudiantes matriculados.

Una de las misiones más importantes que tienen como institución, es el ofrecer a todas las clases sociales un lugar donde puedan recibir una formación con la mayor excelencia que pueda hallarse a nivel académico en la República Dominicana, para así fomentar un espacio donde sus integrantes apliquen los valores adquiridos como la honestidad, el profesionalismo, la integridad y ante todo el patriotismo. A su vez, el ir evolucionando y trascendiendo acorde a los nuevos tiempos, a las nuevas exigencias de cada población estudiantil que surge (sin perder su esencia al apegarse de sus estatutos, a sus valores y su compromiso como casa de altos estudios con la sociedad).

2.6.1.1. Escuela de Ingeniería en Sistemas y Computación de la Universidad Dominicana O&M:

La Escuela de Ingeniería en Sistemas y Computación de esta universidad, posee un claro perfil del profesional que devolverá a la sociedad, inculcando en estos la creatividad, la capacidad de saber emprender (valores) y de desarrollar destrezas a nivel personal y técnico que le permitan, comprometidamente, encarar fácilmente dificultades utilizando de manera ética sus recursos como lo son las tecnologías de la información y todo el equipamiento a nivel computacional existente (misión). Que estos sean capaces de concebir y gestionar de manera innovadora sistemas que aporten al progreso tecnológico y de la ciencia, siempre cumpliendo con los requerimientos de calidad en lo internacional (visión).

2.6.2. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU)

El 21 de abril de 1966, nació la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña por el arduo trabajo de un conjunto de figuras importantes de la sociedad quienes formaban parte de una entidad privada llamada “Fundación Universitaria Dominicana, Inc.”. Esta alta institución de estudios privado, asume el nombre de tan importante humanista y filósofo dominicano Pedro Henríquez Ureña, como una distinción y exaltación a toda su sobresaliente carrera.

Ya para el 19 de noviembre del mismo año, es cuando formalmente esta institución inicia su trabajo. La UNPHU actualmente es la universidad que posee el campus con más privilegio de todo Santo Domingo, impregnada por el regalo y el cuidado de la naturaleza que proporciona un ambiente acogedor, de paz, que incentiva la creación, el descubrimiento y el estudio.

Con más de 46 años trabajando a favor del país mediante la formación de profesionales, sobrepasan más de 29,000 los estudiantes egresados quienes han podido destacarse en sus áreas de profesión con éxito de manera nacional e internacional, como resultado de emplear los valores y los conocimientos manejados de manera teórica y por igual, en el ámbito práctico, que han obtenido en esta universidad.

La UNPHU, tiene como misión principal el educar a las personas viéndolas como un agente dinámico capaz de crear y generar cambios de manera activa en la sociedad, centrados siempre en sus valores y su visión de ser una entidad de altos estudios enfocada en la excelencia, la igualdad, la ética, la autenticidad, la honradez que favorezcan al mejoramiento responsable y constante, ya que asume con fuerza su compromiso no solo con el país sino también con el medio ambiente, pues la sensibilidad ante el medioambiente es otra de sus principales características.

2.6.2.1. Escuela de Ingeniería en Sistemas Computacionales de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña:

Esta se destaca por ser una de las primeras escuelas que a nivel formal y de manera establecida en una universidad propiamente dominicana, ofrece sus estudios superiores en el área de la computación, volviéndose un modelo en el campo informático a partir del año 1974, época en la que eran preparados y formados a nivel de especialidad en la computación, Licenciados en Matemáticas. Igualmente, fueron formados allí los primeros profesionales y profesores de la computación del país.

Su programa de estudio es uno de los más completos pues cada cuatro años es revisado y se va actualizando para adaptarse a las nuevas generaciones y demandas a nivel informático, social y mundial. Los profesionales en la Ingeniería en Sistemas egresados de la UNPHU, están equipados con las actitudes y aptitudes necesarias para emplear los conocimientos en la tecnología y arquitectura de software, ordenadores y redes. Lo que les otorga la oportunidad de crecer y aportar a empresas, a la ciencia y ante todo a la investigación.

CAPÍTULO III

Métodos y Materiales

“No vamos a solucionar toda la estigmatización que ha sufrido en la historia la esquizofrenia cambiando un nombre. No vamos a hacer desaparecer un iceberg cortando lo que sobresale, lo visible. Quizá lo mejor será ir derritiéndolo poco a poco hasta que desaparezca por completo.”
Elena Palacios Cobos, mujer con esquizofrenia (“Manual del Buen Esquizofrénico”)

3.1. Tipo de estudio

Es de tipo Descriptivo Correlativo, pues pretendemos analizar cómo se manifiesta el fenómeno en la población de estudiantes de Ingeniería en Sistemas, detallando estadísticamente las percepciones de estos. Además se observará de forma comparativa el manejo del mismo en ambas poblaciones universitarias.

Tomando en cuenta el tiempo en que tomó desarrollar este estudio, es de tipo Transversal, ya que fue realizado durante el período Mayo – Septiembre (5 meses) en ambas universidades simultáneamente, evaluando a los estudiantes a través de los cuestionarios en una sola toma a cada población muestral.

3.2. Población y muestra

La población seleccionada para el estudio estuvo compuesta por los estudiantes de la carrera de Ingeniería en Sistemas de la Universidad Dominicana Organización y Método (O&M) y de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), en Santo Domingo, sin indiferencia de sexo y matriculados durante el período Septiembre – Diciembre del año 2017. Se decidió escoger esta población debido a que esta carrera no está ligada a los temas de Salud Mental.

La población total de estudiantes de Ingeniería en Sistemas de la UNPHU, fue de 414 estudiantes. En cuanto a la O&M, la población total de estudiantes de Ingeniería en Sistemas fue de 107 estudiantes. Ambos dieron un universo total de 521 estudiantes de Ingeniería en Sistemas. Aplicando un Margen de Error al 5% y un Nivel de Confianza al 90% a la población universo de 521 estudiantes, dio como resultado una muestra total de 178 estudiantes de Ingeniería en Sistemas, de los cuales 89 pertenecen, respectivamente, a la UNPHU y 89 a la O&M, ambas ubicadas en Santo Domingo.

3.3. Procedimientos de investigación

3.3.1. Proceso de levantamiento de la información:

El proceso de levantamiento de información para la realización de esta investigación, se dividió en tres etapas:

- La primera etapa estuvo comprendida por la búsqueda, revisión, reflexión y selección de documentación teórica (procurando sus bases científicas, su credibilidad y transparencia) referentes al tema de estudio mediante el uso de dos instrumentos importantes como son: los medios virtuales (Bibliotecas virtuales oficiales de entidades del gobierno y universitarias, hemerotecas, periódicos virtuales, blogs) y los medios físicos (Bibliotecas públicas y personales). Estas informaciones formaron la base y sustento de esta investigación.
- En la segunda etapa se llevó a cabo un ardua búsqueda de las herramientas con las que se procedió a evaluar la muestra seleccionada. Los datos anteriores permitieron la elaboración de una de las herramientas aplicadas a estos.
- Ya en la tercera etapa, se creó un plan de trabajo que facilitó el proceso de evaluación a la muestra seleccionada. Este plan involucró la búsqueda pertinente de los requisitos necesarios para acceder a las poblaciones, a través de los departamentos directivos de los mismos, en ambas entidades universitarias y el cumplimiento correcto de sus reglamentos. Más adelante, después de la aprobación de las solicitudes, se procedió a aplicar los instrumentos a la muestra.

3.4. Modelo y descripción del instrumento

3.4.1. Cuestionarios y escalas

3.4.1.1. *Community Attitudes Toward the Mentally Ill “CAMI”.*

Cuestionario realizado por Taylor y Dear (1981) apoyándose de la Escala de opiniones sobre la enfermedad mental (OMI) (Cohen y Struening, 1962). Evalúa las actitudes de la población general con respecto a las personas que tienen una enfermedad mental en cuatro proporciones: benevolencia, ideología de salud mental, restricción social y autoritarismo. Cada una de las subescalas consta de diez ítems, con cinco enunciados en sentido positivo y cinco negativos. El formato de las respuestas es tipo Likert contienen cinco opciones que van desde “totalmente de acuerdo” hasta “en total desacuerdo”.

El instrumento original muestra una consistencia interna de niveles aceptables para cada subescala con un alfa de Cronbach de 0.68 para autoritarismo, 0.76 para benevolencia; 0.80 para restricción social y 0.88 para ideología de salud mental. (Taylor y Dear, 1981).

3.4.1.1.2. *Desarrollo de la escala CAMI*

Se tenía dos objetivos en mente a la hora de desarrollar la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental o CAMI por sus siglas en inglés. El primero, era construir un instrumento capaz de discriminar entre los sujetos que aceptan las enfermedades mentales en su comunidad de los que la rechazan. El segundo, era desarrollar escalas para predecir y explicar las reacciones de la comunidad ante las instalaciones que atienden las necesidades que puede presentar un enfermo mental.

Investigaciones previas mostraron que las actitudes hacia los enfermos mentales son multidimensionales, dado los objetivos no se creía necesario el construir escalas para medir todas las posibles dimensiones sino que se creyó mejor el enfocarse en las dimensiones que son más evaluativas y a la vez más discriminativas hacia los enfermos mentales y las instalaciones de salud mental tanto positiva como negativamente. Gracias a esto se identificaron tres dimensiones de la escala OMI (autoritarismo, benevolencia y restricción social) y la ideología de la comunidad de la salud mental o CMHI por sus siglas en inglés, como las más útil para este propósito.

El grupo de ítems que se pretendía utilizar para realizar el pre-test era de cuarenta, diez por cada una de las cuatro escalas. Cuatro ítems adicionales del autoritarismo vinieron de la escala Ideología de la Enfermedad Mental Custodial (CMI) desarrollada por Gilbert y Levinson (1956). Los nuevos enunciados no alteraban el significado del contenido ofrecido en las tres escalas OMI creadas por Cohen y Struening (1962).

La escala CMHI obtuvo revisiones más fundamentales ya que los enunciados originales iban claramente dirigidos para una aplicación a nivel profesional y para poder cumplir el objetivo se necesitaba obtener opiniones de una comunidad. Los nuevos enunciados se centran más en obtener las opiniones de la comunidad que de los profesionales, exactamente como lo enfatizan Baker y Schulbergen en su escala. Los temas tratados en las nuevas escalas se resumen en las siguientes descripciones.

Los sentimientos que pretende evaluar la dimensión o la subescala **autoritarismo** es: la necesidad de hospitalizar a los enfermos mentales (Ej., Tan pronto como una persona muestra síntomas de alguna alteración mental debe de ser hospitalizado inmediatamente), la diferencia que hay entre las personas normales y los enfermos mentales (Ej., Existe algo en los enfermos mentales que hace fácil el diferenciarlos de las personas normales).

En la **benevolencia**, los sentimientos a evaluar son: la responsabilidad que tiene la sociedad para con los enfermos mentales (Ej., Más dinero de los impuesto debería de ser destinado al tratamiento de los enfermos mentales), la necesidad de actitudes empáticas y gentiles (Ej., Los enfermos mentales han sido por mucho tiempo objeto de burla).

La **restricción social** trata los siguientes temas: Lo peligrosos que pueden llegar a ser los enfermos mentales (Ej., Los enfermos mentales son un peligro tanto para ellos mismo como para las personas a su alrededor), el mantener las distancias (Ej., una personas sería muy tonta si se casa con alguien que ha sufrido una enfermedad mental, incluso aunque parezca que está completamente recuperado).

Para la subescala **CMHI** los enunciados expresan estos sentimientos: el impacto de tener instalaciones para la salud mental en las comunidades (Ej., el crear instalaciones para la salud mental en comunidades automáticamente hace que la misma baje de categoría), el valor de la comunidad (Ej.: el mejor tratamiento para una persona con una enfermedad mental es el ser parte de una comunidad).

Cinco de los diez enunciados de cada escala expresa un sentimiento positivo referente a un concepto subyacente y los otros cinco fueron redactados negativamente. Los enunciados están en secuencia de diez series de cuatro y en cada serie los enunciados están ordenados por escala: Autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología de la salud de la comunidad (ver Figura 1). Este tipo de secuencia tenía como objetivo el minimizar la posibilidad sesgo en cada serie de respuestas.

3.4.1.3. Cuestionario de Actitudes de los Estudiantes hacia la Esquizofrenia “CAEE”.

Este instrumento fue diseñado y aplicado por primera vez en Alemania. Para su creación y validación, se utilizó la metodología de grupo focal, conformados por 90 colaboradores jóvenes estudiantes, con edades entre los 14 y los 18 años, como un proyecto parte del Programa Global de la Asociación Mundial de Psiquiatría contra la discriminación y el estigma, con el objetivo de realizar una comparación con otros estudios internacionales. (Navarro et al., 2017).

Los resultados mostraron que sería un enfoque prometedor el tener como objetivo realizar intervenciones antiestigma a personas jóvenes, puesto que la realización de las mismas, a temprana edad, podrá contrarrestar el estigma y la discriminación que existe hacia la esquizofrenia. Si las intervenciones se empiezan a facilitar a jóvenes que asisten a colegios o universidades, se puede ir formando una generación más abierta a tratar temas relacionados a la salud mental, y que a la vez, tienen más conocimiento acerca de los mismos. De manera que a la hora de conocer personas con alguna enfermedad mental sean más tolerantes y comprensivo (Navarro et al., 2017).

Este se ha convertido en uno de los pocos instrumentos diseñados para los jóvenes y no para la población en general. Además, permite establecer el panorama en el que se hallan las actitudes que los jóvenes asumen ante la esquizofrenia y las personas que la padecen, así como, la presencia o no de estereotipos y mitos. Obteniendo así un perfil que posibilita determinar cuáles son las intervenciones que se necesita para así diseñar estrategias prácticas y eficaces. (Navarro et al., 2017).

El Cuestionario de Actitudes de los Estudiantes hacia la Esquizofrenia (CAEE, Schulze et., al 2003), está compuesto por 19 ítems, que se encuentran divididos en dos subescalas (cuya versión original en inglés, comprende el siguiente orden y los siguientes ítems):

1. **Estereotipos de Esquizofrenia**, conformado por los ítem del 1-7. Con un alfa de Cronbach de .85.
2. **La Distancia Social**, conformado por los ítems del 8-19 (4 ítems de esta subescala fueron tomados de un proyecto piloto de la Asociación Mundial de Psiquiatría de Alberta, en Canadá). Con un alfa de Cronbach de .73.

Para la validación de este instrumento al castellano, se llevó a cabo un estudio con 709 estudiantes (de entre ellos 193 fueron varones y 516 fueron hembras) de las provincias de Almería y Huelva (España), de primer y segundo curso de las titulaciones de Educación y Psicología de las universidades de Almería y Huelva, con edades entre los 16 y 55 años. Estos fueron seleccionados a partir de un muestreo no aleatorio (Azorín y Sánchez Crespo, 1986).

Los resultados, mostraron que las correlaciones entre cada ítem y la puntuación total de la escala, se encontró en un rango general entre .59 a .84, con un Alpha de Cronbach global de .95 y un coeficiente de Bartlett de 8891.06. El análisis factorial arrojó una solución de dos factores que explican 59.94% de la varianza en las puntuaciones, revelando índices de ajuste adecuados para el modelo de dos factores representados por 19 ítems. (Navarro et al., 2017)

La validación al castellano de este instrumento asume características y propiedades psicométricas similares al original al momento de ser aplicado a la población joven. A pesar de mantener la estructura bifactorial (como el original), como parte de la validación a la muestra, tuvieron que hacerse pequeñas adaptaciones (debido a que el tamaño de la muestra es significativamente mayor y la metodología usada, distinta) en cuanto a la distribución y contenido de los ítems.

En el caso del factor Distancia Social, corresponde con el factor, “Miedo”, sin embargo, el factor “Estereotipos”, se mantiene, aunque haciendo cambio en los ítems, con respecto al cuestionario aplicado en la población alemana, resultando (ver Figura 2):

1. **Miedo**, conformado por los ítems 1, 4, 6, 8, 18 y 19 que hacen referencia al hecho del temor, que a su vez, da como resultado conductas que demuestran distancia social como parte del proceso de estigmatización (Navarro, et al., 2017), y convirtiéndose en una variable que predice el mal funcionamiento en la integración social de aquellos que son diagnosticados con dicha etiqueta.

2. **Estereotipos**, conformado por los ítem 2, 3, 5, 7, 9 y los ítems del 10-17, que dirigen de manera indirecta, al joven, a tener una interacción baja con personas que padecen esquizofrenia. Navarro et al. (2017) explican que: “De acuerdo con la lógica del proceso de formación del estigma, las características indeseables que conforman los estereotipos se vincularían a una determinada condición y servirían como justificación para determinadas intenciones conductuales” (p.332).

De manera que con esto se comprueba el efectivo uso del “Cuestionario de Actitudes de los Estudiantes hacia la Esquizofrenia” para ser usado en población de hispanoamérica como una herramienta que permita conocer las actitudes de los estudiantes y que sirve como una vía para comprobar qué tan efectivas son las intervenciones antiestigma en población adolescente y joven, pues refleja, en caso de darse, los cambios generados en las actitudes y en las creencias hacia la esquizofrenia. (Navarro et al., 2017)

3.4.1.3. Cuestionario sobre Conocimientos Básicos de la Esquizofrenia “CCE”.

El “Cuestionario Sobre Conocimientos de la Esquizofrenia” fue creado por quienes sustentan la presente tesis, partiendo de diversas escalas y cuestionarios que fueron utilizados para evaluar el estigma hacia la esquizofrenia (por ejemplo, el “A Questionnaire Survey on Student’s Attitudes towards Individuals with Mental Illness” realizado por Dr. Neeli Uma Jyothi, Mounica Bollu, Sk. Faizan Ali, D. Sri Chaitanya y S. Mounika). Está compuesta por 8 ítems, de tipo Likert para facilitar la lectura y permitir que rápidamente pueda ser completada en menos de 1 minuto.

Tiene como objetivo principal, levantar información relacionada a qué tanto conocimiento manejan las personas que no tienen relación directa con las enfermedades mentales y la salud mental. De manera que puedan conocerse los datos, a nivel empírico, que estos manejan respecto a la esquizofrenia; de igual forma se podrá saber a través de qué medio han recibido estas informaciones.

Este cuestionario permitirá entender y evaluar, mediante las informaciones que suministren, las posibles razones sobre las que la población general basa sus posibles actitudes y comportamientos estigmatizantes hacia una persona que padezca de esquizofrenia.

3.5. Procesamiento de los datos

El análisis de los datos obtenidos del proceso de evaluación, en un primer lugar comprendió la organización y distribución equitativa de los cuestionarios entre las sustentantes de esta investigación para su conteo manual. Luego se procedió a registrar, para fines de tabulación, los resultados obtenidos de manera digital a través del programa informático estadístico “Statistical Package for the Social Sciences” mejor conocido por sus siglas en inglés como “SPSS”. Lo que permitió un análisis estadístico detallado de los datos y su posterior representación a través de tablas y gráficos.

El método estadístico correspondió al de “análisis medidas de tendencia central para datos agrupados”, o lo que es lo mismo decir, que los datos obtenidos se trabajaron a través de la presentación de tablas de frecuencia simple, para lo que en una primera columna se contemplaron los límites nominales (estoy de acuerdo, no estoy de acuerdo, etc.); en una segunda columna se presentaron los valores absolutos correspondientes a cada límite nominal (20, 17, 33, etc.); en una y última columna se plasmaron los resultados finales, expresados en porcentajes (26.3%, 12.1%, etc.).

CAPÍTULO IV

Análisis de los Resultados

"Estoy esperando el día en que diga soy esquizofrénica y se me respete como ser humano. Que en el subconsciente de la gente que me escucha, vengan palabras como lucidez, inteligencia, sensibilidad, creatividad, belleza... No que piensen en locura, inestabilidad, maldad, fealdad y otras cosas que mejor no nombrarlas."

Elena Palacios Cobos, mujer con esquizofrenia ("Manual del Buen Esquizofrénico")

4.1. Resultados

Todas las ramas de la Ciencia, así como la Psicología, entre otras ciencias, encuentran en la Estadística una herramienta totalmente confiable y capaz de recolectar, analizar e interpretar datos relacionados con fenómenos de forma ágil y con mucha precisión.

En tal virtud, se presenta en detalle y a través de tablas de frecuencia e histogramas, los resultados relacionados a los posibles estigmas que se tienen sobre las personas que padecen esquizofrenia y más adelante, en un segundo punto se estará desarrollando su respectivo análisis.

La población objeto de estudio correspondió a los estudiantes de la carrera de Ingeniería de Sistemas de las universidades Organización y Métodos (O&M) y Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), en Santo Domingo, durante el período Mayo – Septiembre del año 2017.

Como intención primaria se persigue determinar cómo piensan y qué actitudes adoptan los estudiantes de ambas universidades, en relación a las personas con la enfermedad mental denominada esquizofrenia.

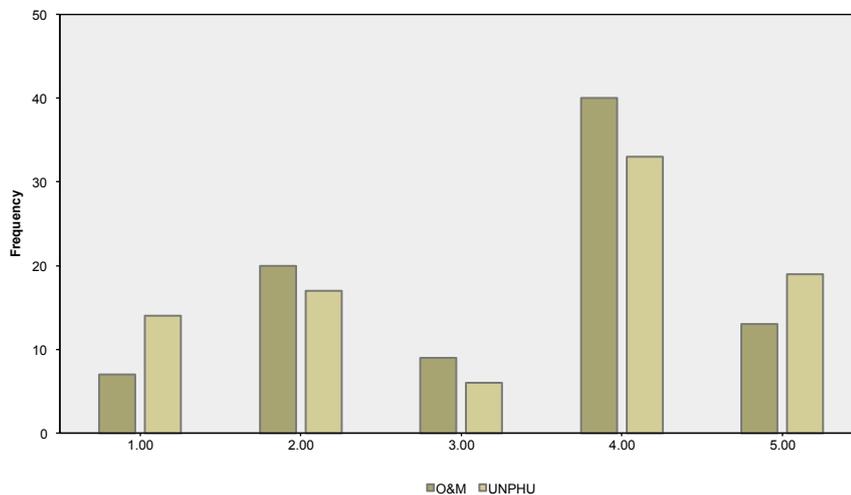
CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA (CCE)

Tabla No. 1

Pregunta No. 1: *¿Qué emociones te produce pensar en alguien con esquizofrenia?*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ansiedad/nervios	7	7.9	14	10.6
Miedo/inseguridad	20	22.5	17	12.9
Tranquilidad	9	10.1	6	4.5
Pena	40	44.9	33	25.0
Otros	13	14.6	19	14.4
Total	89		89	32.6
			178	

Gráfico No. 1



Entrevistados los estudiantes de ambas instituciones académicas en relación al tipo de emoción que le producía pensar en alguien que padeciera de esquizofrenia, 7.9% de los estudiantes de O&M entendieron ansiedad y nervios, el 22.5% sintió miedo e inseguridad; por igual el 10.1% dijo sentir tranquilidad y el 44.9% sintió pena. En la opción *otros*, estos estudiantes en un 14.6% sintieron indiferencia, no sabe, nada, y curiosidad, respectivamente.

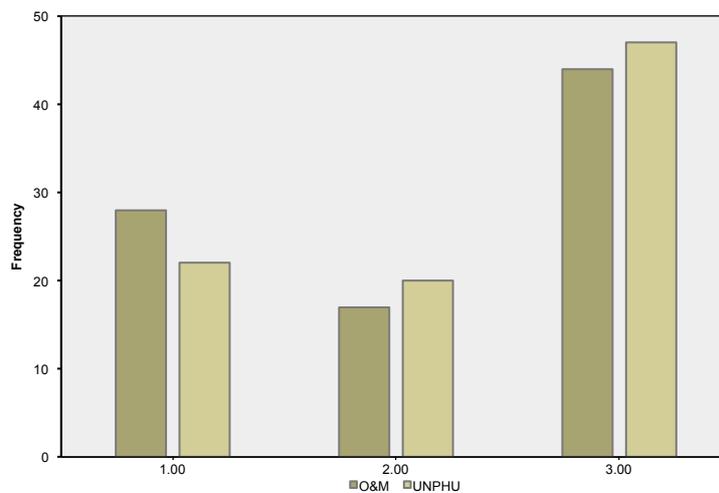
Consultados los estudiantes de la UNPHU en relación a los mismos sentimientos, en un 10.6% sentían ansiedad y nervios, el 12.9% dijo sentir miedo e inseguridad; por igual, el 4.5% dijo sentir tranquilidad, el 25% sintió pena y en la opción *otros*, en un 14.4% sintieron fascinación, enojo, nada y compasión.

Tabla No. 2

Pregunta No. 2: *¿Las personas que sufren esquizofrenia son peligrosas?*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí	28	31.5	22	22.5
No	17	19.1	20	24.7
No estoy seguro/a	44	49.4	47	52.8
Total	89		89	

Gráfico No. 2



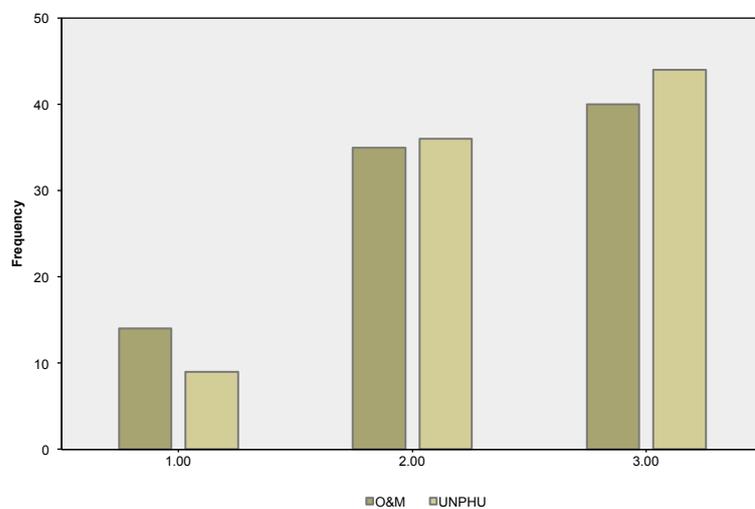
Los estudiantes de la O&M en un 31.5% entendían que las personas que sufren esquizofrenia eran peligrosas; un 19.1% opinó lo contrario y 49.4% dijo no estar seguro de su respuesta. Mientras que en el caso de los estudiantes de la UNPHU, el 24.7% dijo que sí eran peligrosas y 22.5% que no lo eran, respectivamente; mientras que el 52.8% opinó no estar seguro de su respuesta.

Tabla No. 3

Pregunta No. 3: *¿La esquizofrenia es una enfermedad contagiosa?*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí	14	15.7	9	10.1
No	35	39.3	36	40.4
No estoy seguro/a	40	44.9	44	49.4
Total	89		89	

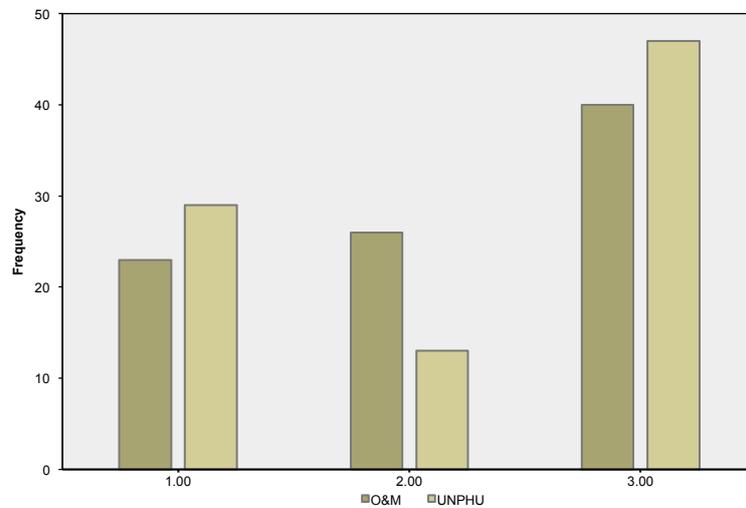
Gráfico No. 3



Consultados sobre si la esquizofrenia era una enfermedad contagiosa, los estudiantes de la O&M en un 15.7% respondieron afirmativamente; el 39.3% dijo lo contrario y el 44.9% no estuvo seguro de su respuesta o si era cierto el enunciado. Asimismo, el 10.1% de los estudiantes de la UNPHU opinó que sí era hereditaria, mientras que el 40.4% dijo lo contrario. Finalmente, el 49.4% dijo no estar seguro.

Tabla No. 4**Pregunta No. 4:** *¿La esquizofrenia es una enfermedad que puede curarse?*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí	23	25.8	29	32.6
No	26	29.2	13	14.6
No estoy seguro/a	40	44.9	47	52.8
Total	89			

Gráfico No. 4

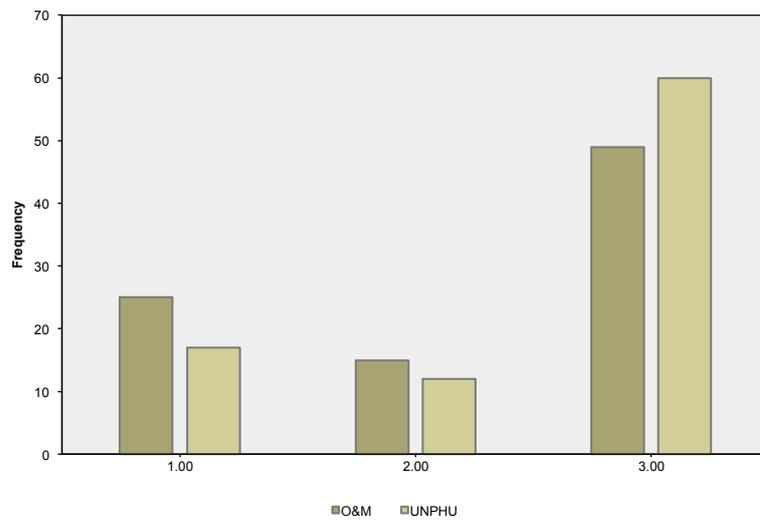
Sobre si la esquizofrenia era una enfermedad que podría curarse, el 25.8% de los estudiantes de la O&M dijeron que sí y el 29.2% negó su respuesta; mientras que el 44.9% no estuvo seguro. Los estudiantes de la UNPHU en un 32.6% dijeron que sí y 14.6% negaron su respuesta, mientras que el 52.8% no estuvo seguro.

Tabla No. 5

Pregunta No. 5: *¿Pocas personas en la República Dominicana padecen esquizofrenia?*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	25	28.1	17	19.1
No	15	16.9	12	13.5
No estoy seguro/a	49	55.1	60	67.4
Total	89			

Gráfico No. 5



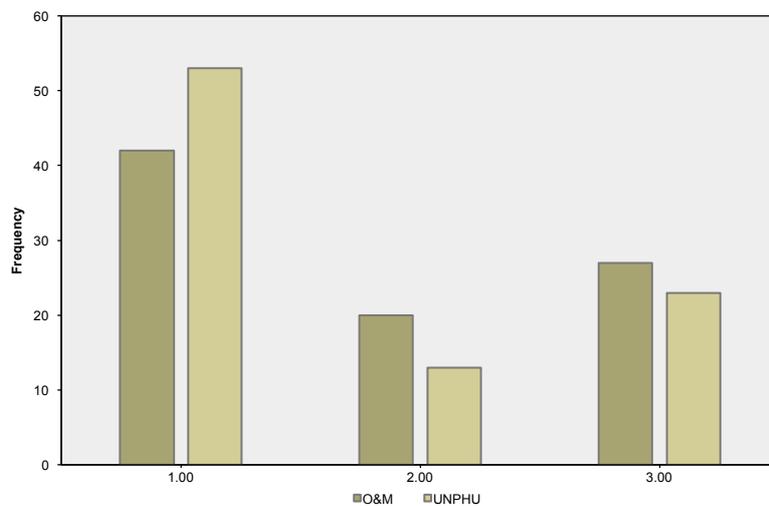
Sobre la cantidad de personas que en la República Dominicana podían estar padeciendo de esquizofrenia, el 28.1% de los estudiantes de la O&M afirmaron sus respuestas y el 16.9% la negó; mientras que el 55.1% no estuvo seguro de tal afirmación. En el mismo orden, los estudiantes de la UNPHU, en un 19.1% dijeron que sí y 13.5% negaron sus respuestas; del mismo modo, el 67.4% dijo no estar seguro de ello.

Tabla No. 6

Pregunta No. 6: *¿Alguien puede ser esquizofrénico y los demás no darse cuenta?*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí	42	47.2	53	59.6
No	20	22.5	13	14.6
No estoy seguro/a	27	30.3	23	25.8
Total	89			

Gráfico No. 6



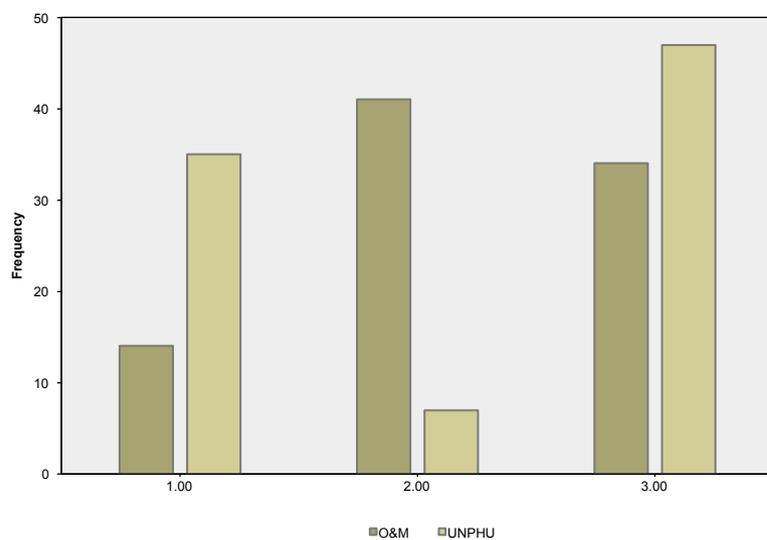
El 47.2% de los estudiantes de la O&M consideró que alguien puede ser esquizofrénico y las demás personas no darse cuenta, mientras que el 22.5% dijo que eso no era posible. El 30.3% dijo no estar seguro de ello. En relación a las mismas variables, los estudiantes de la UNPHU, en un 59.6% dijeron que sí era posible, mientras que el 14.6% dijo que no; asimismo, el 25.8% dijo no estar seguro de ello.

Tabla No. 7

Pregunta No. 7: *¿El abuso de drogas causa esquizofrenia?*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí	14	15.7	35	39.3
No	41	46.1	7	7.9
No estoy seguro/a	34	38.2	47	52.8
Total	89			

Gráfico No. 7



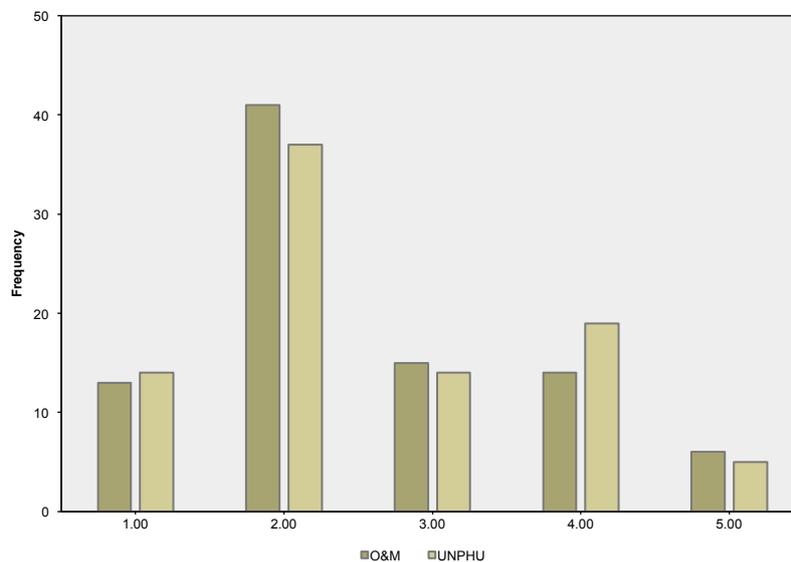
Consultados los estudiantes de la O&M sobre si el abuso de drogas causaba esquizofrenia, el 15.7% dijo que sí era posible, mientras que el 46.1% negó la respuesta; el 38.2% dijo no estar seguro de ello. En relación a las mismas variables, los estudiantes de la UNPHU en un 39.3% expresaron que era posible, mientras que el 7.9% dijo que no y el 52.8% dijo no estar seguro.

Tabla No. 8

Pregunta No. 8: *¿De qué fuente obtuviste la información que sabes sobre la esquizofrenia?*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Radio	13	14.6	14	15.7
Televisión	41	46.1	37	43.3
Internet	15	16.9	14	15.7
Un amigo	14	15.6	19	21.3
Otros	6	6.8	5	4.0
Total	89			

Gráfico No. 8



En relación al tipo de fuente a través de la que los estudiantes de la O&M obtuvieron información sobre la esquizofrenia, el 14.6% dijo que por la radio, el 46.1% por la televisión, el 16.9% por la Internet, el 15.6% por medio a un amigo y el 6.8% correspondió a otros, es decir, en las calles, no sabe y por medio de un familiar. En el caso de los estudiantes de la UNPHU, el 15.7% dijo por la radio, el 43.3% por la televisión, el 15.7% por Internet, el 21.3% por medio a un amigo y el 4% correspondió a otros (imaginación, en la encuesta, no sabe, y a través de un familiar).

CUESTIONARIO DE ACTITUDES DE LA COMUNIDAD HACIA LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (CAMI) - POR FACTORES

Atendiendo a los factores siguientes y a beneficio de la presentación de un análisis o ponderación más objetiva, se ha elegido la variable (ítem) de mayor significación, en el caso de la población estudiantil de cada universidad estudiada; razón por la que se enlista en versión consolidada en cuatro tablas, el resultado para igual número de factor. Dicho análisis permitirá apreciar con mayor precisión las actitudes de los estudiantes evaluados en ambas instituciones universitarias:

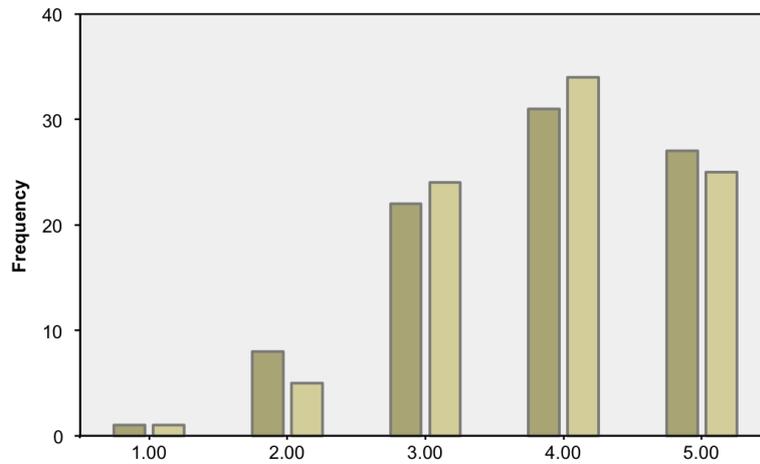
Factor No. 1: Autoritarismo

Tabla No. 9

Ítem #37: *Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental (esquizofrenia).*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Totalmente de acuerdo	1	1.1	1	1.1
De acuerdo	8	9.0	5	5.6
Ni acuerdo ni desacuerdo	22	24.7	24	27.0
No estoy de acuerdo	31	34.8	34	38.2
Totalmente en desacuerdo	27	30.3	25	28.1
Total	89	100.0	89	

Grafico No. 9



En relación a si cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental, en específico esquizofrenia, los estudiantes de ambas universidades en un 1.1% coincidieron en estar totalmente de acuerdo; mientras que en la opción de acuerdo, se diferenciaron en 9% la O&M y 5.6% la UNPHU; del mismo modo en la opción ni acuerdo ni desacuerdo, 24.7% y 27%, respectivamente. En la opción no estoy de acuerdo, los de la O&M opinaron en un 34.8% y los de la UNPHU en un 38.2%. En cuanto a la opción totalmente en desacuerdo, respondieron en un 30.3% y 28.1%, respectivamente.

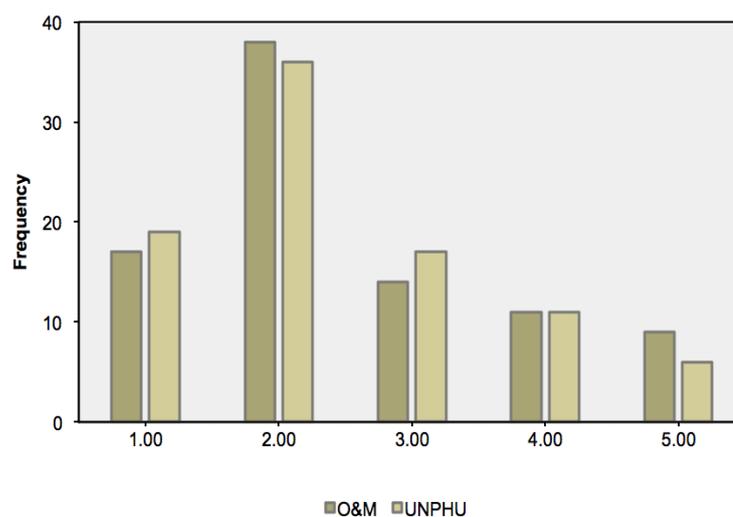
Factor No. 2: Benevolencia

Tabla No. 10

Ítem #10: *Las personas con enfermedades mentales (esquizofrenia) han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Totalmente de acuerdo	17	19.1	19	21.3
De acuerdo	38	42.7	36	40.4
Ni acuerdo ni desacuerdo	14	15.7	17	19.1
No estoy de acuerdo	11	12.4	11	12.4
Totalmente en desacuerdo	9	10.1	6	6.7
Total	89	100.0	89	

Grafico No. 10



En relación a que las personas con enfermedades mentales (esquizofrenia) han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo, los estudiantes de la O&M en un 19.1% se mostraron totalmente de acuerdo y los de la UNPHU lo hicieron en un 21.3%; asimismo en la opción de acuerdo, la O&M se expresó en un 42.7% y la UNPHU en 40.4%.

En cuanto a la opción ni acuerdo ni desacuerdo, la O&M se expresó en un 15.7% y la UNPHU en un 19.1%; de igual forma, en la opción no estoy de acuerdo, los estudiantes de ambas universidades coincidieron en opinar en un 12.4%, respectivamente; mientras que estuvieron totalmente en desacuerdo, en un 10.1% los de la O&M y en un 6.7% los de la UNPHU.

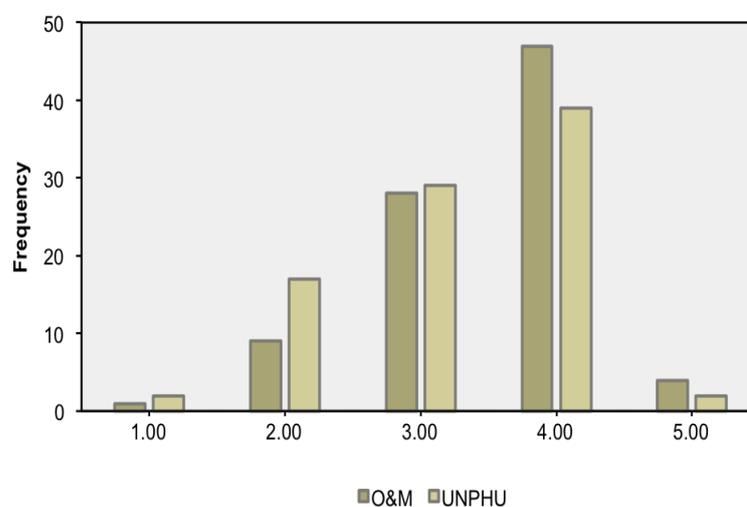
Factor No. 3: Restricción social

Tabla No. 11

Ítem #39: *En la mayoría de los casos se puede confiar en mujeres, que han sido pacientes de hospitales psiquiátricos, para trabajar como niñeras.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Totalmente de acuerdo	1	1.1	2	2.2
De acuerdo	9	10.1	17	19.1
Ni acuerdo ni desacuerdo	28	31.5	29	32.6
No estoy de acuerdo	47	52.8	39	43.8
Totalmente en desacuerdo	4	4.5	2	2.2
Total	89	100.0	89	

Gráfico No. 11



En relación a que, en mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes psiquiátricos para trabajar como niñeras, los estudiantes de la O&M en un 1.1% se mostraron totalmente de acuerdo, mientras que los de la UNPHU lo hicieron en un 2.2%.

En cuanto a la opción de acuerdo, los de la O&M se expresaron en un 10.1% y la UNPHU en 19.1%; de igual forma, para la opción ni acuerdo ni desacuerdo, la O&M se expresó en un 31.5% y la UNPHU en un 32.6%; asimismo, en la opción no estoy de acuerdo, los estudiantes de la O&M opinaron en un 52.8% y los de la UNPHU en un 43.8%. Estuvieron totalmente en desacuerdo, en un 4.5% los de la O&M y en un 2.2% los de la UNPHU.

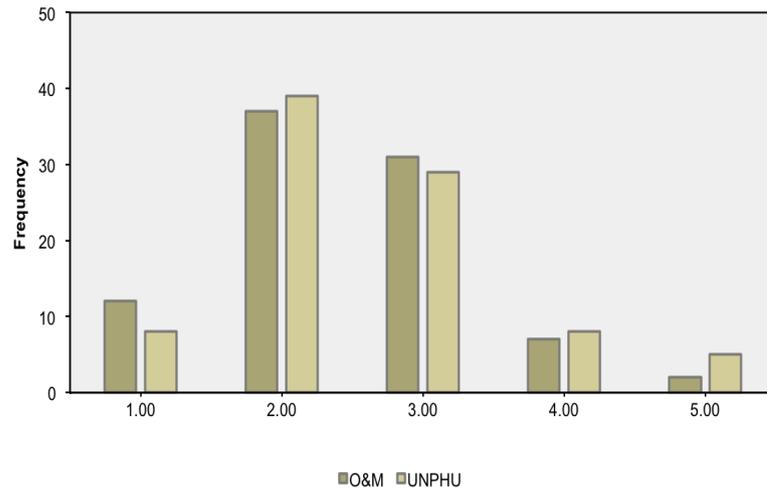
Factor No. 4: Ideología de la comunidad sobre la salud mental

Tabla No. 12

Ítem #8: *La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Totalmente de acuerdo	12	13.5	8	9.0
De acuerdo	37	41.6	39	43.8
Ni acuerdo ni desacuerdo	31	34.8	29	32.6
No estoy de acuerdo	7	7.9	8	9.0
Totalmente en desacuerdo	2	2.2	5	5.6
Total	89	100.0	89	

Gráfico No. 12



En relación a que si la ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio, los estudiantes de la O&M se mostraron totalmente de acuerdo en un 13.5%, mientras que los de la UNPHU lo hicieron en un 9%.

En cuanto a la opción de acuerdo, los de la O&M se expresaron en un 41.6% y los de la UNPHU en 43.8%; asimismo, en cuanto a la opción ni acuerdo ni desacuerdo, la O&M se expresó en un 34.8% y la UNPHU en un 32.6%; por igual, en la opción no estoy de acuerdo, los estudiantes de la O&M opinaron en un 7.9% y los de la UNPHU en un 9%. Estuvieron totalmente en desacuerdo, en un 2.2% los de la O&M y en un 5.6% los de la UNPHU.

CUESTIONARIO SOBRE LAS ACTITUDES DE ESTUDIANTES HACIA LOS
ESQUIZOFRÉNICOS (CAEE) - POR FACTORES

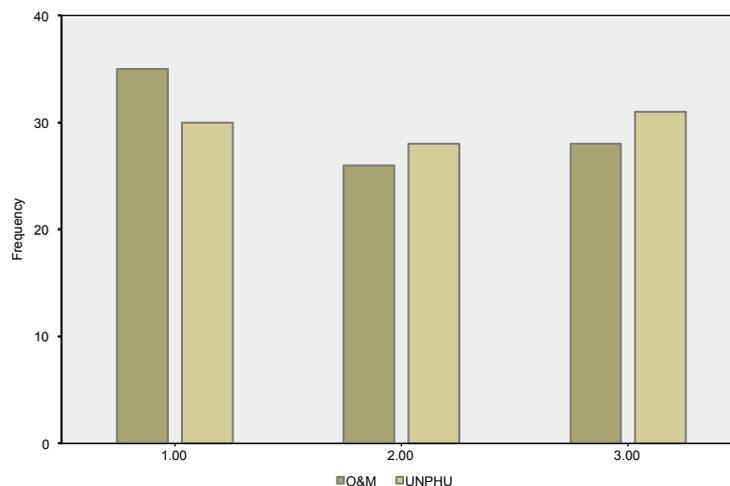
Factor No. 1: Distancia Social (miedo)

Tabla No. 13

Ítem No. 1: *Alguien que tiene esquizofrenia no puede hacerle frente al estrés que viene antes del examen.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estoy de acuerdo	35	39.3	30	33.7
No estoy seguro/a	26	29.2	28	31.5
No estoy de acuerdo	28	31.5	31	34.8
Total	89	100.0	89	

Gráfico No. 13



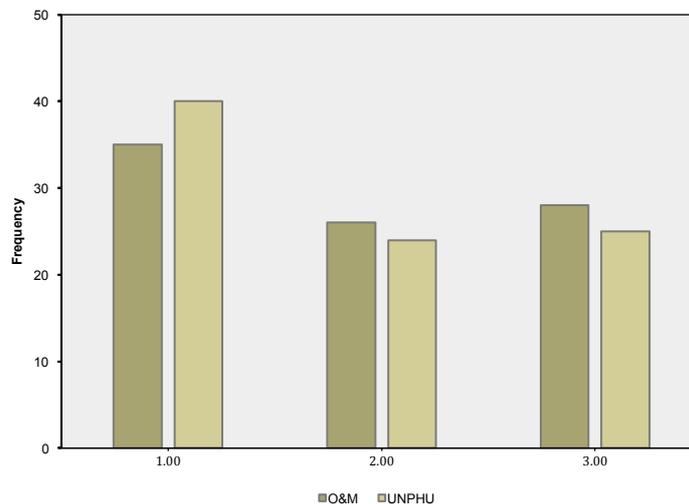
En relación a que alguien con esquizofrenia no pueda hacerle frente al estrés que viene antes de tomar un examen, los estudiantes de la universidad O&M en un 39.3% dijeron estar *de acuerdo*, el 29.2% dijo *no estar seguro* y el 31.5% se mostró *en desacuerdo*. En relación al mismo aspecto, los estudiantes de la UNPHU, en un 33.7% estuvieron *de acuerdo*, el 31.5% dijo *no estar seguro* y el 34.8% *no estuvo de acuerdo*.

Tabla No. 14

Ítem No. 4: *Cuando te encuentras con alguien con esquizofrenia, debes de tener cuidado.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estoy de acuerdo	35	39.3	40	44.9
No estoy seguro/a	26	29.2	24	27.0
No estoy de acuerdo	28	31.5	25	28.1
Total	89	100.0	89	100.0

Gráfico No. 14

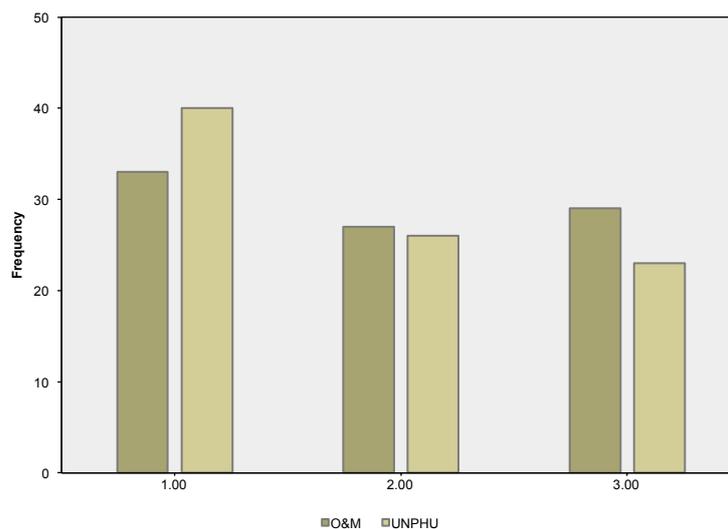


En relación a encontrarse con alguien que padece esquizofrenia y tener cuidado, los estudiantes consultados en la universidad O&M, en un 39.3% expresó estar de acuerdo, el 29.2% dijo no estar seguro y el 31.5% se mostró en desacuerdo. De igual forma, los estudiantes de la UNPHU en un 44.9% se mostraron de acuerdo, el 27% dijo no estar seguro y el 28.1% dijo no estar de acuerdo.

Tabla No. 15

Pregunta No. 6: *Alguien quien tiene esquizofrenia es capaz de desnudarse por la menor de las razones.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estoy de acuerdo	33	37.1	40	44.9
No estoy seguro/a	27	30.3	26	29.2
No estoy de acuerdo	29	32.6	23	25.8
Total	89	100.0	89	100.0

Gráfico No. 15

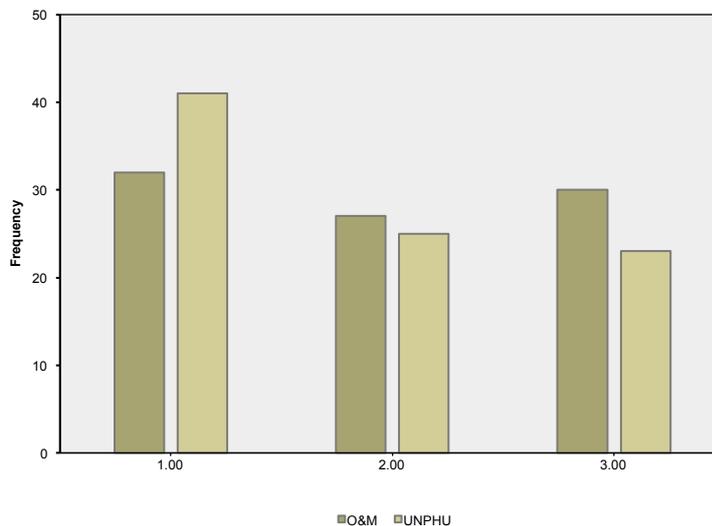
En relación a alguien que tiene esquizofrenia es capaz de desnudarse por la menor de las razones, los estudiantes de la universidad O&M, en un 39.3% expresaron *estar de acuerdo*, el 29.2% dijo *no estar seguro* y el 31.5% se dijo *no estar de acuerdo*. Asimismo, los estudiantes de la UNPHU en un 44.9% se mostraron *de acuerdo*, el 29.2% dijo *no estar seguro* y el 25.8% dijo *no estar de acuerdo*.

Tabla No. 16

Pregunta No. 8: *Tendría miedo de hablar con alguien que tiene esquizofrenia.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estoy de acuerdo	32	35.9	41	46.1
No estoy seguro/a	27	30.3	25	28.1
No estoy de acuerdo	30	33.8	23	25.8
Total	89	100.0	89	100.0

Gráfico No. 16



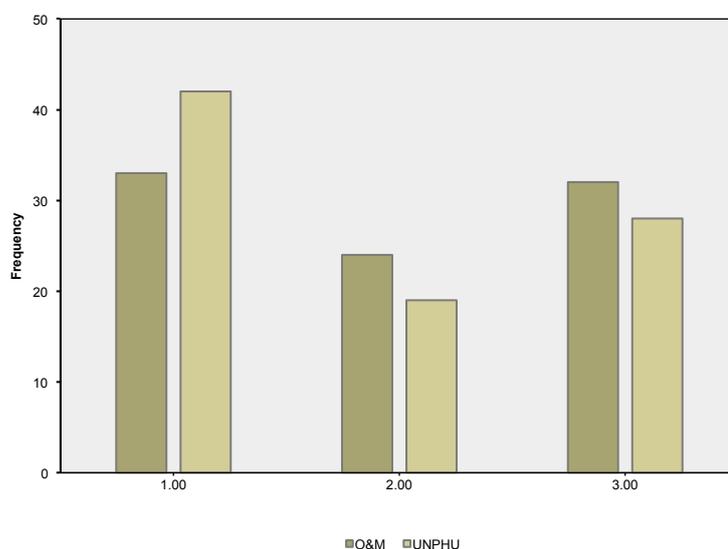
En relación a tener miedo de hablar con alguien que tiene esquizofrenia, el 39.3% de los estudiantes consultados en la universidad O&M, expresó *estar de acuerdo*; el 29.2% dijo *no estar seguro* y el 31.5% se mostró *en desacuerdo*. De igual forma, el 46.1% de los estudiantes de la UNPHU dijo *estar de acuerdo*, el 28.1% dijo *no estar seguro* y el 25.8% dijo *no estar de acuerdo*.

Tabla No. 17

Pregunta No. 18: *Alguien que tiene esquizofrenia debería de no laborar en trabajos que involucre el cuidado de niños y jóvenes.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estoy de acuerdo	33	37.1	42	47.2
No estoy seguro/a	24	27.0	19	21.3
No estoy de acuerdo	32	35.9	28	31.5
Total	89	100.0	89	100.0

Gráfico No. 17



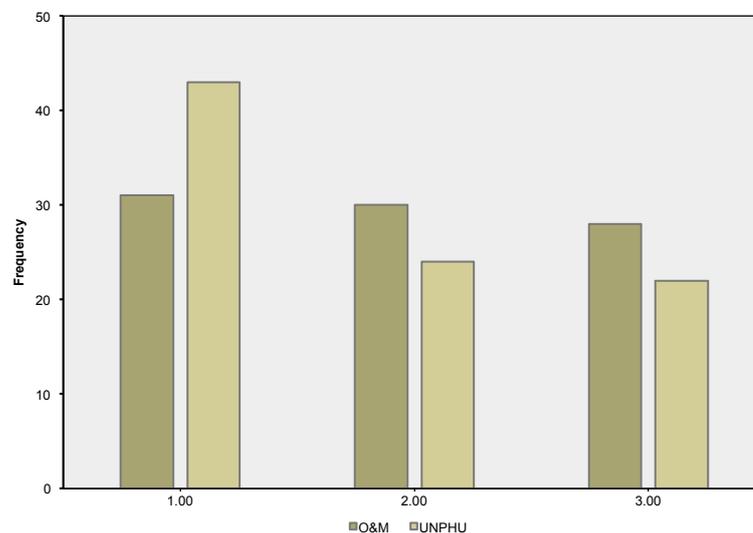
En relación a alguien que tiene esquizofrenia, no debería laborar en trabajos que involucren el cuidado de niños y jóvenes, el 39.3% de los estudiantes de la universidad O&M, dijo *estar de acuerdo*, el 29.2% dijo *no estar seguro* y el 31.5% dijo *no estar de acuerdo*. Mientras que el 47.2% de los estudiantes consultados en la UNPHU, se mostró *de acuerdo*, el 21.3% dijo *no estar seguro* y el 31.5% dijo *no estar de acuerdo*.

Tabla No. 18

Pregunta No. 19: *Alguien que tiene esquizofrenia debería de no ir a una escuela normal.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estoy de acuerdo	31	34.8	43	48.3
No estoy seguro/a	30	33.7	24	27.0
No estoy de acuerdo	28	31.5	22	24.7
Total	89	100.0	89	100.0

Gráfico No. 18



En relación a que alguien con esquizofrenia debería de no ir a una escuela normal, el 39.3% de los estudiantes consultados en la universidad O&M, dijo estar *de acuerdo*, el 29.2% demostró *no estar seguro* y el 31.5% dijo no estar *de acuerdo*. Asimismo, el 48.3% de los estudiantes de la UNPHU dijo estar *de acuerdo*, el 27% dijo *no estar seguro* y el 24.7% dijo *no estar de acuerdo*.

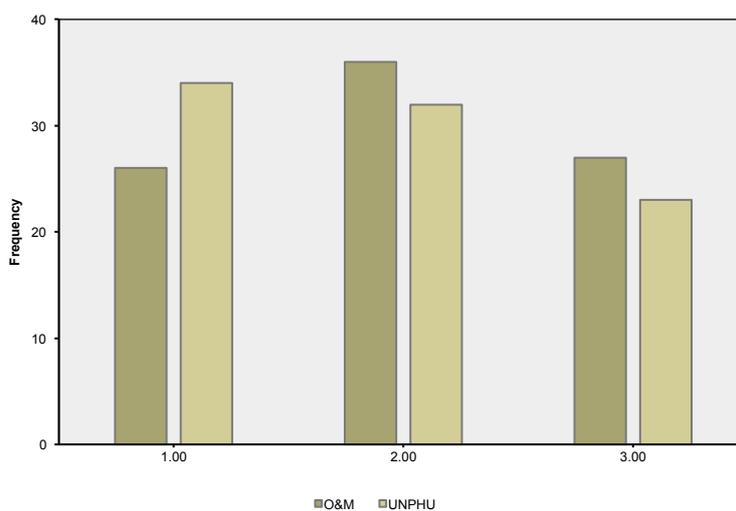
Factor No. 2: Estereotipos

Tabla No. 19

Pregunta No. 2: *Mayormente, alguien quien tiene esquizofrenia viene de una familia con poco dinero.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estoy de acuerdo	26	29.2	34	38.2
No estoy seguro/a	36	40.4	32	36.0
No estoy de acuerdo	27	30.3	23	25.8
Total	89	100.0	89	

Gráfico No. 19



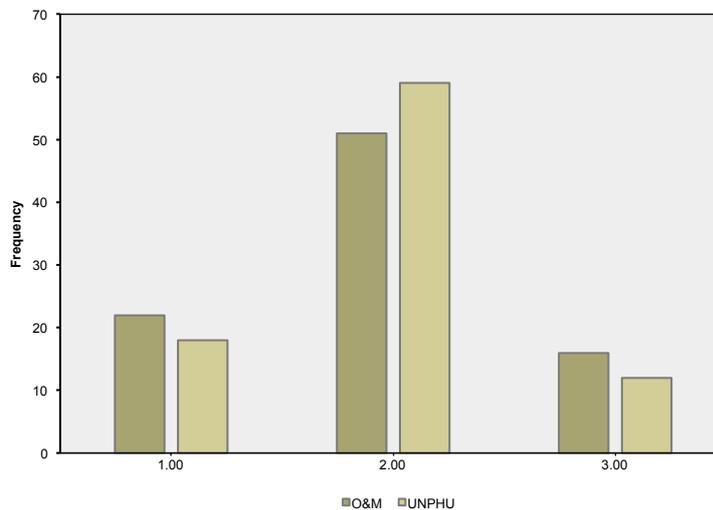
En relación a que alguien que tiene esquizofrenia viene de una familia con poco dinero, el 29.2% de los estudiantes de la O&M dijo estar *de acuerdo*, el 40.4% demostró *no estar seguro* y el 30.3% dijo *no estar de acuerdo*. En tanto que el 38.2% de los estudiantes de la UNPHU, dijo estar *de acuerdo*, el 36% *no estuvo seguro* y el 25.8% demostró *no estar de acuerdo*.

Tabla No. 20

Pregunta No. 3: *Alguien que tiene esquizofrenia no puede ser ayudado por los doctores.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estoy de acuerdo	22	24.7	18	20.2
No estoy seguro/a	51	57.3	59	66.3
No estoy de acuerdo	16	18.0	12	13.5
Total	89	100.0	89	

Gráfico No. 20



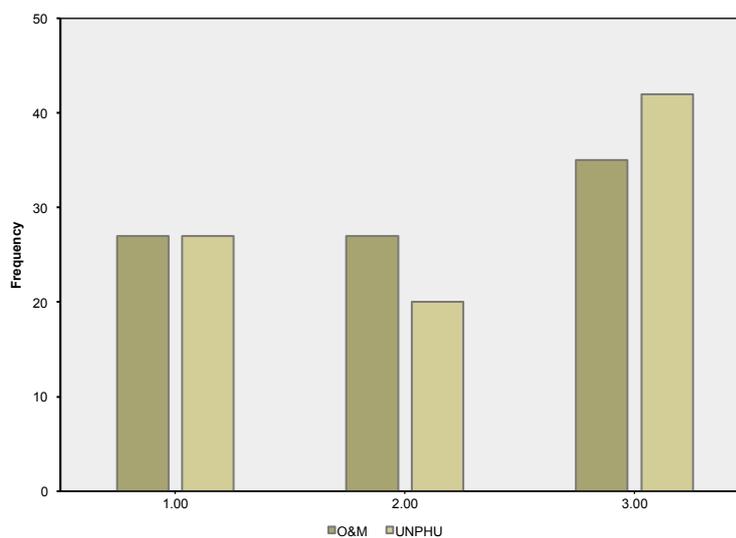
En relación a alguien que tiene esquizofrenia no puede ser ayudado por los doctores, el 24.7% de los estudiantes de la O&M, se mostró *de acuerdo*, el 57.3% dijo *no estar seguro* y el 18% *no estuvo de acuerdo*. De igual manera, el 20.2% de los estudiantes de la UNPHU dijo estar *seguro*, mientras que el 66.3% dijo *no estar seguro* y el 13.5% expresó *no estar de acuerdo*.

Tabla No. 21

Pregunta No. 5: *A alguien que tiene esquizofrenia le puede ir bien en la escuela.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estoy de acuerdo	27	30.3	27	30.3
No estoy seguro/a	27	30.3	20	22.5
No estoy de acuerdo	35	39.3	42	47.2
Total	89	100.0	89	

Gráfico No. 21



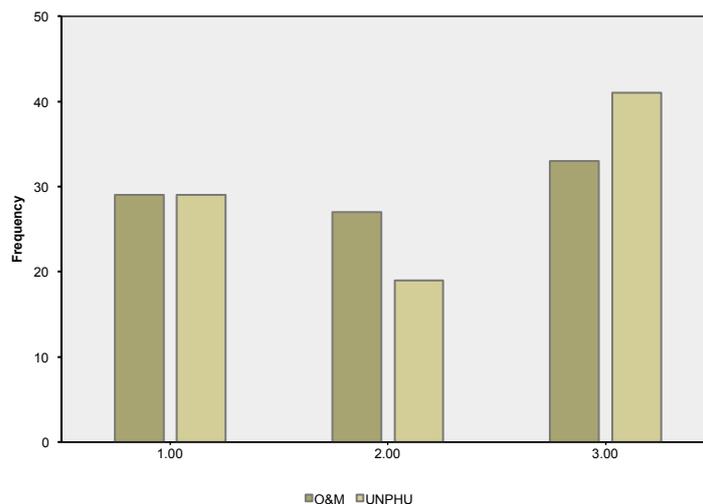
En relación a que a alguien que tiene esquizofrenia le pueda ir bien en la escuela, el 30.3% de los estudiantes de la O&M dijo estar *de acuerdo* y no estar seguro, respectivamente; mientras que el 39.3% dijo *no estar de acuerdo*. Los estudiantes consultados de la UNPHU, en un 30.3% estuvieron *de acuerdo*, el 22.5% dijo *no estar seguro* y el 47.2% dijo *no estar de acuerdo*.

Tabla No. 22

Pregunta No. 7: *Estudiantes que tienen esquizofrenia son particularmente buenos en música o cualquier arte.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estoy de acuerdo	29	32.6	29	32.6
No estoy seguro/a	27	30.3	19	21.3
No estoy de acuerdo	33	37.1	41	46.1
Total	89	100.0	89	

Gráfico No. 22



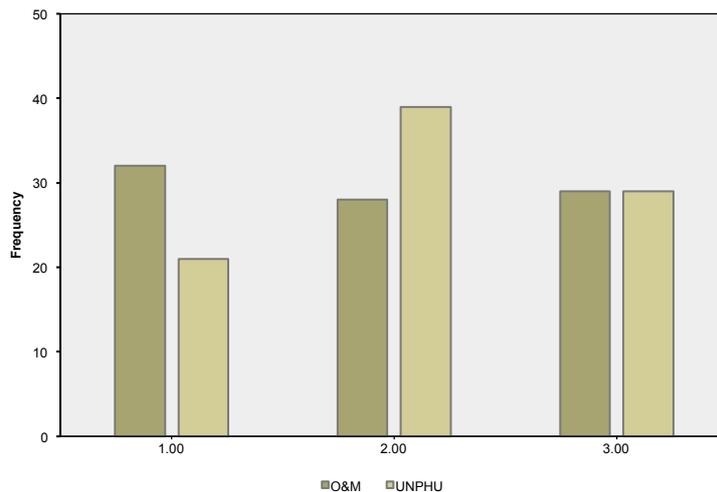
En relación a que los estudiantes con esquizofrenia eran particularmente buenos en música o cualquier arte, los estudiantes de la O&M en un 32.6% estuvieron *de acuerdo*; el 30.3% dijo *no estar seguro* y el 37.1% demostró *no estar seguro*. Mientras que el 32.6% de los estudiantes de la UNPHU dijeron estar *de acuerdo*, el 21.3% dijo *no estar seguro* y el 46.1% no estuvo *de acuerdo*.

Tabla No. 23

Pregunta No. 9: *No me sentiría molesto o perturbado si estoy en una clase con alguien que tiene esquizofrenia.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estoy de acuerdo	32	36.0	21	23.6
No estoy seguro/	28	31.5	39	43.8
No estoy de acuerdo	29	32.6	29	32.6
Total	89	100.0	89	

Gráfico No. 23



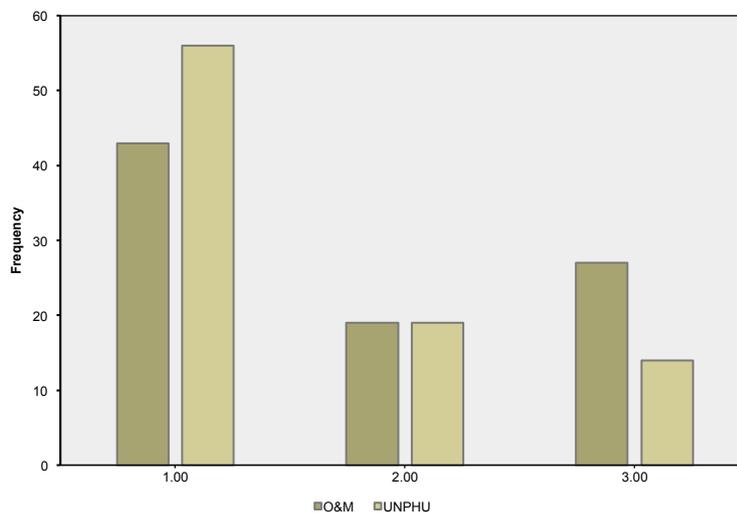
En relación a no sentirse molesto o perturbado estando en una clase con alguien que tuviera esquizofrenia, el 31.5% de los estudiantes consultados en la O&M, dijo estar *de acuerdo*, el 36% *no estuvo de acuerdo* y el 32.6% dijo *no estar de acuerdo*. Consultados los estudiantes de la UNPHU sobre el mismo factor, el 23.6% dijo estar *de acuerdo*, el 43.8% *no estuvo seguro* y el 32.6% se mostró *en desacuerdo*.

Tabla No. 24

Pregunta No. 10: *Puedo verme siendo amigo de alguien que tiene esquizofrenia.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estoy de acuerdo	43	48.3	56	62.9
No estoy seguro/a	19	21.3	19	21.3
No estoy de acuerdo	27	30.3	14	15.7
Total	89	100.0	89	

Gráfico No. 24



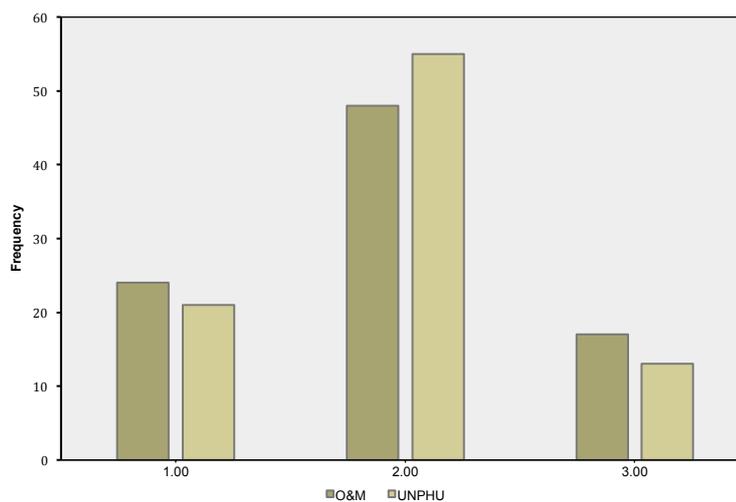
En relación a verse siendo amigo de alguien con esquizofrenia, el 48.3% de los estudiantes de la O&M dijo estar *de acuerdo*, el 21.3% dijo *no estar seguro* y el 30.3% *no estuvo de acuerdo*. Mientras que el 62.9% de los estudiantes de la UNPHU dijo estar *de acuerdo*, el 21.3% dijo *no estar seguro* y el 15.7% *no estuvo de acuerdo*.

Tabla No. 25

Pregunta No. 11: *Me sentiría avergonzado si mis amigos se enteraran que alguien en mi familia tiene esquizofrenia.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estoy de acuerdo	24	27.0	21	23.6
No estoy seguro/a	48	53.9	55	61.8
No estoy de acuerdo	17	19.1	13	14.6
Total	89	100.0	89	

Gráfico No. 25



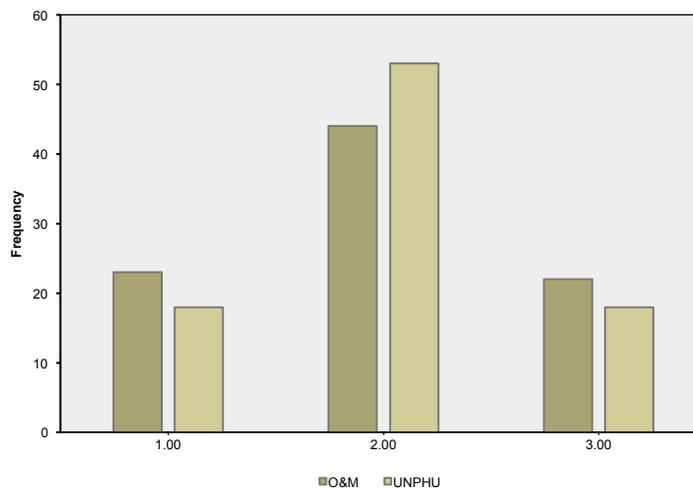
Los estudiantes consultados en la O&M sobre sentirse avergonzado si sus amigos se enteraban de un familiar suyo padeciendo esquizofrenia, en un 27% dijo estar *de acuerdo*, el 53.9% dijo *no estar seguro* y el 19.1% expresó *no estar de acuerdo*. De igual forma, el 23.6% de los estudiantes de la UNPHU dijo estar *de acuerdo*, el 61.8% *no estar seguro* y el 14.6% *no estuvo de acuerdo*.

Tabla No. 26

Pregunta No. 12: *Si uno de mis compañeros de clase desarrollara esquizofrenia, preferiría sentarme lejos de él/ella.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estoy de acuerdo	23	25.8	18	20.2
No estoy seguro/a	44	49.4	53	59.6
No estoy de acuerdo	22	24.7	18	20.2
Total	89	100.0	89	

Gráfico No. 26



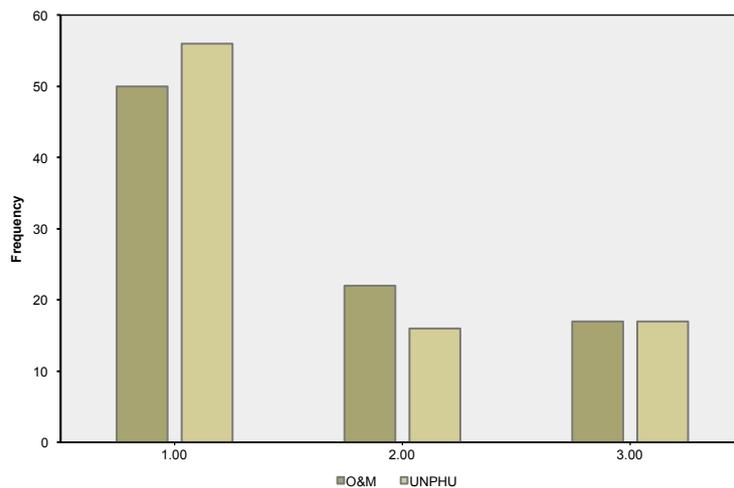
En relación a si uno de sus compañeros de clase desarrollara esquizofrenia, preferiría sentarse lejos de él/ella, el 25.8% de los estudiantes de la O&M dijo estar *de acuerdo*, el 49.4% *no estuvo seguro* y el 24.7% dijo *no estar de acuerdo*. Por igual, los estudiantes de la UNPHU, en un 20.2% dijo estar *de acuerdo* y *no estar de acuerdo*, respectivamente y el 59.6% dijo *no estar seguro*.

Tabla No. 27

Pregunta No. 13: Si uno de mis amigos desarrollara esquizofrenia, iría a visitarlo/a al hospital.

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estoy de acuerdo	50	56.2	56	62.9
No estoy seguro/a	22	24.7	16	18.0
No estoy de acuerdo	17	19.1	17	19.1
Total	89	100.0	89	

Gráfico No. 27



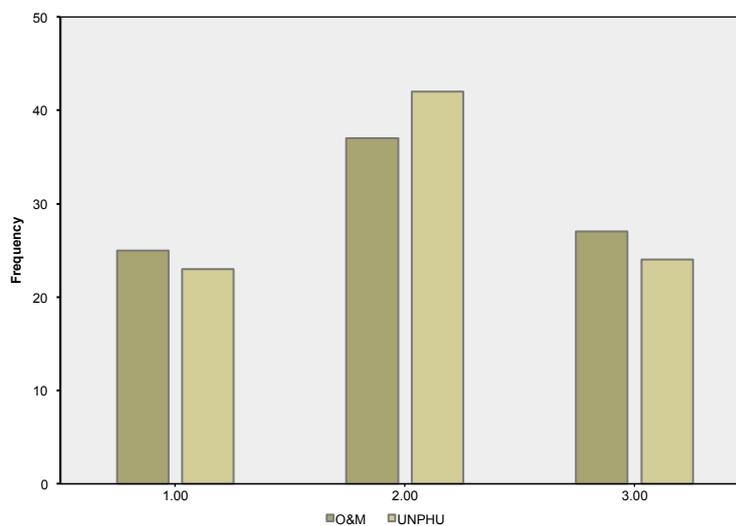
Los estudiantes consultados en la O&M, en un 56.2% expresó estar *de acuerdo*, en el caso de que uno de sus amigos pudiera desarrollar esquizofrenia y se viera en la necesidad de visitarle en el hospital; mientras que el 24.7% dijo *no estar seguro* y el 19.1% dijo *no estar de acuerdo*. Los estudiantes de la UNPHU, en un 62.9% dijeron estar *de acuerdo*, el 18% dijo *no estar seguro* y el 19.1% *no estuvo de acuerdo*.

Tabla No. 28

Pregunta No. 14: *No invitaría a alguien que tiene esquizofrenia a mi fiesta de cumpleaños.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estoy de acuerdo	25	28.1	23	25.8
No estoy seguro/a	37	41.6	42	47.2
No estoy de acuerdo	27	30.3	24	27.0
Total	89	100.0	89	

Gráfico No. 28



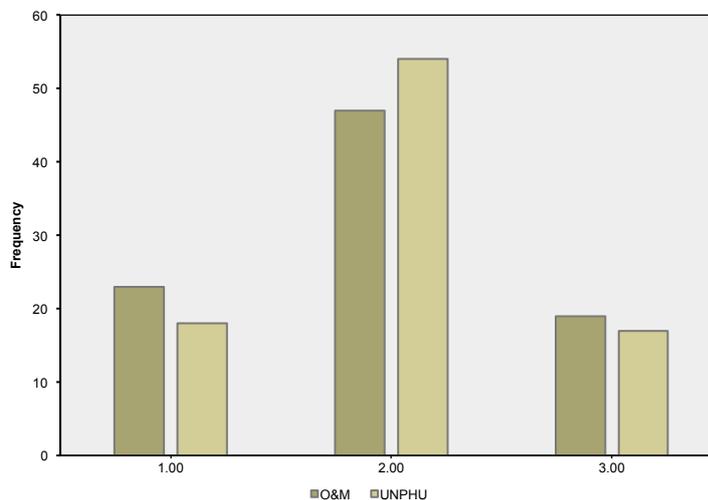
En relación a si el encuestado no invitaría a asistir a su cumpleaños, a alguien que padeciera esquizofrenia, el 28.1% de los estudiantes de la O&M dijo estar *de acuerdo*, el 41.6% dijo *no estar seguro* y el 30.3% dijo *no estar de acuerdo*. El 25.8% de los estudiantes de la UNPHU dijo estar *de acuerdo*, el 47.2% dijo *no estar seguro* y el 27% dijo *no estar de acuerdo*.

Tabla No. 29

Pregunta No. 15: *No les presentaría a mis amigos a alguien que tiene esquizofrenia.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estoy de acuerdo	23	25.8	18	20.2
No estoy seguro/a	47	52.8	54	60.7
No estoy de acuerdo	19	21.3	17	19.1
Total	89	100.0	89	

Gráfico No. 29



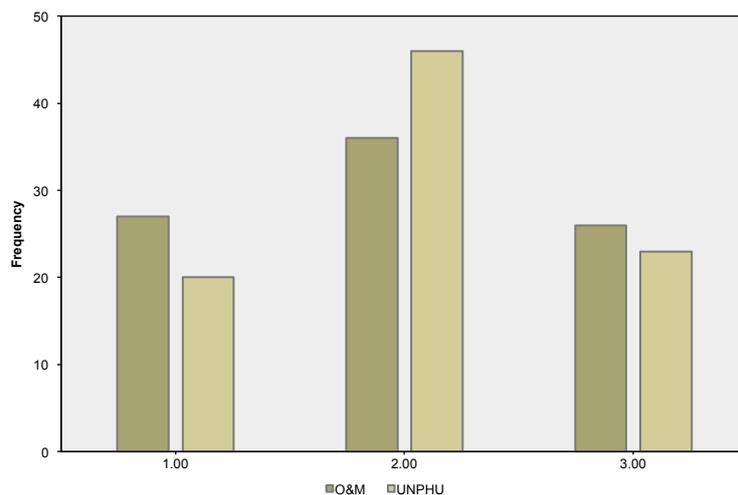
En relación a que el encuestado no le presentaría a sus amigos a una persona con esquizofrenia, el 25.8% de los estudiantes de la O&M dijo estar *de acuerdo*, el 52.8% *no estuvo seguro* y el 21.3% dijo *no estar de acuerdo*. Asimismo, el 20.2% de los estudiantes de la UNPHU, dijo estar *de acuerdo*, el 60.7% dijo *no estar seguro* y el 19.1% *no estuvo de acuerdo*.

Tabla No. 30

Pregunta No. 16: *Una persona que tiene esquizofrenia debería quedarse en su casa en vez de ir a los viajes estudiantiles.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estoy de acuerdo	27	30.3	20	22.5
No estoy seguro/a	36	40.4	46	51.7
No estoy de acuerdo	26	29.2	23	25.8
Total	89	100.0	89	

Gráfico No. 30



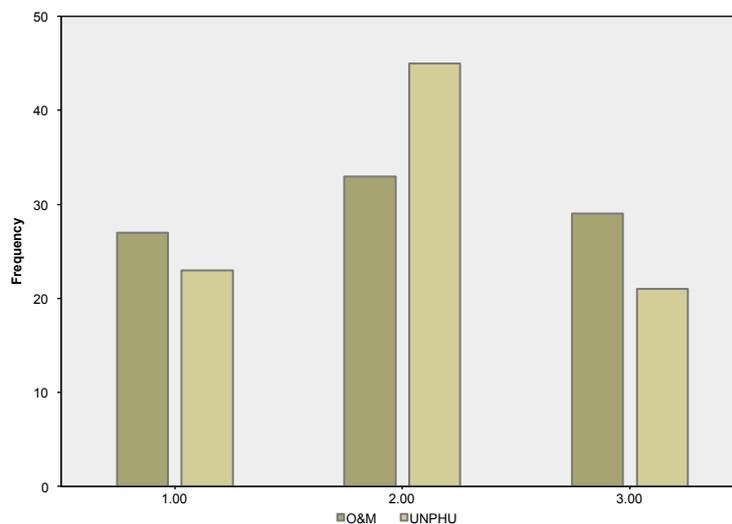
En relación a si una persona con esquizofrenia debería quedarse en su casa en vez de ir a los viajes estudiantiles, el 30.3% de los estudiantes de la O&M dijo estar *de acuerdo*, el 40.4% dijo *no estar seguro* y el 29.2% dijo *no estar de acuerdo*. El 22.5% de los estudiantes de la UNPHU dijo estar *de acuerdo*, el 51.7% *no estuvo seguro* y el 25.8% dijo *no estar de acuerdo*.

Tabla No. 31

Pregunta No. 17: *Nunca me enamoraría de alguien que tiene esquizofrenia.*

	O&M		UNPHU	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estoy de acuerdo	27	30.3	23	25.8
No estoy seguro/a	33	37.1	45	50.6
No estoy de acuerdo	29	32.6	21	23.6
Total	89	100.0	89	

Gráfico No. 31



En relación a nunca enamorarse de alguien con esquizofrenia, el 30.3% de los estudiantes de la O&M dijo estar *de acuerdo*, el 37.1% dijo *no estar seguro* y el 32.6% dijo *no estar de acuerdo*. El 25.8% de los estudiantes de la UNPHU dijo estar *de acuerdo*, el 50.6% dijo *no estar seguro* y el 23.6% *no estuvo de acuerdo*.

4.2. Análisis de los Resultados

Para el análisis de los resultados ya presentados, se procedió a seleccionar aquellas con mayor relevancia para el estudio, de manera que puedan resaltarse las informaciones puntuales pertinentes.

La importancia que adquiere hoy el consentimiento informado es invaluable, puesto que permite afianzar la relación psicólogo-paciente (en este caso, evaluador-estudiante). El consentimiento informado (todo a la luz de los antecedentes encontrados, aún no sean del país), consistió en mantener al corriente al estudiante a ser evaluado en relación al tipo de preguntas que se les presentaron como se destaca en las tablas de frecuencia simple anteriormente presentadas.

El tamaño de la muestra con la que se llevó a cabo el proceso de evaluación fue de 178 estudiantes con características similares, en específico, el ser estudiantes universitarios de ingeniería en sistemas, aunque de distintas universidades. De estos 178 estudiantes, no es extraño ver (dentro de las características sociodemográficas) que la mayor cantidad de la muestra se encontraban cursando su primer año de carrera (38.2%) y eran de hombres (87.6%), pues normalmente son estos los que tienden a estudiar esta carrera. En su mayoría son de nacionalidad dominicana (98.3%) y especialmente con edades bastante jóvenes que oscilan entre los 16 a 20 años de edad (64.6%). Ciertamente, a medida que avanzan las generaciones, las poblaciones estudiantiles universitarias, son cada vez más jóvenes.

Entrando en materia, al identificar la cantidad de conocimiento que poseían los estudiantes encuestados sobre la esquizofrenia, salió a relucir el escaso conocimiento que manejan sobre el tema, ya que tanto los estudiantes de la O&M como los de la UNPHU obtuvieron un porcentaje alto al indicar que no están seguros sobre el tema de la esquizofrenia. Al igual que la investigación que realizó Sobrino (Madrid, 2015), donde evaluó conocimientos, actitudes, opiniones y creencias sobre la enfermedad mental por parte de estudiantes, obtuvo resultados similares, encontrando que una gran parte de los evaluados no poseían un concepto claro de lo que provoca las enfermedades mentales (esquizofrenia). Por lo tanto, el hecho de que en este estudio la mayoría de los estudiantes hayan afirmado no estar seguros del conocimiento que poseen al respecto, los vuelve más propensos a asumir con facilidad comentarios y/o actitudes estigmatizantes que vengan de terceros.

Como seres humanos no estamos exentos a desarrollar alguna enfermedad mental y esto es una realidad que no se puede ignorar. Partiendo de esto, en los resultados se pudo observar una alta tendencia al autoritarismo, es decir, una tendencia a mantener creencias relacionadas a qué cosas, la población normal cree les son más “convenientes” a una persona con enfermedad mental (esquizofrenia), por parte de los estudiantes de la UNPHU (38.2%) al expresar que no creen que cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental como la esquizofrenia. Esto refleja que muchas veces la condición de ser “normales” o de no padecer ningún tipo de alteración mental, nos puede llevar a sentir aptos y con capacidad para decidir, en base a lo que creemos, qué sería más beneficioso para aquellos que son “diferentes a nosotros”. Deducimos que posiblemente esto puede verse alimentado por dos factores: el escaso conocimiento que tienen al respecto (desarrollado más adelante) y el miedo a lo desconocido (al temor a ser como ellos). No obstante, los estudiantes de la O&M (30.3%) se muestran en un absoluto desacuerdo, llevándolos a negar también esta premisa.

En cuanto a la característica principal que más predomina en la imagen social que perciben los estudiantes encuestados sobre las personas que tienen esquizofrenia, una de las que más se pudo evidenciar es la de lo “peligrosos” que pueden llegar a ser. Al comparar vemos que en su mayoría, los estudiantes de la O&M (31.5%) afirmaron creer que los esquizofrénicos son peligrosos, mientras que los estudiantes de la UNPHU con un 24.7% consideraron que no lo eran. Estos resultados confirman lo que plantearon Cazzaniga Pesenti y Suso Araico (2015) sobre que el principal estereotipo que se asocia con enfermedades mentales, es la violencia y/o la agresividad.

Por otro lado, otra de las características predominantes entre los estudiantes fue la pena (lástima), siendo esta la de mayor puntuación en ambas poblaciones cuando se les interrogó sobre qué sentimientos les provocan las personas con esquizofrenia. También, otra característica sobresaliente fue la inseguridad, que con un puntaje de 22.5% es la segunda característica más elegida entre los estudiantes de la O&M, no obstante, llamó mucho la atención que entre los estudiantes de la UNPHU (en la opción “otros”), expresaron que les hace sentir (citamos): “fascinación”, “enojo”, “nada”, “risa de la buena” y “tranquilidad”. No se profundizó más sobre las razones específicas de estos últimos por razones éticas.

Estas características son las que componen la imagen social basada en el estigma hacia personas que padecen esquizofrenia por parte de los estudiantes evaluados, lo que a su vez hace que se conviertan en la “identidad social” de estas personas, como una explicación

de las expectativas, actitudes y pensamientos que tienen ante estos de manera instantánea. Aquí se puede apreciar y confirmar lo que establece Romero (2010) cuando habla de que el mecanismo utilizado por la sociedad para establecer categorías y ubicar a las personas según los rasgos o atributos en común, es el que permite la formación de la “identidad social” del individuo, en específico de quien padece esquizofrenia.

En otro aspecto, al analizar los resultados arrojados por el cuestionario sobre conocimientos básicos de la esquizofrenia, se observó y se pudo confirmar que la mayoría de los estudiantes de la O&M asumen que la esquizofrenia es sinonimo de violencia. El temor que genera dicha concepción, a nivel conductual puede llevar a que las personas eviten a aquellos con alguna enfermedad mental, haciendo que estos experimenten la restricción social que les impide desenvolverse como cualquier otra persona. Esto se presenta nuevamente entre los estudiantes de la O&M, al indicar su mayoría (52.8%) no estar de acuerdo con que si una persona desea trabajar cuidando niños y tiene antecedentes psiquiátricos o psicológicos, no se le puede confiar los hijos. Deducimos que estos pueden basarse en la “peligrosidad” que para ellos implica la esquizofrenia, lo que confirma lo planteado por León Castro (2005) en su artículo *“Estigma y Enfermedad Mental: Un Punto De Vista Histórico-Social”* sobre que el peso del estigma hace que la persona se vea obligada, a la hora de buscar trabajo, a lidiar con que tiene que esconder activamente sus antecedentes psiquiátricos para así asegurar su inserción en el ámbito laboral y social. Estas restricciones sociales comprueban lo que dicen Dean y Lin (1977): a la falta de apoyo social, aumenta la vulnerabilidad de quien padece una enfermedad mental, dificultando la capacidad de estos para enfrentar los estresores ambientales.

No solamente es la condición de padecer esquizofrenia la que se ve envuelta por el estigma sino también los lugares creados con el fin de intervenirlos. Al pronunciar la palabra “centro de salud mental” o “psiquiátrico”, automáticamente suele relacionarse con el miedo, el temor y la inseguridad. Un aspecto que afecta a la comunidad de personas con trastornos mentales, es la falta de lugares accesibles para poder tratar sus necesidades psicológicas y psiquiátricas pero ¿existen preferencias a la hora de elegir lugares para la ubicación de estos?.

Al buscar conocer el impacto que genera la ubicación de los centros de salud mental, los resultados reflejan que los estudiantes de la UNPHU (43.8%), conciben a estos centros como factores que sí degradan el valor de la comunidad, sector o barrio y por consiguiente la de sus residentes (posible miedo a la estigma por asociación). Lo que deja

claro que ciertamente estos centros poseen un impacto negativo en la comunidad y por lo tanto, se comprueba lo que Campuzano (2005) expresó en su libro “Subjetividad y Cultura”: “las personas prefieren tener poca interacción con centros de salud mental y a la vez, prefieren que estos estén fuera de su comunidad”. Esto lo podemos ver en el qué tan retirados se encuentran la mayoría de estos centros. No es usual verlos con la facilidad con la que se ven los hospitales o clínicas.

Sobre las actitudes halladas, las más sobresalientes en este estudio fueron la de distanciamiento social, el miedo, la molestia, la perturbación y la vergüenza a ser asociados con alguien que padezca esquizofrenia. Aunque la tendencia a relacionar la esquizofrenia y a quienes lo padecen con la violencia y el peligro es mayor entre los estudiantes de la O&M, la preferencia a tener un distanciamiento social se apreció más claramente entre los estudiantes de la UNPHU al señalar que prefieren alejarse de las personas que tienen esquizofrenia en los ítems que evalúan este criterio. De la misma manera, señalaron sentir miedo a la hora de interrelacionarse con ellos (esto confirma su tendencia a mantener distancia en un entorno social). Sin embargo, los estudiantes de la O&M, por su parte, se mostraron un poco más flexibles al respecto. Esto ratifica lo que Babic (2010) explicó sobre cómo la esquizofrenia se ha mantenido en el público como una de las enfermedades que al mencionarse se asocia con sentimientos de incomodidad, miedo, prejuicio y distanciamiento.

En otro aspecto, al evaluar las opiniones sobre la familia y el estigma, se observa que ambas poblaciones expresaron no sentirse seguros de si se avergonzarían de tener algún miembro en su familia con esquizofrenia. Posiblemente esta inseguridad puede verse influenciada indirectamente por el miedo al qué dirán los demás, y esto lo corroboramos a través de lo que Werner y Givon (2008) enfatizaron, al decir que al estigma jugar un papel predominante en el núcleo familiar cuando uno de los miembros sufre de esquizofrenia o de alguna otra enfermedad mental, puede llevar a sus miembros a afrontar el estigma ocultando a los demás el diagnóstico por miedo a ser rechazados y estigmatizados.

Se pudo observar también, que a pesar de que la población encuestada general posee ciertas actitudes estigmatizantes hacia las personas con esquizofrenia, los estudiantes de la O&M (42.7%) presentan una alta tendencia a ser benevolentes con este tipo de personas al afirmar que realmente estos han sido, por mucho tiempo, objeto de burlas, mientras que los estudiantes del UNPHU (40.4%), aunque presentan casi igual porcentaje de benevolencia, en comparación con los anteriores, su tendencia a ser benevolentes es marcadamente menor y

esto se confirma mediante las diversas actitudes a estigmatizar presentadas anteriormente, en su mayoría. Ciertamente, se ha observado que la población de la O&M presenta mayor porcentaje a fácilmente sentir empatía y responsabilidad para con las personas que padecen esquizofrenia o algún otro trastorno mental. A pesar de que la diferencia de benevolencia entre ambas poblaciones no es tan diferida, los efectos que produce sí son muy significativos.

Otro punto importante es, que todo programa de concientización a la hora de crearse, debe tener en cuenta ciertas consideraciones específicas que vayan de acuerdo a los objetivos que le dirigirán, es por eso que a lo largo de esta investigación y de acuerdo a los resultados obtenidos pudimos observar una serie de puntos que asumimos como características (variables) puntuales, vitales para poder crear el programa de concientización dedicado a reducir el estigma hacia personas con esquizofrenia. Siempre recordando que un programa de concientización tiene como propósito principal crear conciencia de manera efectiva sobre un tema, en nuestro caso sobre la reducción de estigma hacia personas con esquizofrenia.

Entre las variables más importantes halladas y seleccionadas en base a los resultados obtenidos y cumpliendo con lo que Thorndicroft (2007) denomina sobre la triple dimensión a tomar en cuenta para crear intervenciones enfocadas a eliminar el estigma, están: el de enseñar objetivamente sobre lo que es la esquizofrenia, sobre las implicaciones que conlleva tenerla en un entorno que suele ser estigmatizante, proveer explicaciones claras sobre el estigma y los fuertes efectos que esta produce (vertiendo del conocimiento), y crear herramientas que permitan trabajar directamente al estigma en pos de su disminución (vertiendo emocional y conductual), guiándonos de lo que expresan Levine y Levine (2009) al decir que las personas con esquizofrenia necesitan (merecen y deben) sentir calidad humana como todo el mundo. Consideramos, que la mejor forma para asegurarnos de que esto pase es si se empieza a educar (sin necesidad de acusar) a las personas sobre la esquizofrenia, el estigma y sus efectos. Con este se busca demostrar lo que los investigadores Hamann, Cohen, Leucht, Busch y Kissling (2005) han determinado: que a personas con esquizofrenia al permitirle una participación activa, provocará mejoras en su autoestima y en su salud a nivel general.

Conclusión

El estigma afecta la vida de las personas que tienen esquizofrenia de forma evidente debido a que perturba varios sectores de sus vidas.

Para muchas personas estas condiciones resultan ser desconocidas y no toman en cuenta que las mismas pueden provocar en ellos sentimientos de vergüenza, aislamiento social y/o dificultades al momento de solicitar ayuda. La falta de información y los conceptos preconcebidos que se relacionan a la esquizofrenia lleva a que surjan mitos que afectan de manera negativa el tratamiento y las oportunidades de estas personas a integrarse socialmente.

Mediante la realización de este estudio y el análisis de resultados obtenidos gracias a la evaluación presencial realizada a los estudiantes de ingeniería en sistemas de la universidad Organización & Método (O&M) y la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), se concluye lo siguiente:

Ambas poblaciones consultadas muestran tener un nivel de estigma considerable. Este enunciado es avalado por varios de los diversos aspectos que fueron evaluados previamente, sin embargo solo nos interesa explicitar los aspectos que responden a las preguntas que fueron formuladas al principio de esta investigación, estos son, las principales actitudes que salieron a relucir mientras se llevaba a cabo este estudio, actitudes como el distanciamiento social, donde los estudiantes de la UNPHU indicaron el preferir no estar cerca de las personas que tienen esquizofrenia puntuando alto en los ítems que medían esta postura.

Otra de las actitudes que más relucieron mientras se analizaban los resultados fue la molestia o perturbación, en el enunciado en que se trataba la actitud antes dicha los estudiantes de la O&M expresaron el estar de acuerdo con un 36.0% de que les molestaría o perturbaría el tomar una clase con alguien que tiene esquizofrenia. El sentir miedo también fue una de las actitudes más relevantes, en los ítems que valoraban este criterio ambas poblaciones confirmaron que el hecho de interrelacionarse con las personas que tienen esquizofrenia les provocaba temor.

El bajo o escaso conocimiento sobre la enfermedad en cuestión, es uno de los aspectos que verifican el nivel de estigma que ambas poblaciones poseen, ambas universidades fueron encuestadas sobre conocimientos básicos de dicha enfermedad y en la mayoría de los resultados una gran parte de la población señaló el no estar seguro sobre el conocimiento que poseían.

Como tercer aspecto más predominante se tiene las características más sobresalientes en la imagen social que es percibida por los estudiantes consultados sobre las personas que tienen esquizofrenia, una de ellas es la peligrosidad, para estas poblaciones las personas con esquizofrenia suelen ser peligrosos, el hecho que ambas universidades los consideren como peligrosos confirma por qué en las actitudes como distanciamiento social y miedo tuvieron puntuaciones altas, es lógico que si piensas que algo o alguien es peligroso, las actitudes antes mencionadas son las que más saldrán a relucir en tu comportamiento hacia ellos.

Cabe resaltar que lo que buscábamos a la hora de evaluar las características más preeminentes era el identificar cómo los estudiantes consultados de ambas universidades veían o percibían a las personas diagnosticadas con esquizofrenia, con respuestas como peligrosos, sentimientos como pena e inseguridad, que son los que sienten los encuestados a la hora de ver o pensar en alguien con esquizofrenia, demuestra el hecho que la imagen social que tienen los encuestados hacia estos últimos no es muy afable.

Este estudio tiene como propósito principal el de comparar los resultados obtenidos de ambas universidades consultadas y a la vez el de determinar en cuál de las dos poblaciones el estigma hacia las personas con esquizofrenia es más predominante. Tras culminar el estudio se pudo evidenciar que, las actitudes estigmatizantes son más prominentes en los estudiantes pertenecientes a la Universidad Nacional Pedro Henriquez Ureña, no solo porque en la mayoría de los resultados sus porcentajes eran mayores a los de los estudiantes de la universidad Organización y Método, sino también, porque estos últimos evidenciaron el presentar una actitud más benevolente hacia los esquizofrénicos, ambas universidades demostraron sentir cierta benevolencia hacia los antes mencionados pero la O&M con un porcentaje de 42.7% señaló el estar más de acuerdo con uno de los enunciados que más valoran la postura benevolente que puede llegar a existir en ellos.

Como expresamos al principio, ambas poblaciones revelaron el poseer un notable nivel de estigma, es por esto que la creación del programa “Esquizofrenia Sin Estigmas” (ESE) se llevó a cabo, ya que consideramos que con los resultados que obtuvimos la implementación de un programa como este era necesario para que la reducción del estigma del que son objeto las personas con esquizofrenia pueda convertirse en una realidad.

Aprovechando la oportunidad creemos necesario el acentuar que la realización de este estudio abre las puertas a nuevas preguntas de investigación relacionadas con el estigma que viven continuamente nuestra población objeto de estudio, como a la vez da apertura a que otras personas interesadas en el tema realicen investigaciones y/o estudios sobre el estigma hacia otras enfermedades mentales. Si la realización de estas investigaciones se efectúa creemos que se podrá evidenciar más a fondo el estigma que existe en la población dominicana hacia las enfermedades mentales y si al mismo tiempo, se implementan programas como el que pudimos desarrollar gracias a este estudio la reducción del estigma existente será más esperanzador.

Recomendaciones

- **General**

Implementar un programa que cuente con técnicas e informaciones necesarias que ayuden a disminuir el estigma hacia las personas con esquizofrenia.

- **Psicológica**

Diseñar proyectos de investigación enfocados en los trastornos mentales más comunes en el país y de esta manera ampliar el programa “ESE” llegando a un mayor número de personas.

- **Temas a considerar para futuras investigaciones en torno al estigma y los trastornos mentales**

- *Determinar, según las variables sexo o edad (ya sea de manera independiente o juntas), qué tanto estigma existe en la sociedad dominicana hacia personas que padecen trastornos mentales en la República Dominicana (puede hacerse de manera general, así también como con algún trastorno mental específico).*
- *Conocer, desde la perspectiva de personas que padecen algún trastorno mental, cómo éstos perciben el estigma público por parte de la sociedad dominicana.*
- *Evaluar qué otras corrientes terapéuticas son factibles para trabajar y reducir el estigma en el entorno social, familiar, laboral y personal.*
- *Identificar qué tanto estigma existe en el entorno laboral dominicano (puede aplicarse también al entorno familiar y escolar) hacia compañeros que padecen algún trastorno mental.*

- **Institucional**

Crear mayores centros de atención de salud mental que sean accesible a toda la población que no cuente con un seguro médico y con los recursos económicos necesarios.

- **Científica**

Dar seguimiento a esta investigación, aplicada a otras poblaciones con distintas características de manera que puedan, en un futuro, compararse y determinar qué tanto ha cambiado o mejorado el estigma hacia personas con algún trastorno mental en la República Dominicana.

PROGRAMA DE CONCIENTIZACIÓN



Concepción:

En las afueras, en el día a día, existen muchos casos que involucran la forma en cómo asumimos la existencia de los trastornos mentales en las personas y cómo es nuestra primera reacción ante ello, y sin darnos cuenta (ya sea por ignorancia o falta de interés) podríamos ser parte del problema que de manera invisible puede causar consecuencias no deseadas en el proceso de recuperación, adaptación y reinserción (como parte del tratamiento) de personas con algún trastorno mental.

Estos diariamente deben enfrentarse a actitudes y comentarios poco agradables y desalentadores por el simple hecho de que el tema del estigma en nuestra sociedad, rara vez es tocado o manejado con la importancia que se merece. Pocas son las voces que se han levantado en defensa de estos, así que, ¿por qué no ser parte de ello, si es parte de nuestro trabajo?

Población Objetivo:

Jóvenes estudiantes universitarios, con edades que entre los 17 y 32 años. No obstante, está de igual forma dirigida a la población general (“normal”), sin distinción de sexo, edad ni clase social.

Objetivo General:

Ofrecer técnicas y herramientas basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), enfocadas en la disminución del estigma hacia personas que padecen esquizofrenia.

Objetivos Específicos:

- Ampliar el conocimiento en torno a la Esquizofrenia y sus implicaciones, proporcionando información puntual que permita la formación de una visión más clara sobre este trastorno.
- Exponer los datos de carácter estadísticos sobre el estado de la esquizofrenia y el estigma hacia la misma, en el país.
- Describir la estructura, el funcionamiento y las consecuencias del estigma (proceso de estigmatización) abarcando el ámbito personal, familiar y social, en personas que padecen esquizofrenia.
- Ofrecer técnicas y herramientas que podrían ser útiles para reducir el estigma.

Ejecución del programa:

El siguiente programa está realizado modalidad guía (aplicable a modalidad taller) y se encuentra dividido en dos partes, donde la primera se subdivide en cuatro fases:

1ERA PARTE

- **Fase 1:** Inicio y presentación, tanto de los participantes (parte expositora y público), como del programa; se procederá a exponer los objetivos (generales y específicos) del mismo y las posteriores fases a desarrollar.
- **Fase 2:** Desarrollo, por el expositor encargado, de la parte teórica dirigida a trabajar la flexibilidad cognitiva mediante respuestas a los temas en los que, como resultado de la investigación, se presentaron mayores dudas o manejo de informaciones incorrectas respecto a la esquizofrenia y el estigma. Previamente, aclarando los conceptos base que fomentan el programa.

- **Fase 3:** Presentación y enseñanza de técnicas y herramientas destinadas a la reducción adecuada del estigma hacia personas con esquizofrenia, utilizados en la Terapia de Aceptación y Compromiso para el manejo del estigma.
- **Fase 4:** Recapitulación de los contenidos desarrollados. Conclusión del programa e inicio del tiempo de preguntas por parte de los participantes. Cierre.

2DA PARTE

- **Fase 1:** Difusión de la modalidad guía de este programa a través de los medios electrónicos (redes sociales, blogs, páginas web), radiales, televisivos y prensa escrita para así obtener mayor alcance. Se obtendrá mediante solicitudes directas de publicación y participación a medios específicos de país.

Notas Importantes:

- *Todas las fases del programa serán desarrolladas bajo el enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), de manera creativa y didáctica, buscando así que facilite la estimulación a la reflexión en los valores (Referirse al Trabajo de Grado para saber cómo llevarlo a cabo).*
- *Cada tema desarrollado tendrá apoyo de herramientas audiovisuales (videos, presentaciones).*
- *Los participantes recibirán una copia del programa en modalidad guía para que sea más didáctico.*

1ERA PARTE

FASE 1:

- Inicio y presentación de los expositores.
- Presentación del programa.
- Explicación de los objetivos y actividades a realizar del programa.

FASE 2:

6. ***“¡De aquí pal’ 28!”: ¿Qué debo saber sobre la esquizofrenia y cómo puedo diferenciarla de las otras enfermedades mentales?***

- **Definición de la esquizofrenia:**

Según la Organización Mundial de la Salud (2016) la esquizofrenia es una enfermedad mental que se caracteriza por afectar el razonamiento, las percepciones y el comportamiento de quien la padece. Este trastorno afecta a más de 21 millones de personas alrededor del mundo, pero a la vez no está tan común como otros trastornos mentales. Se ha encontrado que la esquizofrenia puede afectar a la memoria y la concentración, no obstante se desconoce la causa concreta de la misma, se cree que procede de una combinación de factores ambientales y genéticos, la alteración de ciertas sustancias químicas y de la configuración misma del cerebro.

- **Desmintiendo mitos:**

- ***“Las personas diagnosticadas con esquizofrenia son violentas e impredecibles”***,

Este es uno de los mitos más conocidos y generalizados, la razón de esto es que los mismos medios de comunicación vinculan hechos violentos con este trastorno. Lo cierto es que no son más violentos que cualquier otra persona de la población general, cuando ellos sufren de algún brote psicótico (alucinaciones y/o delirios) tienden a aislarse, a tener miedo o a ser más vulnerables, convirtiéndose muchas veces en víctimas de violencia (Levine y Levine, 2009).

- ***“La esquizofrenia es contagiosa”***,

La esquizofrenia es hereditaria, quizás es por eso que se ha llegado a la creencia de que la misma es contagiosa, pero no lo es (Levine y Levine, 2009).

□ ***“Las personas con esquizofrenia no pueden trabajar”***,

Es posible para algunas personas con esquizofrenia el trabajar incluso presentando algunos de los síntomas. Incluso, es posible que el hecho de ir a trabajar reduzca la probabilidad de volver al hospital, puesto que, la relación con otras personas mejora notablemente su recuperación (Levine y Levine, 2009).

• **Trastornos que pueden parecerse a la esquizofrenia pero no lo son:**

□ ***Trastorno bipolar o trastorno depresivo mayor***

Tanto el trastorno depresivo mayor como el trastorno bipolar tienen propiedades psicóticas o catatónicas la presencia de ellos dependerá del vínculo provisional que exista entre la psicosis y la alteración de los estados del ánimo y que tan grave sean los síntomas maníacos o depresivos que el paciente esté experimentando en esos momentos. La forma de diferenciar estos trastornos de la esquizofrenia es que los síntomas psicóticos solamente se manifiestan mientras se experimentan episodios maníacos o depresión (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2014).

□ ***Trastorno esquizofreniforme y trastorno psicótico breve.***

Estos trastornos se caracterizan por tener básicamente síntomas iguales a los de la esquizofrenia (alucinaciones, delirios, comportamiento desorganizado) pero su duración es menor, para una persona poder ser diagnosticada con esquizofrenia debe de haber experimentados durante más de 6 meses síntomas positivos (delirios, habla desorganizada, entre otros) o psicóticos, si no cumple con este criterio es posible que tenga uno de los trastornos antes mencionados ya que los mismos tienden a durar menos de 6 meses (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2014).

□ ***Trastorno delirante***

La principal característica de este trastorno es la presencia de delirios de grandeza, persecutorios, somático o erotomaniaco, se distingue de la esquizofrenia en que no presenta alucinaciones, habla desorganizada u otros síntomas particulares de la misma (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2014).

- **Tratamientos:**

Como forma de tratamiento para la esquizofrenia se utiliza principalmente la farmacoterapia y el apoyo psicosocial ya que se ha demostrado que ambos han sido los más eficaces a la hora de mejorar la recuperación del paciente (Organización Mundial de la Salud, 2016).

A la vez se tiene evidencias contundentes de que en la antigüedad los hospitales psiquiátricos no eran eficaces a la hora de facilitar los tratamientos que requerían estos pacientes y al mismo tiempo violentaron los derechos humanos básicos de estas personas. Es por esto que la OMS apoya al cien por ciento el traslado de los centros de salud mental hacia las comunidades ya que, como lo indica en su nota descriptiva publicada en el 2016, un mayor contacto con los familiares y personas allegadas amplía mucho las posibilidades de recuperación (Organización Mundial de la Salud, 2016).

7. La realidad en números: ¿Qué dicen las estadísticas acerca de la estigmatización hacia personas con esquizofrenia?

- **Estadísticas sobre personas con esquizofrenia en la República Dominicana:**

Más específicamente, en un reporte total realizado en la República Dominicana por el Ministerio de Salud Pública en el año 2012, demostró que existe un total de 148,868 pacientes en salud mental, de los cuales 45,818 son pacientes que han recibido consulta por primera vez y 103,050 son pacientes subsecuentes. Del total de pacientes antes mencionados 80,000 de ellos son personas diagnosticadas con esquizofrenia (Shiffino et al., 2012).

- **Resultados puntuales de la investigación: “Estudio comparativo sobre el nivel del posible estigma entre los estudiantes de Ingeniería en Sistemas de la UNPHU y la O&M hacia personas con esquizofrenia”:**

El estudio comparativo sobre el posible estigma hacia personas con esquizofrenia entre los estudiantes de ingeniería en sistemas de la Universidad Dominicana Organización y Método (O&M) y la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) en santo domingo, se realizó con el propósito de evaluar y comparar, el posible estigma que pueda existir entre estas dos poblaciones hacia las personas con esquizofrenia, para ello fueron evaluados 178 estudiantes.

Los resultados arrojaron la existencia de un nivel de estigma considerable al que debe prestársele atención. La mayoría de los estudiantes evaluados desconocían lo que es la esquizofrenia, el escaso conocimiento o la falta del mismo puede llevar a las creencias erróneas hacia algo o alguien. Entre las actitudes estigmatizantes que más predominaron entre ellos están: mantener distancia en ámbitos sociales, sentimientos de molestia o perturbación al estar cerca de alguien con esquizofrenia, miedo, entre otros. Los estudiantes expresaron que una de las características que forma la imagen social de estas personas es la peligrosidad. Estos, además, expresaron que tienden a percibir a alguien con esquizofrenia, con pena, inseguridad.

8. *El poder del fantasma de las Etiquetas: lo que es capaz de hacer el estigma.*

- **Definición y tipos de estigma (componentes del estigma):**

El estigma se define (Morovkoff, s.f.), como aquellas actitudes y creencias que llevan a las personas a despreciar, evitar y a temer a otros que son percibidos como diferentes. En un inicio, cuando se hablaba de estigma no era asumido como etiquetas negativas hacia alguien, ya entonces con su traducción al Latín fue que se convirtió en una etiqueta que infería vergüenza, degradación o distinguía una condición social inferior.

Los tipos de estigma han podido identificarse gracias al trabajo realizado por Muñoz, Santos, Crespo y Guillén (2009) con su estudio “estigma y Enfermedad Mental”, la clasificación de estos se hace partiendo de aquellos que estigmatizan y estos son:

- **El estigma público:** este proviene directamente de personas de la comunidad, el trabajo, la escuela, la universidad, el parque, entre otros.
- **El estigma estructural:** es aquel proveniente específicamente de instituciones, políticas públicas, entre otros.
- **El autoestigma:** aunque parezca extraño, la persona que es estigmatizada al asumir y creer los estereotipos y prejuicios que se le atañe, es capaz de estigmatizarse a sí mismo.
- **El estigma familiar:** por difícil que se escuche, los familiares o cuidadores también tienden a estigmatizar a su pariente con alguna enfermedad mental.

9. “¡Loco: la gran palabra incorrecta!” (Cómo afecta el estigma):

○ *El papel de la sociedad*

Las enfermedades mentales, en los tiempos del Renacimiento (Goffman, 1963), se han visto marcadas por un sin número de concepciones que van desde lo mágico y religioso, ya sea atribuyéndoles un origen. Era común que a las personas con enfermedades mentales o “locos” eran concebidos como animales que deben ser domados por su exceso de libertad utilizando la fuerza, latigazos y palizas (Cazzaniga Pesenti y Suso Araico, 2015).

Al andar por las calles y encontrarse con hombres y mujeres deambulando (Faxas, 2014), es parte de las consecuencias que genera el estigma, la discriminación y la falta de atención a los trastornos mentales por falta de entidades que pueden aportar una importante ayuda social a favor de estos. Específicamente en nuestro país, se viven realidades como las que subraya lo que psiquiatra dominicano Secundino Palacios atestigua: “*En República Dominicana hay cientos de pacientes amarrados en el patio de las casas de los barrios, encerrados en cuartitos, con cadenas, como resultado de esa situación...*” (p.3). No olvidemos que todos podemos padecer una enfermedad mental y ser víctimas de la ignorancia (Reyna, 2015).

○ *Cómo afecta el estigma a personas con esquizofrenia*

Con el trastorno mental, cuando la persona recibe el “diagnóstico” (Cazzaniga Pesenti y Suso Araico, 2015), todas sus experiencias comenzarán a tener un nuevo significado desde la lente de la “locura” y tendrán que enfrentar la Doble Dificultad, ¿qué implica? Por un lado, el experimentar los síntomas propios de su trastorno y por otro lado, al mismo tiempo, hacer frente a los efectos que les produce ser estigmatizados por su condición de salud mental.

Comentarios como: “*estigma es cómo nos ven: nos marcan*”, “*A mí me dijo una chica que la gente decía: ¿cómo puedes andar con una loca como esta?*”, “*La gente es muy ignorante en el siglo XXI: por el simple hecho de tener una enfermedad mental dicen que estás loco, o que eres un asesino o un delincuente*”, “*Cuando dices que vas al psicólogo y psiquiatra la gente te mira mal*”, son representaciones de lo que viven en carne propia cuando enfrentan el estigma (FEDEAFES, 2013).

A una persona con esquizofrenia (Runte Geidel, 2005) el estigma afecta su vida de forma amplia, desestabilizando las relaciones sociales que ha establecido, la posibilidad de entablar una relación amorosa (testimonio: “*Yo en mi vida apenas he tenido relaciones con*

chicas, y creo que es por la enfermedad. La chica sale corriendo si le sueltas de primeras que eres esquizofrénico. Me han dicho, de momento miente y cuando la relación está asentada, le dices la verdad”), las posibilidades de mantener u obtener algún empleo, de estudiar e internamente, deteriora significativamente su autoestima, su valía personal y genera una ruptura de su proyecto de vida personal y familiar.

En un estudio realizado por Angermeyer y Matschinger en 2003, para conocer la medida en que la población deseaba distanciarse socialmente de personas con esquizofrenia, pudieron ver que quienes mostraban un mayor deseo de distanciamiento social, solían culpabilizar a la persona por desarrollar esquizofrenia, apoyándose en la creencia de que las personas con enfermedad mental son impredecibles y peligrosas.

10. Como afecta a la familia

Aunque parezca extraño, las familias sí se convierten en víctimas del estigma, fenómeno conocido como: “estigma por Asociación” (Mehta y Farina, 1988). Este subtipo de estigma hace que, muchas veces, las familias no adquieran las medidas necesarias para enfrentar la enfermedad mental por el miedo a la vergüenza pública (estigma público) y ante todo, a las reacciones de familiares lejanos, amigos y vecinos. Este temor es capaz de ocasionar graves problemas en las relaciones familiares (autoestigma: la familia se asume como culpable de la enfermedad) y de disminuir o anular todo contacto social externo de estos, solo para mantener el problema de salud mental en secreto.

En los Estados Unidos se llevó a cabo un estudio por Wahl y Harman (1989) donde entrevistaron a 487 familiares de personas con enfermedad mental para conocer sus opiniones sobre el estigma. Estos encontraron que los familiares veían como fuentes principales de estigma el uso de las palabras “locos” o “psicópatas” para referirse, en broma, a quienes padecen algún trastorno mental y el uso en las películas de asesinos mentalmente enfermos.

También, opiniones como (cita literal): “*¿Por qué voy a decir a mis amigos y a mi familia que mi hijo tiene una enfermedad mental?: con esto sólo voy a conseguir que ya no le miren como antes*”, “*La gente, cuando se entera de que tiene enfermedad mental ya dice: no vayas con ese porque tal o cual*” y “*El resto de la gente no nos ve como personas, su mirada y comportamiento están condicionados, viendo la enfermedad mental antes que a la persona*”, son más pruebas de lo que viven los familiares al enfrentar el estigma por asociación (FEDEAFES, 2013).

11. Cómo saber cuándo estamos estigmatizando:

En la esquizofrenia existen muros sutiles e invisibles, difíciles de romper, en forma de creencias y actitudes degradantes (Merlo, s.f.). Por simple que pueda verse, el hecho de que la población rechaza a los enfermos mentales se convierte en un obstáculo clave que impide la rehabilitación de estas personas.

Link y Phelan (2001), son investigadores sociales que explican la palabra estigma a través de lo que denominaron como: “Proceso de estigmatización”, este permite conocer cómo y cuándo estamos estigmatizando abarcando cinco momentos:

1. *Identificación o etiquetado a un conjunto de personas.*
2. *Surgimiento de los estereotipos que nos dividen en: “nosotros” y “ellos”.*
3. *Se genera una distancia social basada en prejuicios existentes respecto a “ellos”.*
4. *La persona o grupo estigmatizado que no es considerada parte del “nosotros” comienza a perder su estatus social y a ser objeto de discriminación, produciéndose una desigualdad social.*
5. *El conjunto de estos sucesos se apoyan en la existencia de una situación desigual de poder político, económico y social (Cazzaniga Pesenti y Suso Araico, 2015).*

Las consecuencias que producen las actitudes discriminatorias (Cazzaniga Pesenti y Suso Araico, 2015) que abarcan el Proceso de estigmatización, se dividen en:

- **Objetivas (directas o indirectas):** implican conductas de rechazo, menosprecio y distancia social de la población general que impiden el ejercicio de la ciudadanía plena de las personas que sufre el estigma.
- **Subjetivas:** llevan a que quienes sufren el estigma interiorice los estereotipos y prejuicios generalizados, convirtiéndose en cargas que interfieren negativamente en la creencia del valor propio, disminuye las esperanzas de mejoramiento y pueden llevarles a desertar del tratamiento que esté llevando.

12. *“Temo que no me consideren una persona normal... cuando sí lo soy”*: Testimonio de alguien con esquizofrenia que ha sufrido de estigma:

Runte Geidel (2005) hizo una investigación para conocer sobre el estigma hacia la esquizofrenia desde las opiniones de quienes la padecen. Como resultado, ellos afirmaron sentirse: personas inseguras, inferiores y ante todo alejadas de lo que la sociedad vende como “normalidad”. Explican que debido a eso, evitan el contacto social porque les ratifica esos sentimientos. Además, expresaron darse cuenta fácilmente de los cambios de actitud de las personas hacia ellos al descubrir que tienen esquizofrenia.

Una cosa es conocer el estigma desde la perspectiva de la población general hacia las personas con esquizofrenia y otra cosa es, conocer sobre el estigma desde el ojo de quien padece este trastorno. A continuación presentamos una extracción del artículo “La cara oculta de la esquizofrenia” realizado por Laura Tardón (2015), donde narra historia de J.A., quien padece del trastorno esquizoafectivo y se ve enfrentado al estigma:

J.A. prefiere ocultar su rostro. «Temo miradas extrañas, tener que empezar otra vez desde el principio y que no me consideren una persona normal, cuando sí lo soy». Hace más de 30 años, su médico le transmitió un diagnóstico disfrazado. En lugar de hablarle de síndrome esquizoafectivo, le decía que tenía depresión endógena con matices psicóticos. «El médico y mi familia me tenían engañado. No querían que supiera lo que tenía. Intentaban protegerme». Fue una década después cuando sus hermanos le transmitieron la noticia. «Me aterroricé. Creí que estaba loco»... «Como digas que tienes esta enfermedad, no entras en ningún sitio, sufres burlas y, además, nadie se cree tu recuperación»... «Siempre he luchado por salir adelante y tener una vida normal». (Tardón, 2015, p.2, 5).

13. *“¿Cómo puedo ser parte de la solución?”*: Técnicas que permitirán el manejo adecuado de la estigmatización hacia una persona con esquizofrenia:

A continuación, se estará desarrollando cuáles técnicas basadas en la ACT permiten una mayor y mejor comprensión del estigma en pacientes con esquizofrenia. Fomentando y estimulando la empatía, la expresión emocional, la reflexión, entre otros. Para dar inicio, se presentan e introducen las técnicas de intervención y luego son expuestas de manera didáctica buscando la participación activa de los asistentes.

- **Cómo disminuir el estigma a través de la Terapia de Aceptación y Compromiso:**

- **La metáfora:** como parte de la realización de este programa se estará utilizando la “*Metáfora del Vecino Indeseable*”, con la que se busca generar la flexibilidad psicológica entre los participantes.

Metáfora del Vecino Indeseable

- **Puntos a tomar en cuenta:** en esta metáfora el vecino indeseable es comparado con los pensamientos y emociones negativas o desagradables (en este caso, será comparado con una persona que padece esquizofrenia), y la fiesta que realiza el inquilino en su hogar, es comparado con las cosas la vida nos entrega con el fin disfrutarlas.

Inicio:

Se le pide a los presentes que imaginen que están realizando una fiesta en su casa e inesperadamente, aparece aquel vecino tan extraño, indeseable y loco con las intenciones de entrar a la fiesta. Con el fin de solucionarlo, el anfitrión opta por mantenerse fijo, pendiente de la puerta para evitar que el vecino indeseable entre, pero esa alternativa está haciendo que el anfitrión se pierda su fiesta, no obstante ¿qué más podría hacer?. Luego de pasado un tiempo el anfitrión no tiene más que dejar pasar al vecino, y a pesar de que su presencia no le agrada, se pudo dar cuenta de que no era tan malo como creía y al ver esto, ya sí podrá disfrutar de la fiesta sin tener que estar fijo en la puerta.

A través de esta metáfora (Molina, 2017), se busca hacer ver que al final las percepciones negativas que tenemos en torno a personas a las que no nos gustan, nos vuelven egoístas y genera una ceguera emocional y mental que nos inhibe de crecer y expandir nuestro círculo social. Además nos invita a que sepamos dar segundas oportunidades, a que dejemos pasar a esas personas y aceptar que aunque no nos guste, son humanos y poseen los mismos derechos de disfrutar de las cosas que la vida nos regala.

- **Las paradojas (Ejercicios Experienciales):** son utilizadas con el fin de mostrar el efecto paradójico y la dificultad que se genera cuando se intenta eliminar elementos privados (pensamientos y sentimientos) en torno a un tema.

Normalmente, con esta técnica se les muestra aquellos resultados contrarios que suelen generarse, como se puede apreciar a través de el ejercicio: “*Pastel de Chocolate*”.

Es muy normal que la mayoría de las personas digan (cuando se les menciona la frase “*Pastel de Chocolate*”) que son incapaces de eliminar de sus pensamientos el pastel de chocolate. Lo mismo se puede decir que ocurre con el estigma, al mencionarle la frase “persona con esquizofrenia”, se les hará difícil no pensar en cosas buenas al respecto.

Inicio:

- Se le indica a los presentes, imaginar que ahora se le dice que no quieres que piensen en una cosa y ahí mismo se debe decir:

“De hecho, se los voy a decir enseguida y cuando se los diga, no piensen en eso ni un solo segundo. Aquí Viene...”, recordándoles que no deben pensar en lo que se les va a decir, se procede y se dice: “No pienses en... ¡Un pastel de chocolate calentito!”, se les motiva a imaginar las características del mismo diciendo: “Ya sabes como huele, recién salido del horno...”, luego se les vuelve a decir: “¡No pienses en eso!”, se continúa describiendo las características y sensaciones que generan el bizcocho de chocolate: “El sabor del glaseado de chocolate cuando le das el primer mordisco, lo esponjoso y chocolatoso...” para luego volverles a decir: “¡No pienses en eso!”.

- Se pueden seguir haciendo más descripciones hasta donde el expositor lo vea concerniente, teniendo siempre presente que es muy importante decirles después: “¡No pienses en eso!” (C. Hayes).
- Luego se procede a motivar a los participantes, mediante el “*Ejercicio del Observador*”, a la empatía haciéndoles ver las similitudes que existen entre sus reacciones (así como reaccionaron ante el pastel de chocolate) ante personas que padezcan esquizofrenia y sus reacciones ante sus batallas internas (sus debilidades, disgustos consigo mismos, etc.).
- Se les pide a los presentes que intenten mostrar aceptación primero, hacia sí mismos y luego, hacia personas que padecen esquizofrenia (o algún otro trastorno mental).

El “*Ejercicio del Observador*” no solo permite que las personas puedan aprender sobre los procesos psicológicos que involucra la aceptación y distanciamiento del estigma hacia otros sino también que se les enseña este proceso pero hacia ellos mismos (autoestigma).

Al terminar este ejercicio, es la oportunidad del expositor para promover y mostrar a los presentes el peso de los valores personales y la importancia del compromiso a actuar de manera adecuada basados en esos valores. ¿Por qué enfocarse en los valores personales? porque estos se atribuyen a las características (ya sea física o psicológica) del objeto, en nuestro caso de la persona que padece esquizofrenia, en un contexto social, de manera que se obtienen actitudes y comportamientos modificados en virtud de estas atribuciones hacia estos. Para la ACT, el valor es: “una cualidad que confiere a las cosas, hechos o personas una estimación, ya sea positiva o negativa” (Alcácer, 2016, p.57).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, K. M. et al. (1996). Enhancement of the prolactin response to d-fenfluramine in drug-naïve schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 168, 57-60.
- Abrahao, A. L. et al. (2005). Childhood meningitis increases the risk for adult schizophrenia. *World Journal of Biological Psychiatry*, 6 Suppl 2, 44- 48.
- Alcácer, A. (2016). *Guía Completa: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Barcelona.
- Angell, B., Cooke, A., y Kovac, K. (2005). First person accounts of stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (Vol. 69-98). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Angermeyer, M.C; Beck, M.; and Matschinger, H. (2003). Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48:663-668.
- Angermeyer, M. C., y Matschinger, H. (2004). *The Stereotype of Schizophrenia and Its Impact on Discrimination Against People With Schizophrenia: Results From a Representative Survey in Germany* (4 ed., Vol. 30). Leipzig, Germany.
- Arieti, S. (1994). *Interpretation of schizophrenia*. 1st ed. Northvale, N.J [u.a.]: Aronson.
- Arch, J. y Craske, M.(2008) “Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for anxiety disorders: different treatments, similar mechanisms?”. *Clinical Psychology: Science and Practice* 15. 263-279.
- Ashe, P. C. et al. (2001). Schizophrenia, a neurodegenerative disorder with neurodevelopmental antecedents. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 25, 691-707.
- Baum, W. (1994) *Understanding behaviorism. Science, behavior, and culture*. New York: HarperCollins College Publishers.
- Babic, D. (2010). Stigma and Mental Illness. *Materia Socio Médica*, 22(1).
- Ban, T. A. et al. (1982). Psychopharmacology and Leonhard's classification of chronic schizophrenias. *International Pharmacopsychiatry*, 17, 153-162.
- Bembenek, A. (2005). [Seasonality of birth in schizophrenia patients. Literature review]. *Psychiatric rehabilitation in Poland*, 39, 259-270.
- Berman, M.(2009); Boutelle, K. y Crow, S. “A case series investigating Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa”. *European Eating Disorders Review* 17 (6): 426-434.
- Bleuler, E., 1912a, *The Theory of Schizophrenic Negativism*. Nervous and Mental Disease Monograph Series No. 11. New York.
- Bleuler, 1912b, *Affectivity, Suggestibility, Paranoia*. Utica, N.Y.: State Hospital Press.

- Bleuler,, 1913a, "Autistic Thinking." *American Journal of Insanity*, 69:873.
- Bleuler, 1913b, "Kritik der Freudschen Theorien." *Allg. Z. Psychiatrie*, 70:665-718.
- 1950 (originally in German, 1911), *Dementia Praecox on the Group of Schizophrenias*.
- Bless, H. y Schwarz, N. (1998). Context effects in political judgement: Assimilation and contrast as a function of categorization processes. *European Journal of Social Psychology*, 28, 159-172.
- Bramon, E. et al. (2004). Meta-analysis of the P300 and P50 waveforms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 70, 315-329.
- Brown, G., Birley, J. y Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Brown, A. S. (2006). Prenatal infection as a risk factor for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 200-202.
- Brown, A. S. et al. (2001). A.E. Bennett Research Award. Prenatal rubella, premorbid abnormalities, and adult schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 49, 473-486.
- Buka, S. L. et al. (2008). Maternal exposure to herpes simplex virus and risk of psychosis among adult offspring. *Biological Psychiatry*, 63, 809- 815.
- Byrne, M. et al. (2003). Parental age and risk of schizophrenia: a case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 673-678.
- Bäckström, M. y Björklund, F. (2007). Structural modeling of generalized prejudice: The role of social dominance, authoritarianism, and empathy. *Journal of Individual Differences*, 28, 10-17.
- Campanella, S. y Guerit, J. M. (2009). How clinical neurophysiology may contribute to the understanding of a psychiatric disease such as schizophrenia. *Neurophysiologie Clinique*, 39, 31-39.
- Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2005 Nov;50(13 Suppl 1):7S-57S.
- Cangas, A. J., y Navarro, N. (2012). 1er Congreso Nacional de Sensibilización Al estigma Social en Salud Mental. (pág. 129). Almería: Alborán Editores.
- Cardno, A. G. y Gottesman, I. I. (2000). Twin studies of schizophrenia: from bow-and-arrow concordances to star wars Mx and functional genomics. *American Journal of Medical Genetics*, 97, 12-17.
- Carlsson, A. y Lindqvist, M. (1963). Effect of chlorpromazine or haloperidol on formation of 3-methoxytyramine and normetanephrine in mouse brain. *Acta Pharmacologica et Toxicologica (Copenh)*, 20, 140-144.

- Contreras, D. and Catena, A. (2008). Funciones de la corteza prefrontal ventromedial en la toma de decisiones emocionales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), pp.285-313.
- Coyle, J. T. (2006). Glutamate and schizophrenia: beyond the dopamine hypothesis. *Cellular and Molecular Neurobiology*, 26, 365-384.
- Cohen, J., y Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64, 349-360.
- Cropley, V. L. et al. (2006). Molecular imaging of the dopaminergic system and its association with human cognitive function. *Biological Psychiatry*, 59, 898-907.
- Cazzaniga Pesenti, J., y Suso Araico, A. (2015). Estudio: “Salud mental e Inclusión Social. Situación Actual Y Recomendaciones Contra El estigma”. Confederación Salud Mental España, Madrid.
- Dean, N. y Lin, N. (1977). The stress-buffering role of social support. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, 403-416.
- Ertugrul, A. y Ulug, B. (2004). Perception of stigma among patients with schizophrenia *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 39, 1,73-77.
- Feixa Baqué, E. (2003). El conocimiento de sí mismo desde la óptica conductista. *Psicothema*, 15(1), 1-5.
- Feuchtersleben, E., Babington, B. and Lloyd, H. (1995). *The principles of medical psychology*. New York: Classics of Psychiatry y Behavioral Sciences Library.
- Forsyth, J. P., y Eifert, G. H. (2008). *The Mindfulness y Acceptance Workbook for Anxiety: A guide to breaking free from anxiety, phobias, and worry using Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger
- Freud, S., 1894, “The Defence Neuro-Psychoses.” *Neurologisches Zentralblatt*, vols. 10, 11. Reprinted in *Collected Papers*, vol. 1, pp. 59-75.
- Gaudiano, B. (2009). “Evaluating Acceptance and Commitment Therapy: an analysis of a recent critique”. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* 5 (3-4): 311-329.
- García M. y Arango C. (2010). Neuroimagen y Neurofisiología de la Esquizofrenia. In J Vallejo y C.Leal (Eds.), *Tratado de Psiquiatría* (pp. 1029- 1044). Barcelona: Ars Médica.
- Grace, A. A. (1991). Phasic versus tonic dopamine release and the modulation of dopamine system responsivity: a hypothesis for the etiology of schizophrenia. *Neuroscience*, 41, 1-24.
- Grace, A. A. (1993). Cortical regulation of subcortical dopamine systems and its possible relevance to schizophrenia. *Journal of Neural Transmission. General Section*, 91, 111-134.
- Geddes, J. R. et al. (1999). Schizophrenia and complications of pregnancy and labor: an individual patient data meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 413-423.

Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry*. 2004 Feb;161(2 Suppl):1-56.

Guimón, J. (2004). La discriminación de los pacientes mentales: Un reto para los Derechos Humanos (Vol. XXVIII). Bilbao, España: Publicaciones de la Universidad de Deusto.

Goffman, E. (1963), *Stigma: Notes On The Management Of Spoiled Identity*, Prentice-Hall. (Edición En Español: estigma. La Identidad Deteriorada, Amorrortu, Buenos Aires, 2003).

Gaebel W., Jänner M., Frommann N., Pietzcker A., Köpcke W., Linden M., et al. (2002) First vs multiple episode schizophrenia: two-year outcome of intermittent and maintenance medication strategies. *Schizophr Res* 53: 145–159.

Gallardo, J. (2011), “El análisis de la enfermedad mental en las noticias de internet”, en *Ámbitos*, nº 20. Enlace: Gallardo (2011): El análisis de la enfermedad mental en las noticias de internet.

García Galindo, J. T., Muñoz Martínez, R., Ferrer-García, M., y Tous Ral, J. M. (2012). La ansiedad como estigma: el estereotipo de la persona ansiosa en la población clínica, sanitaria y general. *Anuario de psicología*, 42(1).

García, J. M., y Pérez, M. (2001). ACT como tratamiento de los síntomas psicóticos. El caso de las alucinaciones auditivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 455-472.

Galinsky, A. D., y Moskowitz, G. B. (2000). Perspective-taking: Decreasing stereotype expression, stereotype accessibility, and ingroup favoritism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 708–724.

Guimón, J. (2004). La discriminación de los pacientes mentales: Un reto para los Derechos Humanos (Vol. XXVIII). Bilbao, España: Publicaciones de la Universidad de Deusto.

Greenwald, A. G., Poehlman, T. A., Uhlmann, E. L., y Banaji, M. R. (2009). Understanding and using the Implicit Association Test: III. Meta-analysis of predictive validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(1), 17-41.

Hayes, S.; Barnes-Homes, D. y Roche, B. (2001). *Relational frame theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Hales, R.E. Yudofsky, S.C. (2005): *Fundamentos de psiquiatría clínica*. Ed. Masson, 2a ed.

Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35, 639-665.

Heston, L. L. (1966). Psychiatric disorders in foster home reared children of schizophrenic mothers. *British Journal of Psychiatry*, 112, 819-825.

Hillert, A., Sandmann, J., Ehmig, S., Wisbecker, H., Kepplinger, H. M., y Benkert, O. (1999). The General Public's Cognitive and Emotional Perception of Mental Illnesses: An Alternative to Attitudes Research. In J. Guimón y W. Fischer y N. Sartorius (Eds.), *The Image of Madness*. Basel: Karger.

Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R. y Kissling, W. (2005). Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *Am J. Psychiatry*, 162(12), 2382-4.

Hogg, M. A., Turner, J. C., y Davidson, B. (1990). Polarized norms and social frames of reference: A test of the self-categorization theory of group polarization. *Basic and Applied Social Psychology*, 11, 77-100.

Hillert, A., Sandmann, J., Ehlig, S., Wisbecker, H., Kepplinger, H. M., y Benkert, O. (1999). The General Public's Cognitive And Emotional Perception Of Mental Illnesses: An Alternative To Attitudes Research. In J. Guimón y W. Fischer y N. Sartorius (Eds.), *The Image Of Madness*. Basel: Karger.

Hogg, M. A., Siegel, J. T., y Hohman, Z. P. (2011). Groups can jeopardize your health: Identifying with unhealthy groups to reduce self-uncertainty. *Self and Identity*, 10, 326-335.

Hofmann, S. (2008). "Acceptance and Commitment Therapy: new wave or morita therapy?". *Clinical Psychology: Science and Practice* 15. 280-285.

Hultman, C. M. et al. (1999). Prenatal and perinatal risk factors for schizophrenia, affective psychosis, and reactive psychosis of early onset: case-control study. *British Medical Journal* , 318, 421-426.

Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., Fisher, G., et. al. (2004). The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy*, 35(4), 821-835.

Ituarte, A (1992). *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Siglo XXI de Espana. Madrid.

Javitt, D. C. y Coyle, J. T. (2004). Decoding schizophrenia. *Scientific American*, 290, 48-55.

Javitt, D. C. y Zukin, S. R. (1991). Recent advances in the phencyclidine model of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1301-1308.

Jyothi, D. N., Bollu, M., Ali, S. F., Chaitanya, D. S., y Mounika, S. (2015). A Questionnaire Survey on Student's Attitudes towards Individuals with Mental Illness. *J. Pharm. Sci. y Res.*

Jung, C. G., 1917, "The Content of the Psychoses." In *Collected Papers on Analytical Psychology*. London: Tindall y Cox, 1917.

Jung, C. G., 1920, "A Contribution to the Study of Psychological Types." In *Collected Papers on Analytical Psychology*. London: Bailliere, Tindall y Cox.

Jung, C. G., 1936 (originally 1903), *The Psychology of Dementia Praecox*. Nervous and Mental Disease Monograph Series No. 3. New York.

Jung, C. G., 1921, *Psychology of the Unconscious*. Translated by B. M. Hinkle. New York: Moffat, Yard.

Kallmann, F. J. (1994). The genetic theory of schizophrenia. An analysis of 691 schizophrenic twin index families. 1946. *American Journal of Psychiatry*, 151, 188-198

Kapur, S. y Remington, G. (1996). Serotonin-dopamine interaction and its relevance to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 466-476.

Kelly, B. D. et al. (2010). Schizophrenia and the city: A review of literature and prospective study of psychosis and urbanicity in Ireland. *Schizophrenia Research*, 116, 75-89.

Kendler, K. S. (1983). Overview: a current perspective on twin studies of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1413-1425.

Keshavan, M. S. et al. (2008). Schizophrenia, “just the facts”: what we know in 2008 Part 3: neurobiology. *Schizophrenia Research*, 106, 89-107.

Kety, S. S. (1983). Mental illness in the biological and adoptive relatives of schizophrenic adoptees: findings relevant to genetic and environmental factors in etiology. *American Journal of Psychiatry*, 140, 720-727.

Kety, S. S. (1976). Studies designed to disentangle genetic and environmental variables in schizophrenia: some epistemological questions and answers. *American Journal of Psychiatry*, 133, 1134-1137.

Kraepelin, E., 1919, *Dementia Praecox and Paraphrenia*. From 8th German ed. Edinburgh: Livingston. Translated by J. Zinkin. New York: International Universities Press. 1924, *Textbook of Psychiatry*. Translated by A. A. Brill. New York: Macmillan.

Kringlen, E. (1976). Twins-still our best method. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 429-433.

Laruelle, M. et al. (2003). Glutamate, dopamine, and schizophrenia: from pathophysiology to treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1003, 138-158.

Lazaro, A. (1986): *Orientación y educación especial*. Anaya, Madrid.

Levine, J. y Levine, I. (2009). *Schizophrenia for dummies*. 1er ed. Hoboken, N.J.: Wiley Pub.

Lewis, D. A. y Levitt, P. (2002). Schizophrenia as a disorder of neurodevelopment. *Annual Review of Neuroscience*, 25, 409-432.

Levy, S. R., Stroessner, S. J., y Dweck, C. S. (1998). Stereotype formation and endorsement: The role of implicit theories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1421-1436

Lieberman, J. A. et al. (1987). Provocative tests with psychostimulant drugs in schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)*, 91, 415-433.

Lieberman, J.A. y cols. Efectividad de los antipsicóticos en los pacientes con esquizofrenia crónica. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 353 NO.12, 1209-1224. sep 2005.

Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection (Vol. 52). American Sociological Association.

Lopez-Castroman J et al. (2010). Differences in maternal and paternal age between schizophrenia and other psychiatric disorders. *Schizophrenia Research*, 116,184-90.

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., y Aparicio, A. (2008). La Lucha Contra El estigma Y La Discriminación En Salud Mental. Una Estrategia Compleja Basada En La Información Disponible. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 43-83.

Lopez- Ibor J, Cuenca O. (2000). La esquizofrenia abre las puertas. Madrid: Aula Médica.

Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96-112.

Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P., y Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, 400-423.

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., y Aparicio, A. (2008). La Lucha Contra El estigma Y La Discriminación En Salud Mental. Una Estrategia Compleja Basada En La Información Disponible. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 43-83.

Link, B., Y. Phelan, J. (2001), "Conceptualizing stigma", *Annual Review of Sociology*, num. 27.

Levine, J. y Levine, I. (2009). *Schizophrenia for dummies*. 1er ed. Hoboken, N.J.: Wiley Pub.

López, M. (2007), "Medios de comunicación, estigma y discriminación en salud mental. Elementos para una estrategia razonable", en *L'Information Psychiatrique*; 10 (83): 793-9.

Leff, J.P., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Vries, R. y Sturgeon, D. (1983). Social intervention in the families of schizophrenics : Addendum. *British Journal of Psychiatry*, 142, 311.

León Castro, H. (2005). estigma Y Enfermedad Mental: Un Punto De Vista Histórico-Social. *Revista De Psiquiatria Y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 4(1), Pp.33 - 42.

Legault, L., Green-Demers, I., y Eadie, A. L. (2009). When internalization leads to automatization: The role of self-determination in automatic stereotype suppression and implicit prejudice regulation. *Motivation and Emotion*, 33, 10–24.

Luciano Soriano, C., y Valdivia Salas, M. S. (2006). La Terapia De Aceptación Y Compromiso (Act). *Fundamentos, Características Y Evidencia*. *Papeles del Psicólogo* , 27 (2), 79-91.

Luciano, M. C., y Cabello, F. (2001). Trastorno de duelo y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 399-424.

Luciano, M. C., Visdómine, J. C., Gutiérrez, O. y Montesinos, F. (2001). ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso) y dolor crónico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 473-502

Malaspina, D. et al. (2001). Advancing paternal age and the risk of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 58, 361-367.

Malmberg L, Fenton M. Psicoterapia psicodinámica individual y psicoanálisis para la esquizofrenia y enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (2014). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Martín García-Sancho,, J. (2009). Guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. Murcia, España: Salud Mental.

Masuda, A., Hayes, S.C., Fletcher, L.B., Seignourel, P.J., Bunting, K., Herbst, S.A., Twohig, M.P. y Lillis, J. (2007). Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2764-2772.

Masuda, A., Hill, M. L., Morgan, J., y Cohen, L. L. (2012). A psychological flexibility-based intervention for modulating the impact of stigma and prejudice: A descriptive review of empirical evidence. *Psychology, Society, y Education*, 4(2), 211-223.

Matthysse, S. (1974). Dopamine and the pharmacology of schizophrenia: the state of the evidence. *Journal of Psychiatric Research*, 11, 107-113.

McGrath, J.J. (2005). Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology - the NAPE lecture 2004. *Acta Psychiatr Scand*, 111(1), 4-11. / McGrath, J., Saha, S.,

McGue, M. y Gottesman, I. I. (1989). Genetic linkage in schizophrenia: perspectives from genetic epidemiology. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 453- 464.

Meyer, A., 1906, "Fundamental Conceptions of Dementia Praecox." *British Medical Journal*, 2:757. Reprinted in Lief, 1948.

Meyer, 1910, "The Dynamic Interpretation of Dementia Praecox." *American Journal of Psychology*, 21:385 (July 1910). Reprinted in Lief, 1948.

Miller, B. et al. (2010). Meta-analysis of Paternal Age and Schizophrenia Risk in Male Versus Female Offspring. *Schizophrenia Bulletin*.

Miller, W.R. y Rollnick, S. La entrevista motivacional. Paidós Iberica. Barcelona: 1999.

Monteleone, P. et al. (1999). Prolactin hyperresponsiveness to D-fenfluramine in drug-free schizophrenic patients: a placebo-controlled study. *Biological Psychiatry*, 45, 1606-1611.

Morselli, G. E., 1955, "Ce qui Demeure et ce qui est perime dans la 'Schizophrenic' de Bleuler." *L' Evolution Psychiatrique*, 645-651.

Muñoz, M., Santos, E. P., Crespo, M., y Guillén, A. I. (2009). *estigma Y Enfermedad Mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental.* (1era ed.). Madrid, España: Complutense, S.A.

Marmot, M. (2003). Self esteem and health: autonomy, self esteem, and health are linked together. *BMJ*, 327(7415), 574-5.

Marín, M., Fontalba, A., Gil, V., Bonillo, M., Rodriguez Hurtado, J., y Rojas, F. (2012). *Combatir el estigma desde la promoción de la salud mental: taller de uso adecuado de las nuevas tecnologías.* En A. J. Cangas, y N. Navarro (Ed.), *I Congreso Nacional de Sensibilización al estigma Social en Salud Mental* (pág. 7). Almería: Alborán Editores.

Marmot, M. (2003). Self esteem and health: autonomy, self esteem, and health are linked together. *BMJ*, 327(7415), 574-5.

Mehta, S. y Farina, A. (1988). Associative stigma: perceptions of the difficulties of college-aged children of stigmatized fathers. *Journal of Social Clinical Psychology*, 7, 192-202.

Moreno, A. M., Sánchez, F., y López de Lemus, M. (2012). *Estudio sobre estigma en salud mental en la población de Almería capital.* En A. J. Cangas, y N. Navarro (Ed.), *I Congreso Nacional de Sensibilización al estigma Social en Salud Mental* (pág. 8 (126)). Almería: Alborán Editores.

Maluenda, J. Y Ceballos, I. (2014), *La familia en AVIFES, Apuntes AVIFES, Cuaderno Técnico nº 5.* AVIFES. Enlace: Maluenda et al (2014): *La familia en AVIFES.*

Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. y Guillén, A. (2009), *estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental.* Promovido por la Comunidad Autónoma de Madrid y apoyado por la Obra Social de Caja Madrid. Editorial Complutense, Madrid. Enlace: Muñoz et al, 2009: *estigma y enfermedad mental.*

Masuda, A., Hill, M. L., Morgan, J., y Cohen, L. L. (2012). *Una intervención basada en la flexibilidad psicológica para modular el impacto del estigma y el prejuicio: revisión descriptiva de la evidencia empírica.* I Congreso Nacional De Sensibilización Al estigma Social En Salud Mental, (págs. 8-129).

Marichal, F., y Nieves Quiles, M. (2000). *La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman.* En *Psicothema* (3 ed., Vol. 12, págs. 458-465). Santa Cruz de Tenerife, España.

Monteith, M. J., y Mark, A. Y. (2005). Changing one's prejudiced ways: Awareness, affect, and self-regulation. *European Review of Social Psychology*, 16, 113–154.

Markowitz, F. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335-347.

Muntaner, J. (1998). *La Sociedad ante el Deficiente Mental. Normalización, integración educativa, inserción social y laboral.* Madrid, España: Narcea Ediciones.

Muñoz, M., Santos, E. P., Crespo, M., y Guillén, A. I. (2009). estigma y Enfermedad Mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. (1era ed.). Madrid, España: Complutense, S.A.

Molina, L. Z. (09 de Octubre de 2017). (C. S. Renacer, Editor) Recuperado el Diciembre de 2017, de Blog de Psicología: <https://fatimasf85.wordpress.com/tag/metaforas/>

Martínez, F. M., Sánchez Meca, J., y López López, J. A. (2009). El metaanálisis en el ámbito de las Ciencias de la Salud: una metodología imprescindible para la eficiente acumulación del conocimiento. En *Fisioterapia*. Murcia, España: Elsevier DO & Ma. Morovkoff, A. (s.f.). Definiciones de estigma y discriminación. Disability Rights California, 3.

National Collaborating Centre for Mental Health. Schizophrenia, (2002). Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. National Institute for Health and Clinical Excellence - Clinical Guidelines (UK).

Navarro et. al., (2017). Propiedades Psicométricas del Cuestionarios de las Actitudes de los Estudiantes hacia la Esquizofrenia. *Psychology, Society, & Education*. 9. 325. 10.25115/psye.v9i2.865.

Nirje, B. (1969): The normalization principle: implications or normalization. Symposium on Normalization.

Ottati, V., Bodenhausen, G. V., y Newman, L. S. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the Stigma of Mental Illness* (pp. 99-128). Washington D.C.: American Psychological Association.

OMS. Esquizofrenia [en línea]: documenting electronic sources on the Internet (2014). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>. [Consultado seis de Junio 2015].

Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, et al. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31, 477-489.

Oakes, P. J., Haslam, S. A., y Turner, J. C. (1994). *Stereotyping and social reality*. Oxford. Blackwell.

Ossman, W.(2006); Wilson, K.; Storaasli, R. y McNeill, J. “A preliminary investigation of the use of Acceptance and Commitment Therapy in group treatment for social phobia”. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 6 (3): 397- 416.

Páez, M.; Gutiérrez, O.; Valdivia, S. y Luciano, C. (2006). “Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica”. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 6 (1).1-20.

Palacios Cobos, E. (2014). *Manual del Buen Esquizofrénico*. 1st ed. Madrid: Falsaria, pp.1-25.

Pariante, C. M. et al. (2004). Pituitary volume in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 185, 5-10.

Pedersen, D. D. (2009). estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55, 39-50.

Perales A. Gómez M. (2002) estigmatización y esquizofrenia. *Viure en salut*; 56: 10-11.

Peral, D. D. (2012). estigma versus recuperación. I Congreso Nacional de Sensibilización Al estigma Social en Salud Mental (pág. 1 (129)). Almería: Alborán Editores.

Pérez Nevot et al. (2007). Epidemiología de la Esquizofrenia. En A. Chinchilla (Ed.), *Las Esquizofrenias: Sus hechos clínicos y valores clínicos y terapéuticos* (pp. 21-39). Madrid: Elsevier Masson.

Peral, D. D. (2012). estigma versus recuperación. I Congreso Nacional de Sensibilización Al estigma Social en Salud Mental (pág. 1 (129)). Almería: Alborán Editores.

Portin, P. y Alanen, Y. O. (1997). Acritical review of genetic studies of schizophrenia. II. Molecular genetic studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 73-80.

Psychosocial Interventions in the Management of Schizophrenia. SIGN Publication No. 30. October 1998.

Priebe, S., McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, Wright, D. J. (2007). Structured patient-clinician communication and 1-year outcome in community mental healthcare: cluster randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 191, 420-6.

Pérez Álvarez, C., Bosqued Molina, L., Nebot Macías, M., Vidal, M. G., Pérez Zaera, J., y Quintanilla López, M. Á. (2015). Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa? *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 128.

Pastor, M. Y Ovejero, A. (2009), "Historia de la locura en la época clásica y movimiento antipsiquiátrico", en *Revista de Historia de la Psicología*, vol. 30, núm 2-3 (junio-septiembre), pág. 293-299. Enlace: Pastor et al (2009): Historia de la locura en la época clásica y movimiento antipsiquiátrico.

Robb, H. (2007). "Values as leading principles in Acceptance and Commitment Therapy". *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* 3 (1). 118-122.

Roca, M. Canas, F. Olivares, J.M. Rodriguez, A. y Giner, J. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso clinico espanol. *Actas Espanolas de Psiquiatria*. Vol. 35, supl 1. Enero 2007.

Rotrosen, J. et al. (1979). Neuroendocrine effects of apomorphine: characterization of response patterns and application to schizophrenia research. *British Journal of Psychiatry*, 135, 444-456.

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines. Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders.. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005 Jan-Feb;39 (1-2):1-30.

- Runte Geidel, A. (2005). El estigma y la esquizofrenia: Qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
- Rebolledo Moller, S. and Lobato Rodríguez, M. (2005). Cómo afrontar la esquizofrenia. 1st ed. Madrid: Grupo Aula Médica.
- Romero, A. A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. Cuadernos de trabajo social, 23, 289-300.
- Rosal, M. A. (2013). Carimba. La Marca de los Esclavos en el Buenos Aires Colonial (10 ed.). Uruguay.
- Saiz Ruiz, J., de la Vega Sánchez, D. and Sánchez Páez, P. (2010). Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. 3rd ed. Madrid, España.: Clínica y Salud, pp.235-254.
- Simmering, K. (2003). El misterio de la Esquizofrenia. Documental producido por MDR/ARTE.
- Sepehry, A. A. et al. (2007). Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) add-on therapy for the negative symptoms of schizophrenia: a metaanalysis. Journal of Clinical Psychiatry, 68, 604- 610.
- Schulze, B., y Angermeyer, M. C. (2003). What Is Schizophrenia? Secondary School Students' Associations With the Word and Sources of Information About the Illness. American Journal of Orthopsychiatry, 75(2), 316-323
- Shiffino, R., Rodríguez Monegro,, N., Mieses Michel,, J., Soto, I., Rondón, R. and Sosa, A. (2012). Programa Nacional De Rehabilitacion Psicossocial Del Trastorno Mental Grave. 1st ed. Santo Domingo, República Dominicana: Ministerio de Salud Pública.
- Spitzer, R. (2002). DSM-IV-TR casebook. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Stierlin, H., (1956), Der gewalttdtige Patient. Basel: Karger.
- Stierlin (1965), "Bleuler's Concept of Schizophrenia in the Light of Our Present Experience." In International Symposium on the Psychotherapy of Schizophrenia, pp. 42-55. New York and Basel: Karger.
- Stierlin (1967), "Bleuler's Concept of Schizophrenia: A Confusing Heritage." American Journal of Psychiatry, 123:996-1001.
- Stierlin (1914). "On Narcissism: An Introduction." Jahrbuch, vol. 4, 1914. Reprinted in Collected Papers, vol. 4, pp. 30-59.
- Stierlin (1923), The Ego and the Id. Standard Edition, vol. 19, pp. 12-63. London: Hogarth. New York: Macmillan. First published as Das Ich und das Es.
- Stierlin (1924), "Neurosis and Psychosis." Zeitschrift, vol. 4. Reprinted in Collected Papers, vol. 2, pp. 250-254.

Stierlin, H., (1965), "Bleuler's Concept of Schizophrenia in the Light of Our Present Experience." In International Symposium on the Psychotherapy of Schizophrenia, pp. 42-55. New York and Basel: Karger.

Stransky, (1903), "Zur Kenntniss gewisser erworbener Blodsinnformen." *Jahrb. f. Psych.*, 24:1.

Strosahl, K. y Robinson, P. (2008). *The mindfulness and acceptance workbook for depression. Using Acceptance and Commitment Therapy to move through depression and create a life worth living.* Oakland: New Harbinger Publications Inc.

Spauwen, J. et al. (2006). Impact of psychological trauma on the development of psychotic symptoms: relationship with psychosis proneness. *British Journal of Psychiatry*, 188, 527-533.

Stephan, K. E. et al. (2006). Synaptic plasticity and dysconnection in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 59, 929-939.

Subjetividad y cultura. (2005). 23rd ed. Mexico: Plaza y Valdés.

Sullivan, H. S., 1953a, *Conceptions of Modern Psychiatry.* New York: Norton.

Suvisaari, J. et al. (1999). Association between prenatal exposure to poliovirus infection and adult schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1100-1102.

Scandroglio, B., López Martínez, J. S., y San José Sebastián, M. C. (2008). *La Teoría de la Identidad Social: una síntesis crítica de sus fundamentos, evidencias y controversias.* (Vol. 20). Madrid.

Stuart, H., y Arboleda-Flórez, J. (2001). *Community Attitudes toward People with Schizophrenia* (Vol. 46). Queens, EE. UU.: Queens University, Kingston.

Son Hing, Leanne y Li, Winnie y P. Zanna, Mark. (2002). Inducing Hypocrisy to Reduce Prejudicial Responses among Aversive Racists. *Journal of Experimental Social Psychology*. 38. 71-78. 10.1006/jesp.2001.1484.

Shih, M., Wang, E., Bucher, A. T. y Stotzer, R. (2009). Perspective taking: Reducing prejudice towards general outgroups and specific individuals. *Group Processes y Intergroup Relations*, 12, 565-577.

Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories.* Cambridge.

Taylor, S., y Dear, M. (1981). Scaling community attitudes toward mental ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 225-240.

Thompson, J. L. et al. (2004). Developmental pathology, dopamine, and stress: a model for the age of onset of schizophrenia symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 875-900.

Tienari, P. et al. (1987). The Finnish adoptive family study of schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 21, 437-445.

Tienari, P. J. y Wynne, L. C. (1994). Adoption studies of schizophrenia. *Annals of Medicine.*, 26, 233-237.

Thornicroft G, Rose D, Kassam A. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The Brit J Psychiat*; 190 (3): 192-3.

Todd, A. R., Bodenhausen, G. V., Richeson, J. A., y Galinsky, A. D. (2011). Perspective taking combats automatic expressions of racial bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(6), 1027-1042.

Vaughn, C. y Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion of families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157-165.

Velasco, J.A. y Quiroga, E. (2001). Formulación y solución de un caso de abuso de alcohol en términos de aceptación y compromiso. *Psicothema*, 13 (1), 50-56.

Verdoux, H. y Sutter, A. L. (2002). Perinatal risk factors for schizophrenia: diagnostic specificity and relationships with maternal psychopathology. *American Journal of Medical Genetics*, 114, 898- 905.

Van Os, J. et al. (2005). The schizophrenia environment. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 141-145.

Vezzoli, R., Archiati, L., Buizza, C., Pasqualetti, P., Rossi, G. y Pioli, R. (2001). Attitude towards psychiatric patients: A pilot study in a northern Italian town. *European Psychiatry*, 16, 452 – 458.

Weinberger, D. R. y Berman, K. F. (1988). Speculation on the meaning of cerebral metabolic hypofrontality in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 157-168.

Weinberger, D. R. y Lipska, B. K. (1995). Cortical maldevelopment, anti-psychotic drugs, and schizophrenia: a search for common ground. *Schizophrenia Research*, 16, 87-110.

Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C. y Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med*, 2, 13.

Wender, P. H. et al. (1977). Schizophrenics' adopting parents. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 34, 777-784.

Werner P, Givon S. M. (2008). Discriminatory behavior of family physicians toward a person with Alzheimer's disease. *Int. Psychogeriatric*; 20 (4): 824-39.

Wilson, K. y Luciano, C.(2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Wahl, O. y Harman, C. R. (1989). Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15(1), 131-139.

Warner, R. (2001). Combating the stigma of schizophrenia. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10, 12-17.

Yui, K. et al. (1999). Neurobiological basis of relapse prediction in stimulant-induced psychosis and schizophrenia: the role of sensitization. *Molecular Psychiatry*, 4, 512-523.

Zammit, S. et al. (2003). Paternal age and risk for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 183, 405-408.

Zaglul, A. (1998). Mis 500 Locos. Santo Domingo: Taller.

Zettle RD,(2011). The Evolution of a Contextual Approach to Therapy: From Comprehensive Distancing to ACT. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 7(1):78-84.

Referencias Hemerográficas y de Internet:

AccessMedicina. (2017). Clozapina. [online] Available at: <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1552ysectionid=90369098> [Accessed 14 Aug. 2017].

Alucinaciones cinestésicas o “miembro fantasma”. *Psicologiamiguelivan.blogspot.com*. Available at: <http://psicologiamiguelivan.blogspot.com/2011/01/alucinaciones-cinestesicas-o-miembro.html> [Accessed 14 Aug. 2017].

Biologia-geologia.com. (2017). Nivel trófico. [online] Available at: http://biologia-geologia.com/BG4/86_niveles_trofos.html [Accessed 14 Aug. 2017].

Bibliatodo.com (2017). Onán. [online] Available at: <https://www.bibliatodo.com/Diccionario-biblico/onan> [Accessed 14 Aug. 2017].

Cajal, A. (2017). Gemelos univitelinos: definición, tipos y características - Lifeder. [online] Lifeder. Available at: <https://www.lifeder.com/gemelos-univitelinos/> [Accessed 14 Aug. 2017].

CAMI Scale. (2017). Article: Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. [online] Available at: <https://camiscale.com/article-scaling-community-attitudes-toward-the-mentally-ill/> [Accessed 21 Aug. 2017].

Cannabis Consciente. (2017). ¿Qué es? - Cannabis Consciente. [online] Available at: <http://www.cannabisconsciente.com/que-es/> [Accessed 14 Aug. 2017].

Catc.com.ar. (2014). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): conductismo, mindfulness y valores. [online] Available at: <http://catc.com.ar/terapia-de-aceptacion-y-compromiso-act.html> [Accessed 9 Aug. 2017].

Corbin, J. A. (s.f.). *Psicología y Mente*. Recuperado el Agosto de 2017, de <https://psicologiaymente.net/clinica/brote-psicotico>

Clínica Universidad de Navarra. (2017). ¿Qué es neurotoxicidad?. [online] Available at: http://www.cun.es/es_EC/diccionario-medico/terminos/neurotoxicidad [Accessed 14 Aug. 2017].

Clínica Universidad de Navarra. (2017). ¿Qué es psicogénico?. [online] Available at: <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/psicogenico> [Accessed 14 Aug. 2017].
perfil, V. (2017).

Curiosoando. (2017). ¿Qué es la poda sináptica?. [online] Available at: <https://curiosoando.com/que-es-la-poda-sinaptica> [Accessed 14 Aug. 2017].

Deborah. (12 de Mayo de 2015). *Significado*. Recuperado el Agosto de 2017, de <http://significado.net/contingencia/>

Definición.de. (2017). Represión. [online] Available at: <https://definicion.de/represion/> [Accessed 14 Aug. 2017].

DePsicologia.com. (2017). Transferencia. [online] Available at: <https://depsicologia.com/transferencia-en-psicoanalisis-que-es-como-surge-y-tipos/> [Accessed 14 Aug. 2017].

Diario, L. (2017). El estigma del 28. (J. Salazar, Ed.) Recuperado el 28 de Marzo de 2017, de Listín Diario: <http://www.listindiario.com/la-republica/2016/11/28/444899/el-estigma-del-2>

Español, D. and (patologías), E. (2017). ¿Qué significa Hipofunción?. [online] Definiciones-de.com. Available at: <http://www.definiciones-de.com/Definicion/de/hipofuncion.php> [Accessed 14 Aug. 2017]

Encuentros en la Biología (2017). Receptor NMDA. [online] Available at: <http://www.encuentros.uma.es/encuentros83/nmda.html> [Accessed 14 Aug. 2017].

Faxas, N. (08 de Septiembre de 2014). Enfermos mentales, víctimas del sistema sanitario del país (República Dominicana). El Caribe, pág. 4.

Fagúndez, J. R. (16 de Noviembre de 2010). Mundo Historia. Recuperado el Agosto de 2017, de http://www.mundohistoria.org/temas_foro/historia-la-edad-moderna/la-carimba-sello-del-comercio-esclavos-venezuela

García, J. (2007, 3 julio). Breve introducción a la terapia de aceptación y compromiso. Recuperado 8 agosto, 2017, de <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/act/brevepresenact.htm>

García Mira, R. (2015). *Psicología Social: La Teoría de la Identidad Social*. Recuperado el Agosto de 2017, de http://www.udc.gal/dep/ps/grupo/programas/iden_soc.pdf

Goodreads.com. (2017). Quotes About Schizophrenia (103 quotes). [online] Available at: <https://www.goodreads.com/quotes/tag/schizophrenia?page=4> [Accessed 22 Dec. 2017].

Ibiza, A. (16 de Febrero de 2016). *Atrévete Psicología*. Recuperado el Agosto de 2017, de <https://atrevetepsicologia.wordpress.com/2016/02/16/flexibilidad-psicologica/>

Imbiomed.com. (2017). Filtrado sensorial y P50: implicaciones para la neurobiología de la esquizofrenia. [online] Available at: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=35358&id_seccion=1169&id_ejemplar=3657&id_revista=1 [Accessed 14 Aug. 2017].

Investigacion y ciencia.es (2017). Excitotoxicidad. [online] Available at: <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/mente-y-cerebro/creatividad-394/excitotoxicidad-y-muerte-de-las-neuronas-4065> [Accessed 14 Aug. 2017].

Instituto Químico Biológico (2017). Clorpromazina. [online] Available at: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/c137.htm> [Accessed 14 Aug. 2017].

Lamenteesmaravillosa.com. (2017). Dopamina. [online] Available at: <https://lamenteesmaravillosa.com/que-es-la-dopamina-y-que-funciones-tiene/> [Accessed 14 Aug. 2017].

McAfee, M. (25 de Noviembre de 2015). *CNN Español*. Recuperado el 14 Agosto de 2017, de <http://cnnespanol.cnn.com/2015/11/25/4-formas-en-las-que-puedes-evidenciar-prejuicios-ocultos-en-la-vida-cotidiana/>
Merlo, C. (s. f.). Esquizofrenia Hoy. <https://www.isep.es/tesina/esquizofrenia-hoy-superando-el-estigma/>

MedicalNewsToday. (2017). Serotonina. [online] Available at: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/291259.php> [Recuperado 14 Agosto 2017].

Naturesan.net. (2017). Ácido glutámico. [online] Available at: <https://www.naturesan.net/acido-glutamico-aminoacido-no-esencial/> [Recuperado 14 Agosto 2017].

Navarro, N., Cangas, A., Aguilar, J., Fuentes, C., Gallego, J., San, E. and Carrasco, Y. (2017). Propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de las Actitudes de los Estudiantes hacia la Esquizofrenia. [online] researchgate. Available at: https://www.researchgate.net/publication/318739878_Propiedades_psicometricas_de_la_version_en_castellano_del_Cuestionario_de_las_Actitudes_de_los_Estudiantes_hacia_la_Esquizofrenia [Recuperado el 9 Enero 2018].

O., T. (11 de Mayo de 2013). *Fundamentos Terapia Ocupacional*. Recuperado el Agosto de 2017, de <http://fundamentosterapiaocupacional.blogspot.com/2013/05/tratamiento-moral.html>

Organización Mundial de la Salud. (2016). Esquizofrenia. [online] Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/> [Accessed 20 Dec. 2017].

Periódico El Hoy, P. (03 de 12 de 2007). La discriminación de los enfermos mentales. Hoy.

Piña, L. L. (30 de Enero de 2013). Cafeterías Llenas de Historia. Obtenido de Notimundo RD: <http://notimundord.com/2013/11/cafeterias-llenas-de-historia/>

Planeta Freud. (2017). Catexis. [online] Available at: <https://planetafreud.wordpress.com/2010/03/17/guia-freud-05-teoria-de-la-libido/> [Accessed 14 Aug. 2017].

Psicologiaymente.net. (2017). Glutamato (neurotransmisor): definición y funciones. [online] Available at: <https://psicologiaymente.net/neurociencias/glutamato-neurotransmisor> [Accessed 14 Aug. 2017].

Psicoactiva.com. (2017). Corteza prefrontal. [online] Available at: <https://www.psicoactiva.com/blog/la-corteza-prefrontal-relacion-la-memoria-trabajo/> [Accessed 14 Aug. 2017].

PsicologiaYMente.net. (2017). Fenciclidina.. [online] Available at: <https://psicologiaymente.net/psicofarmacologia/fenciclidina> [Accessed 14 Aug. 2017].

PsicologiaYMente.net. (2017). Inconsciente. [online] Available at: <https://psicologiaymente.net/psicologia/teoria-inconsciente-sigmund-freud> [Accessed 14 Aug. 2017].

Psicoactiva.com. (2017). Mesencéfalo. [online] Available at: <https://www.psicoactiva.com/blog/mesencefalo-cerebro-medio-estructura-funcion/> [Accessed 14 Aug. 2017].

Psicólogosenmadrid.eu. (2017). Narcisismo. [online] Available at: <http://psicologosenmadrid.eu/narcisismo-definicion/> [Accessed 14 Aug. 2017].

Psicólogosenmadrid.eu. (2017). Neurosis. [online] Available at: <http://psicologosenmadrid.eu/neurosis/> [Accessed 14 Aug. 2017].

Publications, H. (2017). Hipocondriasis (hipocondría). [online] Vida y Salud. Available at: <http://www.vidaysalud.com/salud-de-a-a-z/enfermedades-y-condiciones/hipocondriasis-hipocondria/> [Accessed 14 Aug. 2017].

Reyna, P. (23 de Mayo de 2015). Recuperado el 28 de Marzo de 2017, de Patricia Reyna WordPress: <https://patriciareyna.wordpress.com/2015/05/23/analisiscriticoalasalud-mentalenlasociadaddominicana/>

Rehabilitación Neurológica (2017). Corteza dorsolateral prefrontal. [online] Available at: <http://nepesa.es/areas-y-funciones-cerebrales-v-corteza-prefrontal-dorsolateral/> [Accessed 14 Aug. 2017].

Saludypsicologia.com. (2017). Kraepelin, E: La demencia precoz. Cap. I (Demencia precoz) y Cap. II (Síntomas Psíquicos) - SALUD Y PSICOLOGIA. [online] Available at: <http://www.saludypsicologia.com/posts/view/702/name:La-demencia-precoz-Kraepelin> [Accessed 14 Aug. 2017].

Significados. (s.f.). *Significados*. Recuperado el Agosto de 2017, de <https://www.significados.com/alienacion/>

SusMedicos.com. (2017). Catatonía (síndrome). [online] Available at: http://www.susmedicos.com/art_catatonico [Accessed 14 Aug. 2017].

Salud.ccm.net. (2017). Área tegmental ventral. [online] Available at: <http://salud.ccm.net/faq/20675-area-tegmental-ventral-definicion> [Accessed 14 Aug. 2017].

Salud.ccm.net. (2017). Axón. [online] Available at: <http://salud.ccm.net/faq/12672-axon-definicion> [Accessed 14 Aug. 2017].

TrastornoLimite. (2017).Disociación. [online] Available at: <https://www.trastornolimite.com/trastornos/disociacion-y-trastornos-disociativos> [Accessed 14 Aug. 2017].

Tardón, L. (2015). La cara oculta de la esquizofrenia. ELMUNDO. Consultado 29 December 2017, desde <http://www.elmundo.es/salud/2015/10/10/5617d89d46163f0b1c8b458a.html>

Wikipedia. (2017). Insight (psicología). [online] Available at: [https://es.wikipedia.org/wiki/Insight_\(psicología\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Insight_(psicología)) [Accessed 14 Aug. 2017].

ANEXOS

Tablas

CONSENTIMIENTO INFORMADO (DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS)

Tabla No. 32: Nacionalidad

Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje
Dominicana	175	98.3
Española	1	.6
Haitiana	1	.6
Americana	1	.6
Total	178	100.0

Gráfico No. 32

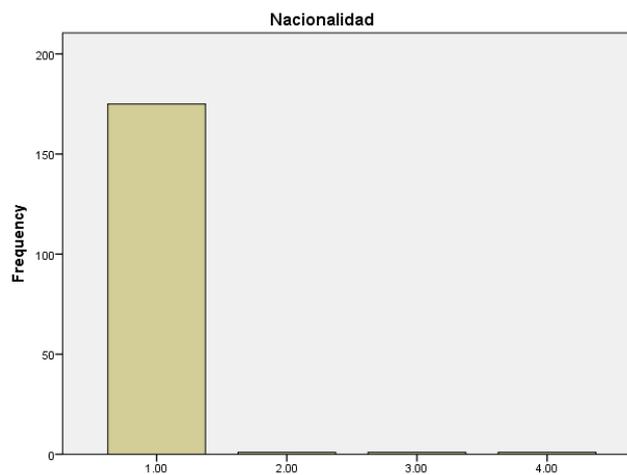


Tabla No. 33: Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	22	12.4
Masculino	156	87.6
Total	178	100.0

Gráfico No. 33

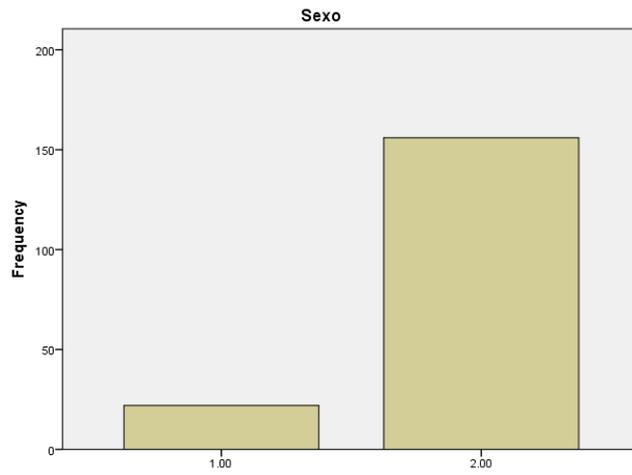


Tabla No. 34: Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
16-20 años	115	64.6
21-25 años	43	24.2
26-32 años	20	11.2
Total	178	100.0

Gráfico No. 34

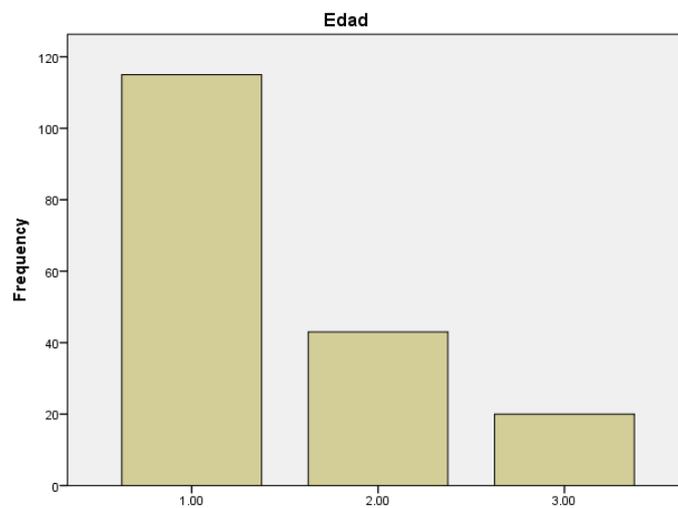
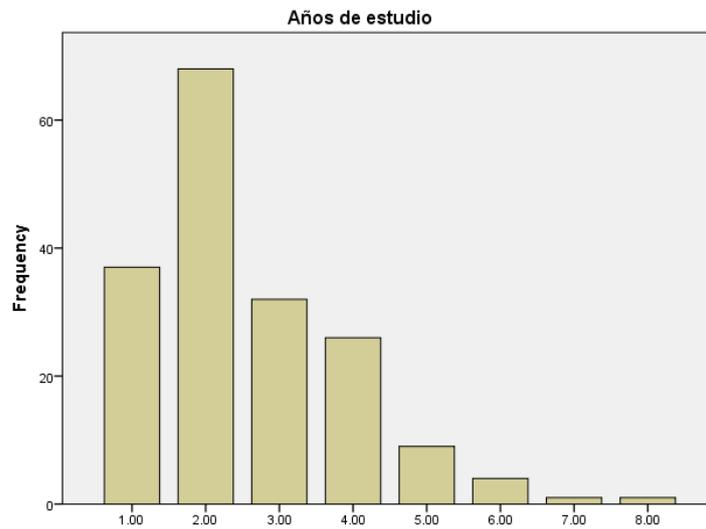


Tabla No. 35: Años de estudio

Años de estudio	Frecuencia	Porcentaje
Meses	37	20.8
1 año	68	38.2
2 años	32	18.0
3 años	26	14.6
4 años	9	5.1
5 años	4	2.2
9 años	1	.6
12 años	1	.6
Total	178	100.0

Gráfico No. 35



Figuras

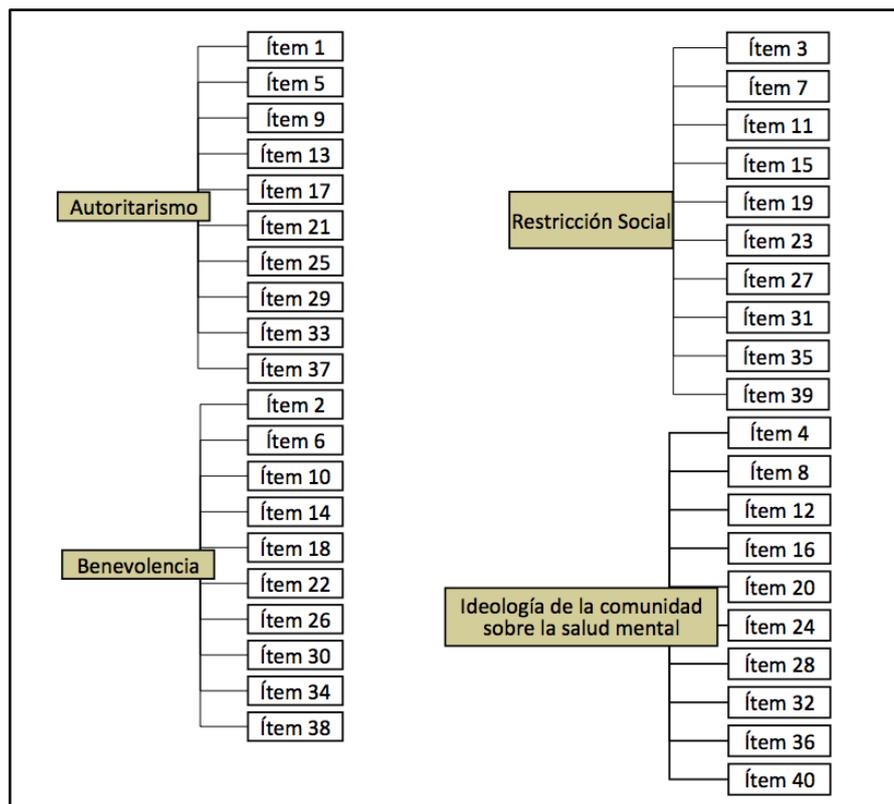


Figura 1. Distribución de los ítems del CAMI por factores.

Nota: adaptado de “Scaling community attitudes toward mental ill” de Taylor, S., y Dear, M., 1981, Schizophrenia Bulletin, p. 225-240.

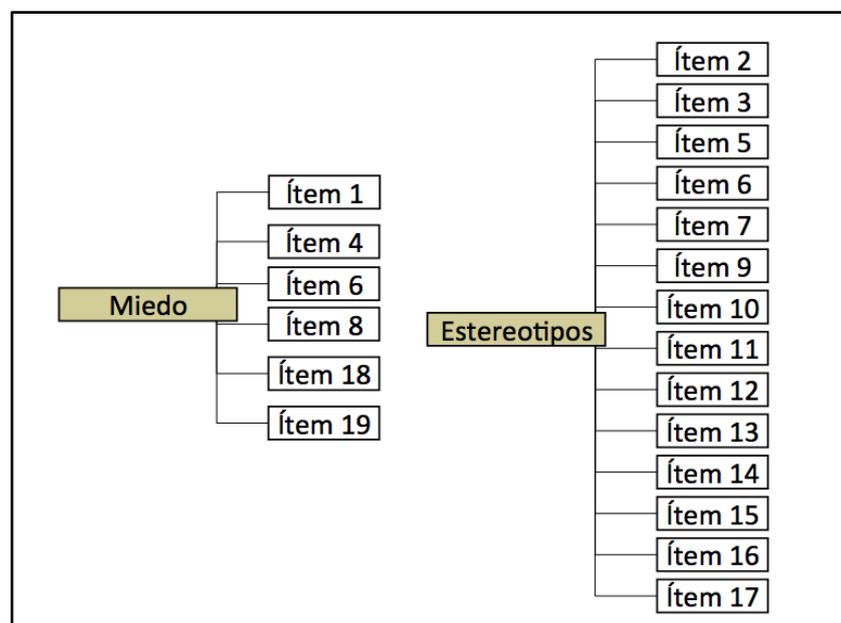


Figura 2. Distribución, adaptación al castellano, de los ítems del CAEE por factores.

Nota: recuperado de “Propiedades Psicométricas del Cuestionarios de las Actitudes de los Estudiantes hacia la Esquizofrenia”, Navarro et. al., 2017, p. 9., España: Psychology, Society, & Education.

Cronograma



Actividades	Mes - Año	Lugar
Selección del Tema	Diciembre, 2016	UNPHU
Investigación de Referencias Bibliográficas	Enero – Septiembre, 2017	Bibliotecas, Bancos de libros online
Indagación en Universidades	Mayo, 2017	UNPHU, INTEC UASD, UTESA O&M, PUCMM
Sometimiento y Aprobación	Enero – Febrero, 2017	Departamento de Investigación (UNPHU)
	Febrero, 2017	Escuela de Psicología (UNPHU)
	Marzo, 2017 – Mayo, 2017	Vicerrectoría Académica (Consejo Académico)
Elaboración del Anteproyecto	Septiembre – Diciembre, 2016	UNPHU
Construcción del Instrumento: <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario sobre Conocimiento de la Esquizofrenia (CCE) 	Junio, 2017	GOOGLE DRIVE
Envío de la Solicitud a través de la Escuela de Psicología a: <ul style="list-style-type: none"> • Vicerrectoría O&M • Vicerrectoría UNPHU • La Escuela de Psicología de la O&M • La Escuela de Ingeniería Sistemas de la UNPHU 	Agosto - Septiembre, 2017 Marzo - Junio, 2017 Septiembre, 2017 Junio, 2017	O&M UNPHU
Aplicación del Instrumento <ul style="list-style-type: none"> • UNPHU • O&M 	Septiembre, 2017 Septiembre, 2017	O&M UNPHU
Corrección y Tabulación	Diciembre, 2017 – Enero, 2018	Presencial
Entrega en Espiral	Enero, 2018	UNPHU (Escuela Psicología / Depto. Investigaciones)
Corrección del Informe Final	Enero, 2018	UNPHU (Depto. Investigaciones)
Presentación	Febrero, 2018	UNPHU (Cámara Gessel)
Entrega de Empastado	Febrero - Marzo, 2018	UNPHU (Escuela de Psicología)

Otros anexos

Nota: las cartas de solicitud para cada universidad fueron manejadas internamente. Por tal razón, no se encuentran anexadas.

assessment of the effects of expectations of rejection (Vol. 52). American Sociological Association.

Muntaner, J. (1998). La Sociedad ante el Deficiente Mental. Normalización, integración educativa, inserción social y laboral. Madrid, España: Narcea Ediciones.

Muñoz, M., Santos, E. P., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2009). ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. (1era ed.). Madrid, España: Complutense, S.A.

Nirje, B. (1969): The normalization principle: implications or normalization. Symposium on Normalization.

Ottati, V., Bodenhausen, G. V., y Newman, L. S. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), On the Stigma of Mental Illness (pp. 99-128). Washington D.C.: American Psychological Association.

Pedersen, D. D. (2009). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 55, 39-50.

 Firma de aprobación	 Firma de aprobación	Fecha 28/02/14
--	--	-------------------



Formulario de Aprobación de Tema (aprobado por la Escuela de Psicología)

Santo Domingo, D. N.
10 de Marzo, 2017.

Honorables miembros del Consejo Académico,
Sus Manos

Vía: Lic. Adrian De Oleo 
Directora Escuela de Psicología



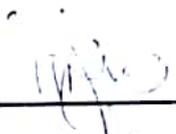
Nos dirigimos a ustedes por medio de la presente con el fin de solicitarles, de manera formal, que se nos otorgue la oportunidad de sustentar el trabajo de grado conformado por un equipo de tres personas, bajo el tema: *“Estudio comparativo sobre los estigmas hacia personas con esquizofrenia entre los estudiantes de ingeniería de la Universidad Tecnológica de Santiago (UTESA) y la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) en Santo Domingo, año 2017”*, para así poder iniciar el proceso de investigación pertinente y de esa manera, alcanzar el título de *Licenciatura en Psicología Clínica* con efecto en este año en curso (2017).

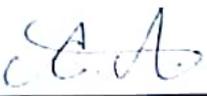
Luego de realizada nuestra investigación, abarcaremos la segunda parte del estudio donde con los datos obtenidos desarrollaremos un programa de concientización, el cual llevará por nombre: *“Esquizofrenia Sin Estigmas” (ESE)*. Con este buscamos la reeducación (que a su vez promoverá la disminución del estigma) de la población universitaria y también de la población en general. Este programa lo estaremos divulgando por diversos medios como: escuelas, colegios, instituciones sin fines de lucro, universidades, medios televisivos, radiales, vía redes sociales, blogs y periódicos virtuales, con el fin de tener mayor alcance y por consiguiente, un mayor cambio.

Nota: Se encuentra anexo el formulario de aprobación del Trabajo de Grado.

Por la atención brindada a la presente, nos despedimos cordialmente, no sin antes quedar de ustedes muy agradecidas.


Génesis C. Almánzar Rivera
Mat.: 13-0477


Ilonka M. Savino de Jesús
Mat.: 13-0965


Cira M. Alcántara Jiménez
Mat.: 12-2390



Carta de Solicitud realización de tesis en grupo de tres dirigida a Vicerrectoría Académica
(Acuse de recibido)

Cuestionarios utilizados para evaluación:

Consentimiento Informado

Estimado Estudiante:

Como parte de la realización del trabajo de tesis, nos encontramos en el proceso de levantamiento de datos en su población, buscando con esto conocer sobre las percepciones hacia personas que padecen Esquizofrenia y así poder determinar el nivel de estigma existente en esta población de estudio.

Dicho esto, solicitamos su importante colaboración, contestando con toda sinceridad unas preguntas planteadas en forma de situaciones. Este proceso le tomará menos de 10 minutos. Es necesario recordar que toda la información suministrada será manejada éticamente bajo confidencialidad. Su participación es voluntaria. En caso de preguntas, estamos a disposición de responderle.

Si está de acuerdo con ofrecer su importante colaboración, por favor, firme a continuación (con sus siglas) indicando haber leído y aceptado lo planteado:

Firma del estudiante

Datos Sociodemográficos

Fecha: _____

Nacionalidad: _____

Sexo: F / M

Edad: _____

Años de Estudio: _____

¡GRACIAS POR SU DISPOSICIÓN!

Cuestionario Sobre Conocimiento de la Esquizofrenia

Encierra en un círculo la letra que indique tu respuesta. Recuerda hacerlo con toda sinceridad y que no hay respuestas incorrectas.

1. **¿Qué emociones te produce pensar en alguien con esquizofrenia?**
 - a. Ansiedad / Nervios
 - b. Miedo / Inseguridad
 - c. Tranquilidad
 - d. Pena
 - e. Otros: _____
2. **¿Las personas que sufren esquizofrenia son peligrosas?**
 - a. Si
 - b. No
 - c. No estoy seguro (a)
3. **¿La esquizofrenia es una enfermedad contagiosa?**
 - a. Si
 - b. No
 - c. No estoy seguro (A)
4. **¿La esquizofrenia es una enfermedad que puede curarse?**
 - a. Si
 - b. No
 - c. No estoy seguro (A)
5. **¿Pocas personas en la República Dominicana padecen esquizofrenia?**
 - a. Si
 - b. No
 - c. No estoy seguro (a)
6. **¿Alguien puede ser esquizofrénico y los demás no darse cuenta?**
 - a. Si
 - b. No
 - c. No estoy seguro (a)
7. **¿El abuso de drogas causa esquizofrenia?**
 - a. Si
 - b. No
 - c. No estoy seguro (A)
8. **¿De qué fuente obtuviste la información que sabes sobre la esquizofrenia?**

Radio

 - a. Televisión
 - b. Internet
 - c. Un amigo(A)
 - d. Otros: _____

Si completaste todas las preguntas, pasa a la siguiente página.

(CAMI)

Cuestionario de Actitudes de la Comunidad Hacia las Personas con Enfermedad Mental

Las afirmaciones siguientes expresan opiniones distintas sobre enfermedades mentales y las personas que las padecen. Tacha con un cotejo (✓) la respuesta que refleja más adecuadamente tu reacción a cada frase. **La primera reacción es la más importante.** No te preocupes si algunas son parecidas a otras que ya has respondido anteriormente. **Por favor, no dejes ningún ítem sin respuesta.**

1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales (esquizofrenia).

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

3. Las personas con enfermedades mentales (esquizofrenia) se deberían mantener aisladas de la comunidad.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales (esquizofrenia) es formar parte de la comunidad.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

6. Las personas con enfermedades mentales (esquizofrenia) representan una carga para la sociedad.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

7. Las personas con enfermedades mentales (esquizofrenia) son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

9. Es fácil de distinguir a las personas con enfermedades mentales (esquizofrenia) de las personas normales.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

10. Las personas con enfermedades mentales (esquizofrenia) han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

11. Una persona sería tonta si se casa con otra que haya padecido de una enfermedad mental (esquizofrenia), incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

12. Siempre que sea posible, los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros ubicados en la comunidad.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental (esquizofrenia).

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

14. **Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público.**

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

15. **Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales (esquizofrenia) de su barrio.**

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

16. **El hecho de tener personas con enfermedades mentales (esquizofrenia) viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes.**

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

17. **Las personas con enfermedades mentales (esquizofrenia) necesitan el mismo control y disciplina que un niño.**

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

18. **Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales (esquizofrenia).**

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

19. **No me gustaría vivir al lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental (esquizofrenia).**

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

20. **Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local.**

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

21. **Las personas con enfermedades mentales (esquizofrenia) no deberían ser tratados como marginados sociales.**

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

22. **Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales (esquizofrenia).**

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

23. **Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales (esquizofrenia) a asumir las responsabilidades de una vida normal.**

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

24. **Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios.**

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

25. **La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales (esquizofrenia) es mantenerlos bajo llave.**

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

26. **Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales.**

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

27. **Cualquier persona con historia de problemas mentales (esquizofrenia) debería estar excluida de asumir trabajo.**

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

30. Las personas con enfermedades mentales (esquizofrenia) no merecen nuestra comprensión.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales (esquizofrenia).

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

33. Una de las principales causas de la enfermedad mental (esquizofrenia) es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales (esquizofrenia).

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales (esquizofrenia).

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

36. Los residentes no tienen nada que temer de las personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental (esquizofrenia).

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales, en específico esquizofrenia.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

39. En la mayoría de los casos se puede confiar en mujeres, que han sido pacientes de hospitales psiquiátricos, para trabajar como niñeras.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

40. Asusta pensar en personas con problemas mentales (esquizofrenia) viviendo en barrios residenciales.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni acuerdo ni desacuerdo No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

Si has completado todo, pasa a la última escala.

¡Vas muy bien!

Cuestionario Sobre Las Actitudes De Estudiantes Hacia Los Esquizofrénicos

1. **Alguien que tiene esquizofrenia no puede hacerle frente al estrés que viene antes del examen.**
 De acuerdo En desacuerdo Inseguro (a)
2. **Mayormente, alguien quien tiene esquizofrenia viene de una familia con poco dinero.**
 De acuerdo En desacuerdo Inseguro (a)
3. **Alguien que tiene esquizofrenia no puede ser ayudado por los doctores.**
 De acuerdo En desacuerdo Inseguro (a)
4. **Cuando te encuentras con alguien con esquizofrenia, debes de tener cuidado.**
 De acuerdo En desacuerdo Inseguro (a)
5. **A alguien que tiene esquizofrenia le puede ir bien en la escuela.**
 De acuerdo En desacuerdo Inseguro (a)
6. **Alguien quien tiene esquizofrenia es capaz de desnudarse por la menor de las razones.**
 De acuerdo En desacuerdo Inseguro (a)
7. **Estudiantes que tienen esquizofrenia son particularmente buenos en música o cualquier arte.**
 De acuerdo En desacuerdo Inseguro (a)
8. **Tendría miedo de hablar con alguien que tiene esquizofrenia.**
 De acuerdo En desacuerdo Inseguro (a)
9. **No me sentiría molesto o perturbado si estoy en una clase con alguien que tiene esquizofrenia.**
 De acuerdo En desacuerdo Inseguro (a)

-
10. **Puedo verme siendo amigo de alguien que tiene esquizofrenia.**
 De acuerdo En desacuerdo Inseguro (a)
 11. **Me sentiría avergonzado/a si mis amigos se enteraran que alguien en mi familia tiene esquizofrenia.**
 De acuerdo En desacuerdo Inseguro (a)
 12. **Si uno de mis compañeros de clase desarrollara esquizofrenia, preferiría sentarme lejos de él/ella.**
 De acuerdo En desacuerdo Inseguro (a)
 13. **Si uno de mis amigos desarrolla esquizofrenia, iría a visitarlo/a al hospital.**
 De acuerdo En desacuerdo Inseguro (a)
 14. **No invitaría a alguien que tiene esquizofrenia a mi fiesta de cumpleaños**
 De acuerdo En desacuerdo Inseguro (a)
 15. **No les presentaría a mis amigos a alguien que tiene esquizofrenia.**
 De acuerdo En desacuerdo Inseguro (a)
 16. **Una persona que tiene esquizofrenia debería quedarse en su casa en vez de ir a los viajes estudiantiles.**
 De acuerdo En desacuerdo Inseguro (a)
 17. **Nunca me enamoraría de alguien que tiene esquizofrenia.**
 De acuerdo En desacuerdo Inseguro (a)
 18. **Alguien que tiene esquizofrenia debería de no laborar en trabajos que involucre el cuidado de niños o jóvenes.**
 De acuerdo En desacuerdo Inseguro (a)
 19. **Alguien que tiene esquizofrenia debería de no ir a una escuela normal.**
 De acuerdo En desacuerdo Inseguro (a)

¡LISTO, HAS TERMINADO!
Muchas Gracias.

Programa de concientización
“Esquizofrenia Sin Estigmas”
(modalidad guía para entregar a participantes)