

**Marta Manzano Pelegrina**

**ESTIGMATITZACIÓ SOCIAL ASSOCIADA A L'ESQUIZOFRÈNIA:  
OPINIONS I CONEIXEMENT D'UNA MOSTRA  
DE POBLACIÓ ADULTA**

**TREBALL DE FI DE GRAU**

**dirigit per la Dra. Anna Huguet Roselló**

**Grau de Psicologia**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**Tarragona**

**2022**

# ÍNDEX

1.	Introducció .....	3
1.1	Què és l'estigma social? .....	3
1.2	L'estigma associat a l'esquizofrènia .....	3
1.3	Factors relacionats amb l'estigma .....	5
1.3.1	Gènere.....	5
1.3.2	Familiaritat i coneixement .....	6
2.	Objectius i hipòtesis .....	8
3.	Metodologia .....	9
3.1	Procediment .....	9
3.2	Població d'estudi .....	9
3.3	Mostra d'estudi .....	9
3.4	Instruments .....	10
3.5	Anàlisi dels resultats .....	11
4.	Resultats .....	13
4.1	Descripció general de la mostra .....	13
4.2	Descripció de la variable estigma .....	13
4.3	Descripció de la variable coneixement.....	17
4.4	Anàlisis de correlació .....	18
4.5	Anàlisis comparatiu de les subescales del qüestionari CAMI .....	20
5.	Discussió i conclusions .....	23
6.	Limitacions i fortaleces.....	25
7.	Bibliografia .....	26
8.	Annexos .....	31

## **Resum**

L'esquizofrènia és un trastorn mental greu que afecta a aproximadament 24 milions de persones, és a dir, a 1 de cada 300 persones. La naturalesa dels símptomes, com els deliris i les al·lucinacions, resulten difícils d'entendre, fet que suscita un interès públic especial. Això ha comportat que el concepte d'esquizofrènia es vinculi a una sèrie de prejudicis i estereotips que fa que s'obstaculitzi el procés de rehabilitació, el qual té com a principal objectiu la reinserció a la comunitat. L'objectiu principal de l'estudi és analitzar el nivell de coneixements sobre l'esquizofrènia i observar les creences estigmatitzants associades, mitjançant una enquesta adreçada a la població general espanyola (N=133). Els resultats que s'han obtingut reflecteixen que hi ha una millora en la informació general sobre aspectes bàsics del trastorn, així com una puntuació menor d'estigma en comparació amb estudis anteriors. També s'evidencia la relació entre el coneixement i el nivell d'estigma.

**Paraules clau:** coneixement, estigma social, discriminació, esquizofrènia

## **Abstract**

Schizophrenia is a serious mental disorder that affects approximately 24 million people, or 1 in 300 people. The nature of the symptoms, such as delusions and hallucinations, is difficult to understand, which is of special public interest. This has led to the concept of schizophrenia being linked to a series of prejudices and stereotypes that hinder the rehabilitation process, which has as its main objective the reintegration into the community. The main objective of the study is to analyse the level of knowledge about schizophrenia and to observe the associated stigmatizing beliefs, through a survey aimed at the general Spanish population (N = 133). The results obtained show that there is an improvement in the general information on basic aspects of the disorder, as well as a lower stigma score compared to previous studies. The relationship between knowledge and the level of stigma is also evident

**Keywords:** knowledge, social stigma, discrimination, schizophrenia

## **1. Introducció**

### 1.1 Què és l'estigma social?

L'estigma social és un conjunt d'atributs desacreditats que es relacionen amb actituds i creences negatives cap a un col·lectiu de persones. Fets susceptibles d'afectar a la identitat d'una persona i per tant, que poden conduir a un sentit danyat del jo, a través del rebuig social, la discriminació i l'aïllament social (Goffman, 1963).

L'estigma social cap a les persones amb un trastorn mental ha estat àmpliament informat, sent aquest col·lectiu un dels que experimenten més estigma i rebuig social (Desjarlais et al., 1995; Byrne, 2000; Martínez-Zambrano et al., 2013; Treviño-Elizondo et al., 2017).

En aquest sentit, es considera que estigmatitzar a una persona amb un trastorn mental suposa tenir una reacció negativa deguda a la seva condició, fet que limita el seu benestar, adaptació, integració social i impedeix l'accés a recursos econòmics, laborals i educatius (Phelan, Link i Dovidio, 2008).

Existeix evidència que assenyala que si es perceben com incapaces o perilloses persones amb trastorns mentals, les polítiques i la legislació derivades d'aquestes creences, tendeixen cap al control i la contenció, en comptes de fer-ho cap a la recuperació i la vida en comunitat (Rose, 1998).

### 1.2 L'estigma associat a l'esquizofrènia

L'esquizofrènia és un trastorn mental greu que afecta a aproximadament 24 milions de persones, és a dir, a 1 de cada 300 persones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

La seva manifestació es deu a una combinació de factors de risc intrínsecs i extrínsecs, que no només produeixen psicosi com a síndrome central, sinó que també determinen el procés de la malaltia, inclosos els símptomes negatius i el deteriorament social.

No obstant, les conseqüències socials que pateixen els pacients degudes als símptomes negatius i el deteriorament social, varia segons l'entorn cultural, mentre que els símptomes de base no mostren en gran mesura cap variació cultural (Häfner, 2019). Això posa de manifest la influència de l'estigma en diferents cultures i contextos.

Altrament, en alguns països s'ha demostrat que els psiquiatres eviten verbalitzar als pacients el diagnòstic d'esquizofrènia degut a l'intens rebuig associat al terme (Ono et al., 1999). Això és degut a que el concepte d'esquizofrènia ha estat vinculat a una sèrie de prejudicis que determinen a la persona afectada com agressiva, estranya, perillosa, imprevisible i culpable, entre d'altres (Häfner, 2019).

Aquest estereotip de malalt mental fa que s'obstaculitzi el procés de rehabilitació, el qual té com a principal objectiu la reinserció a la comunitat (Chang et al., 2018). A més, comporta altres conseqüències negatives com ara dificultat per trobar feina (Marwaha i Johnson, 2004), dificultats per obtenir una casa (Page, 1995) baixa autoestima (Link et al., 2001) i depressió (Link et al., 1997).

Així mateix, els pacients amb símptomes més greus són més susceptibles a patir estigma. Els estudis indiquen que les persones amb trastorns mentals que presenten habilitats socials més pobres i símptomes evidents, com per exemple el comportament desorganitzat, generen respostes més negatives dels altres (Ertugrul i Ulug, 2004).

Els mitjans de comunicació són la principal font d'informació sobre salut mental per a una gran majoria de la població. Per això, una cobertura informativa objectiva i rigorosa pot ser una bona eina per combatre l'estigma que pateixen les persones amb trastorn mental. Per el contrari, si es transmeten repetidament conceptes errats o es fa un mal ús del llenguatge, els mitjans de comunicació contribueixen a perpetuar l'estigma i reforçar els estereotips (Álvarez et al., 2014).

Són els pacients amb trastorn mental greu, especialment els que pateixen trastorns psicòtics com l'esquizofrènia, els més exposats en els mitjans de comunicació (Leiderman et al., 2011). La naturalesa dels símptomes, com

els deliris i les al·lucinacions, resulten difícils d'entendre, fet que suscita un interès públic especial (Álvarez et al., 2014). D'aquesta manera, s'observa en la premsa una tendència a mostrar de manera desproporcionada la realitat dels pacients amb d'esquizofrènia.

Pérez et al., (2015) van trobar que en un 83,9% de les notícies, les persones amb diagnòstic d'esquizofrènia eren causants d'actes delictius, i només un 16,1% eren víctimes. Resulta encara més preocupant que quasi el 40% dels articles que es mostraven com a víctimes, es justificava d'alguna manera l'acte comès amb expressions com "la convivència amb ell era insostenible" o "estava molt alterat".

Així doncs, el missatge que es fomenta es que conviure o tractar amb una persona amb diagnòstic d'esquizofrènia és tan difícil que seria permisible i comprensible actuar de forma violenta. Tot i que les dades ens indiquen que es tracta d'un col·lectiu que és amb major freqüència víctima de delictes que no pas causant d'aquests.

En l'anàlisi que es va dur a terme en l'estudi esmentat anteriorment (Pérez et al., 2015), també es va detectar l'ús freqüent de la paraula esquizofrènia de forma denigrant, contribuint a la connotació negativa atribuïda al propi terme per la població.

### 1.3 Factors relacionats amb l'estigma

Investigacions anteriors han evidenciat la influència de determinats factors en l'estigmatització associada a l'esquizofrènia, entre ells: el gènere, la familiaritat i el coneixement. En el present estudi s'ha proposat estudiar i avaluar els factors esmentats.

#### 1.3.1 Gènere

L'estigma social associat als trastorns mentals és diferent en funció del gènere; les dones presenten actituds més positives envers persones amb trastorns mentals (Savrun et al., 2007; Martínez-Zambrano et al., 2013). A més, després d'una intervenció psicoeducativa, van presentar majors canvis en les creences estigmatitzades i es mostraven menys autoritàries i restrictives que els homes. Així mateix, Ewalds-Kvist et al. (2013)

suggereixen que les dones són més obertes i positives respecte la integració de persones amb trastorns mentals, però també mostren més conductes d'evitació i de por.

No obstant, hi ha certa controvèrsia ja que alguns estudis previs no s'han trobat diferències de gènere (Vuksic-Mihaljevic et al., 1998; Chou i Mak, 1998).

### 1.3.2 Familiaritat i coneixement

La familiaritat s'ha descrit com el coneixement i l'experiència amb la malaltia mental. D'aquesta manera, la intensitat de la familiaritat varia, des d'una persona que només veu representacions en vídeos de trastorns mentals, a una persona que té un veí amb un trastorn mental o a una persona que té un familiar amb una patologia (Holmes et al., 1999).

En l'estudi de Gaertner et al. (1996) s'ha demostrat que els membres de la població general que tenen contacte regular amb representants del grup minoritari són més propensos a aprovar actituds positives sobre aquest grup. Així doncs, les persones relativament més familiaritzades amb la malaltia mental, ja sigui a través de l'aprenentatge escolar o de l'experiència amb companys i familiars, tenen menys probabilitats d'aprovar actituds prejudicials cap a aquest grup (Corrigan et al., 2001).

Per tant, el coneixement sobre l'esquizofrènia, o la seva manca, pot donar forma a les actituds i el comportament de la població (Leiderman et al., 2011). Dit d'una altra manera, la familiaritat amb les malalties mentals està inversament relacionada amb actituds perjudicials cap a les malalties mentals (Holmes et al., 1999).

A més, s'ha demostrat que l'educació determina la familiaritat amb la malaltia mental; és a dir, és probable que les persones que han completat més anys d'educació tinguin més coneixements i/o experiència amb trastorns psiquiàtrics que, en conseqüència, condueixen a menys aprovació de l'estigma (Savrun et al., 2007).

Relacionat amb la variable gènere esmentada anteriorment, Farina (1981) va trobar que l'educació interactua amb els efectes de gènere sobre

l'estigma; els homes amb menys nivell educatiu eren més propensos a expressar prejudicis i discriminació cap a les persones amb trastorns mentals.

## **2. Objectius i hipòtesis**

Els objectius primaris d'aquest treball són:

1. Avaluar el nivell d'estigma associat al diagnòstic de l'esquizofrènia entre una mostra de població adulta espanyola major de 18 anys.
2. Avaluar el nivell de coneixement sobre l'esquizofrènia que té una mostra de població adulta espanyola major de 18 anys.

Els objectius secundaris són:

1. Avaluar si en la mostra d'estudi el nivell d'estigma està associat amb les següents variables: (1) el nivell de coneixement sobre l'esquizofrènia, (2) el gènere, (3) el fet de tenir un familiar amb diagnòstic d'esquizofrènia (4) el fet de conèixer alguna persona amb un diagnòstic d'esquizofrènia.

Les hipòtesis són:

1. Un major nivell de coneixement de l'esquizofrènia es relaciona amb un menor nivell de les dimensions d'estigma d'aquest trastorn.
2. Les dones enquestades, en relació als homes, obtindran puntuacions menors en les dimensions d'estigma.
3. Les persones enquestades amb un familiar amb esquizofrènia mostraran un menor nivell en les dimensions d'estigma.
4. Les persones enquestades que coneguin a una persona amb esquizofrènia mostraran un menor nivell en les dimensions d'estigma.

### **3. Metodologia**

Es tracta d'un disseny observacional, transversal i descriptiu.

#### 3.1 Procediment

Primerament, es va dissenyar un qüestionari autoadministrat amb Google Forms, d'una durada d'aplicació màxima de 15 minuts. A les instruccions inicials d'aquest es demana el consentiment als participants i s'informa que les dades obtingudes es tractaran de manera anònima i només s'interpretaran globalment.

Per tal de poder administrar el qüestionari es va obtenir el permís del Comitè d'Ètica d'Investigació en Persones, Societat i Medi Ambient (CEIPSA) de la URV. A continuació, es va fer difusió mitjançant coneguts i xarxes socials. El període disponible per respondre l'enquesta va ser del 18 al 22 de maig.

Finalment es va realitzar una anàlisi estadística de les dades recuperades amb format Excel importades al programa SPSS Statistics (versió 28.0.1.1).

#### 3.2 Població d'estudi

L'estudi inclou persones majors de 18 anys que tinguin un dispositiu mòbil de tipus smartphone que permeti recuperar i respondre l'enquesta. No es van preveure criteris d'exclusió.

#### 3.3 Mostra d'estudi

El qüestionari ha estat respost per un total de 133 persones, en edats compreses entre 18 i 69 anys. Un 55,6% de les quals s'identificaven amb el gènere femení, un 43,6% amb el gènere masculí i un 0,8% amb no binari.

Predomina la població estudiantil i empleada amb un 93,2%, així com un nivell de formació alt ja que un 63,9% presenta estudis universitaris i un 27,9% estudis de batxillerat/cicle formatiu grau mig/cicle formatiu grau superior.

### 3.4 Instruments

Les variables que es recullen són: dades sociodemogràfiques (identitat de gènere, edat, nivell d'estudis i situació laboral); s'inclouen variables relacionades amb l'esquizofrènia: diagnòstic de trastorn mental, familiar amb diagnòstic d'esquizofrènia, coneixement d'algú amb diagnòstic d'esquizofrènia, nivell de coneixement percebut sobre l'esquizofrènia i la font principal des d'on s'ha obtingut el coneixement; variables de coneixement de l'esquizofrènia i dimensions d'estigma.

Aquestes variables es van incloure en un qüestionari en format electrònic amb Google Forms dissenyat ad-hoc. Una part rellevant del qüestionari inclou l'avaluació del coneixement sobre l'esquizofrènia mitjançant el qüestionari validat *Cuestionario de Conocimiento sobre la Esquizofrenia*. Aquest instrument ha estat utilitzat per la OMS en la implementació del programa *Puertas abiertas* (Stuart i Arboleda-Flórez, 2001) en la versió adaptada a Argentina (Leiderman et al., 2011). Aquest té una consistència interna de 0,69 (valor  $\alpha$  de Cronbach) i consta de 10 ítems; 8 d'ells amb un format de resposta *sí/no/no sabe*; el novè, en referència a les causes mostra les alternatives de resposta: *genéticas, ambientales o ambas*; i l'últim ítem ofereix les alternatives: *medicación, psicoterapia i ambos*.

Per tal d'avaluar el nivell d'estigma s'ha emprat el qüestionari elaborat per Taylor i Dear (1981), el qual es basa en l'Escala d'opinions sobre la malaltia mental (OMI; per les segles en anglès *Opinions about Mental Illness*) (Cohen i Struening, 1962). Concretament, s'ha fet servir la versió espanyola validada en una població d'adolescents, amb una consistència interna de 0,861 (valor  $\alpha$  de Cronbach) en la primera avaluació i 0,909 en la segona (Ochoa et al., 2016). Els valors del coeficient de correlació intraclasse oscil·len entre 0,775-0,339 en la anàlisi d'ítem per ítem, i entre 0,88-0,81 en les subescales. En la segmentació per gènere les puntuacions en el coeficient de correlació intraclasse en el grup de dones està entre 0,797-0,863 i en els homes entre 0,889-0,774.

En el present estudi, s'ha fet una adaptació del qüestionari a l'esquizofrènia, substituït els ítems on es referien a "*enfermedades mentales*" per

"esquizofrenia". Un exemple d'ítem original és: "las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante mucho tiempo", l'adaptació ha estat: "*las personas con esquizofrenia han sido objeto de burlas durante mucho tiempo*". L'escala consta de 40 ítems amb quatre dimensions: autoritarisme, benevolència, restricció social i ideologia de la salut mental. Cada subescala està formada per 10 ítems, dels quals 5 es troben en sentit positiu i 5 en sentit negatiu. El format de resposta és tipus Likert amb 5 alternatives que van des de "*totalmente de acuerdo*" fins "*totalmente en desacuerdo*". La puntuació de cada subescala és el resultat de la suma entre els ítems en positiu i la inversa dels ítems en negatiu.

La subescala d'autoritarisme valora les opinions vers les persones amb esquizofrènia com una classe inferior als individus sans. Per contra, la subescala de benevolència avalua les actituds d'acollida cap als pacients però que poden arribar a representar una actitud paternalista. Altrament, la subescala de restricció social avalua la perillositat del trastorn per la societat i suggereix que les persones amb aquest diagnòstic s'han de controlar, tant abans com després de la hospitalització. Per últim, la subescala de ideologia de la salut mental valora les actituds i creences relacionades amb la inserció de les persones amb esquizofrènia a la comunitat i a la societat en general.

D'aquesta manera, puntuacions més elevades en les dimensions d'autoritarisme i restricció social, i puntuacions més baixes en les dimensions de benevolència i ideologia de la salut mental, s'associen amb un major grau d'estigma.

### 3.5 Anàlisi dels resultats

Primerament, es va realitzar una anàlisi descriptiva de les variables, descrivint la freqüència i el percentatge de les variables categòriques (ex. gènere) i la mitja amb desviació estàndard o mitjana en rang (màxim i mínim) per les variables contínues, en funció de si complien la llei de normalitat.

En segon lloc, s'ha fet una anàlisi de les correlacions entre les variables d'interès: la puntuació del test de coneixement sobre l'esquizofrènia i les

subescales del qüestionari CAMI; mitjançant el test de correlació de Pearson i el test  $\rho$  de Spearman.

Per últim, s'ha fet una anàlisi comparativa de les variables d'interès: les subescales del qüestionari CAMI i la puntuació del test de coneixement sobre l'esquizofrènia en funció de la identitat de gènere (dona i home), tenir un familiar diagnosticat d'esquizofrènia i conèixer a alguna persona amb diagnòstic d'esquizofrènia; mitjançant una anàlisi bivariant de comparació de mitges amb la prova T de Student, tenint en compte el test d'igualtat de les variàncies.

## 4. Resultats

### 4.1 Descripció general de la mostra

#### Taula 1:

*Descripció de la mostra (N=133)*

<b>Variable</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diagnòstic de trastorn mental (Si)	10	7,5
Nivell de coneixement autopercebut (mig /alt /molt alt)	57	42,9
Fonts d'informació sobre l'esquizofrènia:		
- Converses amb amics o familiars	31	23,4
- Formació específica	27	20,4
- Pel·lícules o sèries	23	17,3
- Per experiència amb persones diagnosticades	19	14,3
- Sense coneixement	17	12,8
- Altres	16	11,8

### 4.2 Descripció de la variable estigma

La taula 2 i les figures 1, 2, 3 i 4, fan referència a l'anàlisi estadística del qüestionari CAMI que avalua les dimensions l'estigma. Tal i com es pot observar, la mitjana més alta s'obté en l'escala de benevolència (mitjana=40,08), i seguidament de l'escala de ideologia de la salut mental (mitjana=38,86), una puntuació alta en aquestes escales s'associa amb un menor grau d'estigma. La subescala amb menys puntuació és la de restricció social (mitjana=20,99), que juntament amb autoritarisme (mitjana=24,39), una puntuació alta s'associa a un major grau d'estigma.

D'aquesta manera, s'obté una asimetria negativa en les subescales de benevolència i ideologia de la salut mental. Contràriament en la subescala de restricció social s'observa una asimetria positiva.

Altrament, tot i que els resultats de les proves de normalitat indiquen que no es compleix normalitat, s'ha realitzat la prova de Pearson ja que la mostra és gran (N=133) i el valor de la mitja i la mediana no s'allunyen.

**Taula 2:**

*Estadístics descriptius de les subescales del qüestionari CAMI*

	<b>Mitjana</b>	<b>SD</b>	<b>Mediana</b>	<b>Rang</b>	<b>Min</b>	<b>Màx</b>	<b>Asimetria</b>	<b>Curtosis</b>
Autoritarisme	24,39	5,05	25,00	30,00	10,00	40,00	-0,150	0,17
Benevolència	40,08	5,20	41,00	28,00	22,00	50,00	-0,62	0,61
Restricció social	20,99	6,02	21,00	35,00	10,00	45,00	0,63	1,24
Ideologia salut mental	38,86	6,58	39,00	32,00	18,00	50,00	-0,41	0,30

*Nota.* Min: mínim; Màx: màxim; SD: desviació estàndard

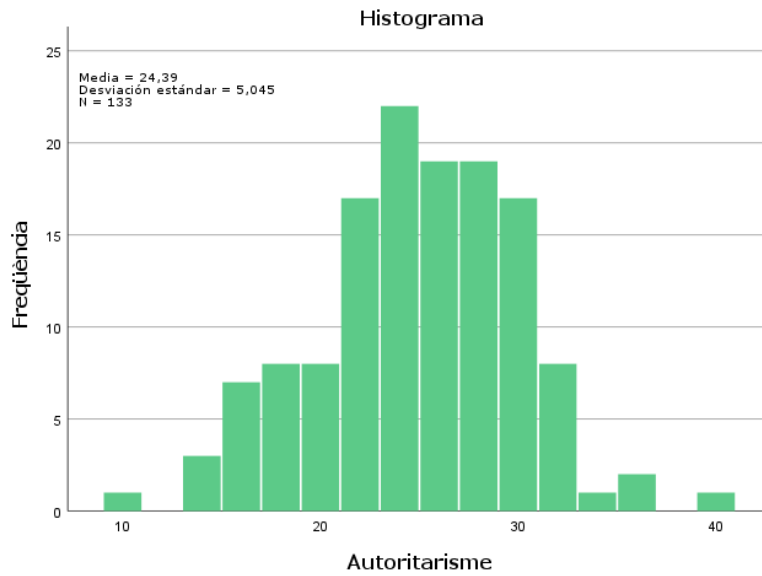
**Taula 2 (cont.)**

	<b>Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup></b>			<b>Shapiro-Wilk</b>		
	Estadístic	gl	Sig.	Estadístic	gl	Sig.
Autoritarisme	0,080	133	0,038	0,971	133	0,006
Benevolència	0,080	133	0,036	0,969	133	0,004
Restricció social	0,089	133	0,012	0,973	133	0,009
Ideologia salut mental	0,069	133	0,200*	0,987	133	0,266

*Nota.* \*Límit inferior a la significació vertadera; a. Correcció de significació de Lilliefors

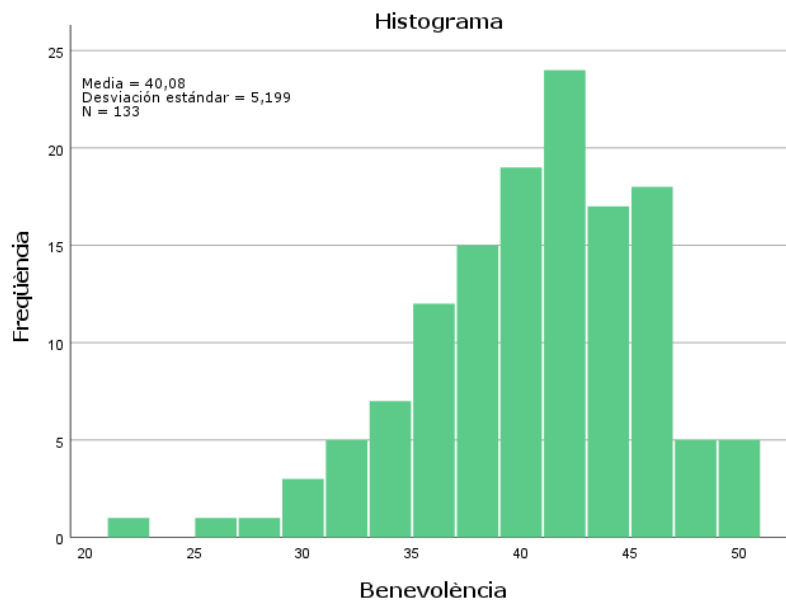
**Figura 1:**

*Distribució subescala autoritarisme del qüestionari CAMI*



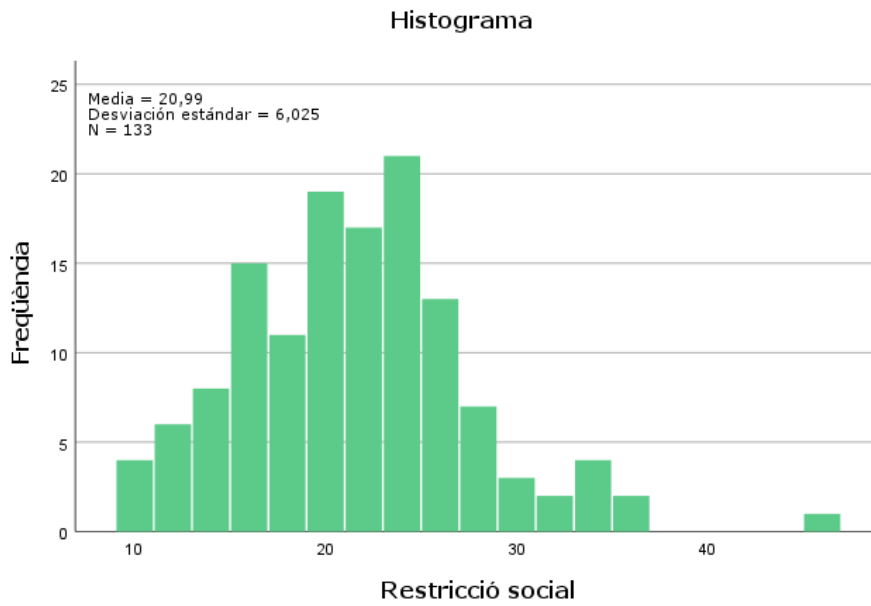
**Figura 2:**

*Distribució subescala benevolència del qüestionari CAMI*



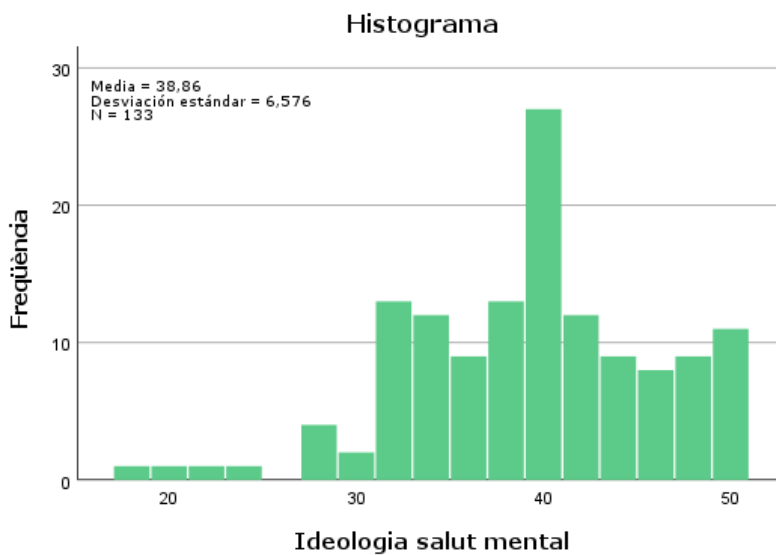
**Figura 3:**

*Distribució subescala restricció social del qüestionari CAMI*



**Figura 4:**

*Distribució subescala ideologia de la salut mental del qüestionari CAMI*



### 4.3 Descripció de la variable coneixement

La mitjana de les puntuacions obtingudes en l'escala de coneixement és de 6,6 i la desviació estàndard de 1,90. S'observa que en el primer ítem; *sufren de personalidad dividida o múltiple*, només han encertat un 28,6% dels enquestats, un 43,6% han respost erròniament i un 27,8% no ho sabien. Així mateix, en els ítems; *pueden tener falta de voluntad* i *la mayoría tienen cura*, només un 46,6% (en ambdós casos) dels enquestats ha respost correctament.

#### Taula 3:

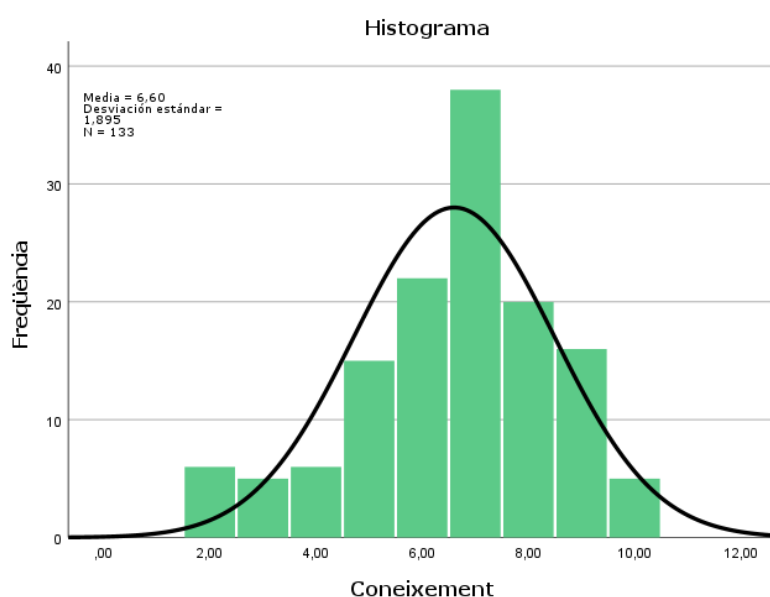
*Distribució de les respostes dels ítems de l'escala de coneixement de l'esquizofrènia (N=133)*

<b>Ítems</b>	<b>Encerts % (N)</b>	<b>Errors % (N)</b>	<b>No ho sap % (N)</b>
Sufren de personalidad dividida o múltiple	28,6 (38)	43,6 (58)	27,8 (37)
Oyen voces que no existen	79,7 (106)	5,3 (7)	15 (20)
Presentan tendencia al aislamiento social	66,2 (88)	15,8 (21)	18 (24)
Pueden tener falta de voluntad	46,6 (62)	19,5 (26)	33,8 (45)
Son retardados mentales	89,5 (119)	3 (4)	7,5 (10)
La mayoría son peligrosos para otros o tienen conductas violentas	58,6 (78)	24,1 (32)	17,3 (23)
Tienen conductas raras o inadecuadas	73,7 (98)	12 (16)	14,3 (19)
La mayoría tienen cura	46,6 (62)	13,5 (18)	39,8 (53)
Las causas de la esquizofrenia son	Ambas 75,9 (101)	Ambientales 6 (8)	Genéticas 18 (24)
El tratamiento más adecuado es	Ambas 94,7 (126)	Psicoterapia 4,5 (6)	Medicación 0,8 (1)

*Nota.* Encertar és l'opció correcta que pot variar depenent del ítem. Per exemple: *sí, no, ambas.*

### **Figura 5:**

*Distribució de les puntuacions de escala de coneixement sobre l'esquizofrènia*



#### 4.4 Anàlisi de correlació de les subescales del qüestionari CAMI

S'ha dut a terme el càlcul de la prova Pearson i Spearman; ambdós resultats coincideixen, així doncs, per al càlcul dels resultats següents s'ha fet servir la prova Pearson.

Pel que fa a l'anàlisi de la correlació entre les subescales del qüestionari CAMI i la puntuació del test de coneixement de l'esquizofrènia, s'evidencia una correlació negativa entre autoritarisme i coneixement, així com entre restricció social i coneixement. Per contra, s'observa una correlació positiva entre la subescala de benevolència i coneixement, i entre ideologia de la salut mental i coneixement.

**Taula 4:**

*Anàlisi de correlació de subescales del qüestionari CAMI amb la puntuació total de coneixement de l'esquizofrènia*

<b>Subescala</b>	<b>Autoritarisme</b>	<b>Benevolència</b>	<b>Restricció social</b>	<b>Ideologia salut mental</b>	<b>Total coneixement</b>
Autoritarisme		-0,68*	0,74*	-0,78*	-0,30*
Benevolència			-0,79*	0,74*	0,24*
Restricció social				-0,83*	-0,31*
Ideologia salut mental					0,32*

*Nota.* Es mostra el valor del test de correlació de Pearson. (\*) La correlació és significativa amb un nivell <0,01 (contrast bilateral)

**Taula 5:**

*Anàlisi de correlació no paramètrica de subescales del qüestionari CAMI amb la puntuació total de coneixement de l'esquizofrènia*

<b>Subescala</b>	<b>Autoritarisme</b>	<b>Benevolència</b>	<b>Restricció social</b>	<b>Ideologia salut mental</b>	<b>Total coneixement</b>
Autoritarisme		-0,65**	0,71**	-0,76**	-0,31**
Benevolència			-0,73**	0,68**	0,18*
Restricció social				-0,80**	-0,29**
Ideologia salut mental					0,31**

*Nota.* Es mostra el valor del test  $\rho$  de Spearman. (\*) La correlació és significativa en el nivell 0,05 (bilateral). (\*\*) La correlació és significativa en el nivell 0,01 (bilateral)

#### 4.5 Anàlisi comparatiu de les subescales del qüestionari CAMI

La taula 6 mostra l'anàlisi comparativa de les puntuacions en les subescales del qüestionari CAMI i el test de coneixement sobre l'esquizofrènia en funció del gènere. S'han trobat diferències significatives en la subescala d'autoritarisme, en la subescala de benevolència, en la subescala d'ideologia de la salut mental i en coneixement. Per contra, la subescala restricció social no mostra diferències significatives.

En la taula 7 es mostra l'anàlisi comparativa de les puntuacions en les subescales del qüestionari CAMI i el test de coneixement sobre l'esquizofrènia en funció de si tenen un familiar amb diagnòstic. S'han trobat diferències significatives en les subescales d'autoritarisme, de restricció social i d'ideologia de la salut mental. Per contra, la subescala de benevolència i el coneixement, no mostren diferències significatives.

En la taula 8 es mostra l'anàlisi comparativa de les puntuacions en les subescales del qüestionari CAMI i el test de coneixement sobre l'esquizofrènia en funció de si coneixen o no a una persona amb esquizofrènia. S'han trobat diferències significatives en les subescales d'autoritarisme i d'ideologia de la salut mental. Per contra, la subescala de benevolència, la subescala de restricció social i el coneixement, no mostren diferències significatives.

#### **Taula 6:**

*Anàlisi comparativa de les puntuació en les subescales del qüestionari CAMI i el test de coneixement sobre l'esquizofrènia en funció del gènere*

<b>Subescala</b>	<b>Total (N=133)</b>	<b>Dones (N=74)</b>	<b>Homes (N= 58)</b>	<b>Valor p</b>
Autoritarisme	24,39 (5,05)	23,05 (4,83)	26,12 (4,87)	<0,001

Benevolència	40,08 (5,20)	41,22 (4,91)	38,57 (5,24)	0,003
Restricció social	20,99 (6,02)	20,58 (5,75)	21,59 (6,39)	0,344
Ideologia de la salut mental	38,86 (6,58)	40,03 (5,95)	37,36 (7,12)	0,021
Coneixement	6,60 (1,90)	6,99 (1,82)	6,10 (1,90)	0,008

*Nota.* Es mostren el valors de la mitja (desviació estàndard) de la puntuació de les subescales del CAMI per la mostra total (N=133) i la comparació segons el gènere de l'enquestat, aplicant l'anàlisi estadística T de Student (p valor). Per fer l'anàlisi no s'ha tingut en compte les respostes d'un participant que s'identificava com a no binari.

#### **Taula 7:**

*Anàlisi comparativa de les puntuacions en les subescales del qüestionari CAMI i el test de coneixement sobre l'esquizofrènia en funció de si tenen un familiar amb diagnòstic d'esquizofrènia*

Subescala	Total (N=133)	Familiar amb esquizofrènia		Valor p
		Si (N=15)	No (=118)	
Autoritarisme	24,39 (5,05)	20,60 (4,53)	24,88 (4,92)	0,002
Benevolència	40,08 (5,20)	42,40 (4,27)	39,79 (5,25)	0,067
Restricció social	20,99 (6,02)	17,73 (5,18)	21,41 (6,02)	0,026
Ideologia de la salut mental	38,86 (6,58)	43,27 (5,69)	38,31 (6,49)	0,005
Coneixement	6,60 (1,90)	7,2 (1,47)	6,5 (1,47)	0,195

*Nota.* Es mostren el valors de la mitja (desviació estàndard) de la puntuació de les subescales del CAMI per la mostra total (N=133) i la comparació per segons si l'enquestat té o no un familiar amb esquizofrènia, aplicant l'anàlisi

estadística de T de Student (p valor). Per fer l'anàlisi no s'ha tingut en compte les respostes d'un participant que s'identificava com a no binari.

**Taula 8:**

*Anàlisi comparativa de les puntuacions en les subescales del qüestionari CAMI i el test de coneixement sobre l'esquizofrènia en funció de si coneixen o no a una persona amb esquizofrènia*

Subescala	Total (N=133)	Conèixer a una persona amb esquizofrènia		Valor p
		Si (N=38)	No (N=95)	
Autoritarisme	24,39 (5,05)	22,95 (5,29)	24,97 (4,85)	0,036
Benevolència	40,08 (5,20)	41,47 (5,08)	39,53 (5,17)	0,051
Restricció social	20,99 (6,02)	19,48 (5,58)	21,61 (6,11)	0,061
Ideologia de la salut mental	38,86 (6,58)	40,76 (6,77)	38,11 (6,37)	0,035
Coneixement	6,60 (1,90)	6,45 (2,26)	6,66 (1,74)	0,599

*Nota.* Es mostren el valors de la mitja (desviació estàndard) de la puntuació de les subescales del CAMI per la mostra total (N=133) i la comparació per segons si l'enquestat coneix o no a alguna persona amb esquizofrènia, aplicant l'anàlisi estadística de T de Student (p valor). Per fer l'anàlisi no s'ha tingut en compte les respostes d'un participant que s'identificava com a no binari.

## 5. Discussió i conclusions

El propòsit d'aquest estudi és avaluar el nivell d'estigma associat a l'esquizofrènia i el coneixement d'aquest trastorn per part de la població, així com la influència d'altres variables que en altres contextos culturals han mostrat influència en l'estigma social (Savrun et al., 2007; Martínez-Zambrano et al., 2013).

Primerament, quant al nivell d'estigma els resultats obtinguts en les subescales d'autoritarisme i restricció social són similars a les de l'estudi original (Ochoa et al., 2016). No obstant, les mitjanes de les subescales de benevolència e ideologia de la salut mental són molt més altes que en l'estudi original. Aquest fet podria explicar-se degut a les característiques de la mostra ja que es tracta d'una població on predomina una gran formació, concretament un 63,9% de la mostra ha cursat estudis universitaris. Així mateix, un 42,9% referia tenir una autopercepció d'un domini mitjà/alt/molt alt sobre l'esquizofrènia. Els efectes de la familiaritat podrien explicar aquests resultats (Holmes et al., 1999; Savrun et al., 2007; Leiderman et al., 2011).

Pel que fa al coneixement, s'obtenen resultats lleugerament superiors als observats en els estudis elaborats per Leiderman et al., (2011) i Grandón et al., (2018). Tot i que es fa ús del mateix mètode d'aplicació (qüestionari autoaplicat) i del mateix instrument existeixen certes diferències culturals. Altrament, s'observa una tendència ja descrita (Stuart i Arboleda-Flórez, 2001; Leiderman et al., 2011; Grandón et al., 2018) de que gairebé la meitat dels enquestats consideraven que les persones amb esquizofrènia patien de personalitat múltiple o dividida (ítem 1 de l'escala de coneixement), en aquest estudi un 43,6% també han respost aquesta opció. Fet que denota una comprensió errònia del nom i la concepció social que es té de la malaltia.

En referència a les hipòtesis plantejades; s'accepta la primera hipòtesi, ja que es relaciona el coneixement amb una menor puntuació en les subescales d'autoritarisme i restricció social, les quals es troben subjectes a estigma. Així mateix, s'observa una relació positiva entre un major

coneixement i una major puntuació en les subescales de benevolència i ideologia de la salut mental, les quals s'associen amb un menor grau d'estigma. Aquests resultats van en concordança amb estudis previs (Leiderman et al., 2011).

S'accepta la segona hipòtesi ja que s'associa en dones una diferència significativa d'una puntuació menor en la subescala d'autoritarisme, major en la subescala de benevolència i d'ideologia de la salut mental, així com en coneixement. Tot i que no s'obtenen diferències significatives en relació amb la subescala de restricció social. Aquests resultats es podria explicar amb la proposta d'Ewalds-Kvist et al. (2013), ja que suggereixen que les dones són més obertes i positives respecte la integració de persones amb trastorns mentals, però també mostren més conductes d'evitació i de por.

S'accepta la tercera hipòtesi ja que les persones enquestades amb un familiar amb esquizofrènia s'associen amb una puntuació menor en les escales d'autoritarisme i restricció social i una puntuació major en ideologia de la salut mental. No obstant, no es troben diferències significatives en l'escala de benevolència. S'accepta la quarta hipòtesi ja que les persones enquestades amb un familiar amb esquizofrènia s'associen amb una menor puntuació en l'escala d'autoritarisme i una major puntuació en l'escala d'ideologia de la salut mental.

Aquestes últimes dues hipòtesis van en consonància amb els estudis de Leiderman et al., (2011) i Holmes et al., (1999) que exposen l'efecte de la familiaritat. Altrament, comparant aquests dos resultats, l'única diferència és que les persones que tenen un familiar amb esquizofrènia mostren una puntuació menor significativa en restricció social. Una possible hipòtesi que podria explicar això seria l'efecte de la familiaritat; si una persona de la teva família és diagnosticada es viu d'una forma més propera, no només per proximitat afectiva sinó per el fet de imaginar que podria passar-te a tu.

## **6. Limitacions i fortaleces**

Una limitació de l'estudi present és que tal i com evidencien Evans-Lacko et al. (2014) i Ochoa et al. (2016), hi ha una escassa recerca vers l'estigma social associat als trastorns mentals a Espanya, especialment als trastorns mentals greus com l'esquizofrènia.

Com no es disposen d'instruments validats en població espanyola, per tal d'avaluar el coneixement s'ha emprat el qüestionari de coneixement de l'esquizofrènia validat en població argentina. Per afegitó, no existeix una escala validada en espanya que avaluï específicament l'estigma en l'esquizofrènia, és per això que s'ha fet una adaptació del qüestionari CAMI per la pròpia autora. Un punt de millora de l'estudi pot consistir en elaborar un retest d'aquesta adaptació per tal d'avaluar les propietats psicomètriques.

Una altra limitació que es detecta és el fet que es tracta d'un estudi descriptiu i per tant, no es pot inferir causalitat en les variables analitzades sinó associació. Per fer-ho, s'hauria de realitzar una anàlisi multivariant per saber quins factors influeixen de manera específica.

No obstant, els estudis descriptius com aquest ofereixen també moltes avantatges, com per exemple la elaboració d'hipòtesis per a futures recerques. Aquest estudi pot ser el punt de partida per crear programes d'intervenció més adequats i focalitzats a reduir l'estigma social que existeix en la comunitat cap a les persones amb esquizofrènia. Per exemple, s'observa un major grau d'estigma en homes sense coneguts ni familiars amb esquizofrènia. Aquest podria ser la població diana, tot i que per tal de definir i concretar el perfil correctament convindria realitzar una anàlisi multivariant que consideri més variables.

Així mateix, l'elaboració d'aquest estudi visibilitza la necessitat de crear instruments per tal d'avaluar l'estigma que puguin ser comparables a altres utilitzats en altres països. Ja que com s'ha exposat anteriorment, resulta una problemàtica alarmant que es troba integrada en la nostra societat i suposa una gran font de patiment per a les persones afectades.

## 7. Bibliografía

- Albrecht, G. L., Walker, V. G., & Levy, J. A. (1982). Social distance from the stigmatized. A test of two theories. *Social science & medicine* (1982), 16(14), 1319–1327.
- Aznar-Lou, I., Serrano-Blanco, A., Fernández, A. i Luciano, J. V. (2015) Attitudes and intended behaviour to mental disorders and associated factors in catalan population, Spain: cross-sectional population-based survey. *BMC Public Health* 16, 127.
- Barrett, R.J. (1998) The 'Schizophrenic' and the Liminal Persona in Modern Society. *Cult Med Psychiatry* 22, 465–494.
- Berge, M. i Ranney, M. (2005). Self-esteem and stigma among persons with schizophrenia: implications for mental health. *Care management journals: Journal of case management; The journal of long term home health care*, 6(3), 139–144.
- Castro-Alzate, E., Saldivia, S., Bustos, C., Grandón, P. i Vielma-Aguilera, A. (2018). Evaluación del estigma hacia personas con diagnóstico de esquizofrenia mediante una escala de conocimiento. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(2),72-81.
- Chang, N., Ribot, VC. i Pérez, V. (2018) Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas esquizofrénicas. *Revista havanera de ciencias médicas*, 17(5):705-719.
- Chou, K-L. i Mak, K. (1998) Attitudes To Mental Patients Among Hong Kong Chinese: a Trend Study Over Two Years. *International Journal of Social Psychiatry*, 44(3):215-224.
- Cohen, J. i 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.

- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L. i Penn, D. L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 27(2), 219–225.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. i Kleinman, A. (1995). *World mental health: Problems and priorities in low-income countries*. Oxford University Press.
- Ertugrul, A. i Uluğ, B. (2004). Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(1), 73–77.
- Evans-Lacko, S., Courtin, E., Fiorillo, A., Knapp, M., Luciano, M., Park, A.L., (...) i Zlati, A. (2014). The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: A systematic mapping of the literature. *European Psychiatry*, 29, 381-9.
- Ewalds-Kvist, B., Högberg, T. i Lützén, K. (2013). Impact of gender and age on attitudes towards mental illness in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67, 360-8.
- Farina, A. (1981). Are women nicer people than men? Sex and the stigma of mental disorders. *Clinical Psychology Review*, 1(2), 223–243.
- Gaertner, S., Rust, M., Dovidio, J., Bachman, B., i Anastasio, P. (1996). The contact hypothesis: the role of a common ingroup identity on reducing intergroup bias among majority and minority group members. In J. L. Nye, & A. M. Brower (Eds.), *What's social about social cognition? Research on socially shared cognition in small groups* (pp. 230-260).
- Goffman, E. (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. 1o. Amorrortu, editor. Madrid-Buenos Aires.
- Grandón, P., Saldivia, S., Cova, F., Bustos, C. i Turra, V. (2016). Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en una muestra chilena. *Universitas Psychologica*, 15(2), 153–162.

- Häfner, H. (2019). From Onset and Prodromal Stage to a Life-Long Course of Schizophrenia and Its Symptom Dimensions: How Sex, Age, and Other Risk Factors Influence Incidence and Course of Illness. *Psychiatry Journal*, 1–15.
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J. i Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 25(3), 447–456.
- Leff, J., Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A. i Ernberg, G. (1992). The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings. *Psychological medicine*, 22(1), 131–145.
- Leiderman, E. A., Vazquez, G., Berizzo, C., Bonifacio, A., Bruscoli, N., Capria, J. I., Ehrenhaus, B., Guerrero, M., Guerrero, M., Lolich, M. i Milev, R. (2011). Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia: Buenos Aires. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(4), 281–290.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C. i Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of health and social behavior*, 38(2), 177–190
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. i Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 52(12), 1621–1626.
- Martínez-Zambrano, F., García-Morales, E., García-Franco, M., Miguel, J., Villellas, R., Pascual, G., Arenas, O. i Ochoa, S. (2013). Intervention for reducing stigma: Assessing the influence of gender and knowledge. *World journal of psychiatry*, 3(2), 18–24.
- Marwaha, S. i Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment - a review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(5), 337–349.

- Montes, J. M. G. i Alvarez, M. P. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, Vol. 3, Nº 1, pp. 107-122.
- Ochoa, S., Martínez-Zambrano, F., Vila-Badia, R., Arenas, O., Casas-Anguera, E., García-Morales, E., Villellas, R., Martín, J. R., Pérez-Franco, M. B., Valduciel, T., García-Franco, M., Miguel, J., Balsera, J., Pascual, G., Julia, E., Casellas, D. i Haro, J. M. (2016). Spanish validation of the social stigma scale: Community Attitudes towards Mental Illness. Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 9(3), 150–157.
- Ono, Y., Satsumi, Y., Kim, Y., Iwadate, T., Moriyama, K., Nakane, Y., Nakata, T., Okagami, K., Sakai, T., Sato, M., Someya, T., Takagi, S., Ushijima, S., Yamauchi, K. i Yoshimura, K. (1999). Schizophrenia: is it time to replace the term? *Psychiatry and clinical neurosciences*, 53(3), 335–341
- Organización Mundial de la Salud (21 de enero de 2022). Esquizofrenia.
- Pérez-Delgado, I. J., González-Cruz, P. U., Camacho-Rodríguez, M. M., Vélez-Díaz, G. i Cano-Estrada, E. A. (2022). Conocimiento y estigma sobre personas con esquizofrenia en estudiantes de enfermería. *XIKUA Boletín Científico De La Escuela Superior De Tlahuelilpan*, 10(19), 1-4.
- Pérez, C., Bosqued, L., Nebot, M., Guilabert, M., Pérez, J. i Quintanilla López, M.A. (2015). Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 721-730.
- Phelan, J., Link, B. i Dovidio, J. (2008): "Stigma and prejudice: One animal or two?". *Social Science & Medicine*, 67 (3), 358–367.
- Rose, D. (1998), Television, madness and community care. *J. Community. Appl. Soc. Psychol.*, 8: 213-228

- Saiz, J., Vega, D. C. i Sánchez, P. (2010). Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 235-254.
- Sánchez, C. (09 de agosto de 2019). Citas vs Referencias vs Bibliografía. Normas APA (7ma edición).
- Savrun, BM., Arikan, K., Uysal, O., Cetin, G., Poyraz, BC. i Bayar MR. (2007). Gender effects on attitudes towards the mentally ill: A survey of Turkish university students. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 44, 57-61.
- Stuart, H. i Arboleda-Flórez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 46(3), 245–252.
- Treviño-Elizondo, F. A., B. Willis, G., Siller-González, B. i Quiroga-Garza, A. (2018). La representación de la enfermedad mental en la prensa escrita. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 24(2), 1861-1874.
- Uchino, T., Maeda, M. i Uchimura, N. (2012). Psychoeducation may reduce self-stigma of people with schizophrenia and schizoaffective disorder. *The Kurume medical journal*, 59(1-2), 25–31.
- Vuksic-Mihaljevic, Z., Mandic, N., Barkic, J., Laufer, D. i Filakovic, P. (1998) Schizophrenic disorder and family attitudes. *European journal of psychiatry*, 12, 139–152.
- Walsh, E., Buchanan, A., i Fahi, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry* 180:490–495

## 8. Annexos

### Annex 1

*Enquesta creada per analitzar l'estigmatització associada a les persones amb diagnòstic d'esquizofrènia i el coneixement del trastorn*

¡Hola! Soy Marta Manzano, una estudiante de cuarto de psicología de la Universidad Rovira i Virgili. Para mi trabajo de fin de grado he elaborado este cuestionario, con el objetivo de obtener información sobre el conocimiento de la esquizofrenia y evaluar el estigma asociado. Los datos obtenidos serán tratados de manera anónima y solo se interpretarán globalmente. ¡Muchas gracias por tu participación!

- Acepto que mi participación es voluntaria y doy libremente mi conformidad para participar en este estudio.

¿Con qué género se identifica?

- Femenino
- Masculino
- Otro \_\_\_\_\_

¿Edad? \_\_\_\_\_

Actualmente, ¿Qué ocupación tiene?

- Trabajo
- Estudio
- Trabajo y estudio
- Jubilado/a
- Ninguna
- Otra \_\_\_\_\_

¿Cuál es su nivel de estudios?

- Primaria
- Secundaria
- Bachillerato
- Ciclo formativo grado medio

- Ciclo formativo grado superior
- Grado universitario

¿Se le ha diagnosticado un trastorno mental?

- Sí
- No

¿Tiene algún familiar con diagnóstico de esquizofrenia?

- Sí
- No

Si su respuesta en la pregunta anterior ha sido "Sí", ¿Mantiene relación con este familiar?

- Sí
- No

¿Tiene algún vecino o conocido con diagnóstico de esquizofrenia?

- Sí
- No

Si su respuesta en la pregunta anterior ha sido "Sí", ¿Mantiene relación con este vecino o conocido?

- Sí
- No

¿Qué nivel de conocimiento cree que tiene sobre la esquizofrenia?

- Muy bajo
- Bajo
- Medio
- Alto
- Muy alto

El conocimiento que tiene sobre la esquizofrenia lo ha adquirido mayoritariamente...

- Por experiencia con personas diagnosticadas

- Por lo que me han contado amigos o familiares
- Por la prensa
- Por alguna serie o película
- He recibido formación específica
- Tengo formación en el ámbito de la salud mental
- No tengo conocimientos sobre la esquizofrenia
- Otra: \_\_\_\_\_

A continuación, se muestran afirmaciones sobre la esquizofrenia y las personas diagnosticadas con ella. Debe marcar la opción que crea correcta.

- Sufren de personalidad dividida o múltiple: sí /no /no sabe
- Oyen voces que no existen: sí /no /no sabe
- Presentan tendencia al aislamiento social: sí /no /no sabe
- Pueden tener falta de voluntad: sí /no /no sabe
- Son retardados mentales: sí /no /no sabe
- La mayoría son peligrosos para otros o tienen conductas violentas: sí /no /no sabe
- Tienen conductas raras o inadecuadas: sí /no /no sabe
- La mayoría tienen cura: sí /no /no sabe
- Las causas de la esquizofrenia son... : genéticas/ ambientales / ambas
- El tratamiento más adecuado es...: medicación /psicoterapia/ambos

Las afirmaciones siguientes expresan opiniones distintas sobre la esquizofrenia y las personas diagnosticadas con ella. El concepto de personas con esquizofrenia se refiere a personas que necesitan tratamiento pero que son capaces de vivir de forma independiente fuera de un hospital. Debe marcar la respuesta que refleje más adecuadamente su reacción a cada frase. La primera reacción es la más importante. No se preocupe si algunas preguntas son parecidas a otras que ya ha respondido anteriormente.

Totalmente de acuerdo / De acuerdo / Ni acuerdo ni desacuerdo/ No estoy de acuerdo Totalmente en desacuerdo

1. En cuanto una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital
2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con esquizofrenia
3. Las personas con esquizofrenia se deberían mantener aisladas de la comunidad
4. La mejor terapia para muchas personas con esquizofrenia es formar parte de la comunidad
5. La esquizofrenia es una enfermedad como cualquier otra.
6. Las personas con esquizofrenia representan una carga para la sociedad
7. Las personas con esquizofrenia son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente
8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio
9. Las personas con diagnóstico de esquizofrenia tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales
10. Las personas con esquizofrenia han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo
11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre diagnosticado de esquizofrenia, incluso cuando éste parezca estar totalmente estable
12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con esquizofrenia
14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público
15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con esquizofrenia de su barrio
16. El hecho de tener personas con esquizofrenia viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes
17. Las personas con esquizofrenia necesitan el mismo control y disciplina que un niño

- 18.Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con esquizofrenia
- 19.No me gustaría vivir a lado de una persona con esquizofrenia.
- 20.Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local
- 21.Las personas con esquizofrenia no deberían ser tratados como marginados sociales
- 22.Hay suficientes servicios para las personas con esquizofrenia
- 23.Se debería motivar a las personas con esquizofrenia a asumir las responsabilidades de una vida normal
- 24.Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios
- 25.La mejor manera de tratar a personas con esquizofrenia es mantenerlos bajo llave
- 26.Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales
- 27.Cualquier persona con esquizofrenia debería estar excluida de asumir un trabajo público
- 28.La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes
- 29.Los hospitales para personas con diagnóstico de esquizofrenia representan un tipo de tratamiento obsoleto
- 30.Las personas con esquizofrenia no merecen nuestra comprensión
- 31.No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con esquizofrenia
- 32.Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales
- 33.Una de las principales causas de la esquizofrenia es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad
- 34.Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con esquizofrenia
- 35.No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con esquizofrenia

36. Los residentes no tienen nada que temer de personas con esquizofrenia que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental
37. Prácticamente cualquier persona puede ser diagnosticado con esquizofrenia
38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga esquizofrenia
39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido diagnosticadas con esquizofrenia en hospitales de enfermedades mentales como canguros
40. Asusta pensar en personas con esquizofrenia viviendo en barrios residenciales