



Ciencias Sociales Online

revista electrónica

ISSN 0718-1671

URL: <http://www.uvm.cl/csonline>

Email: jgibert@uvm.cl

Ciencias Sociales Online, Marzo 2005, Vol. II, No. 1. Universidad de Viña del Mar – Chile

EL ESTIGMA EN LA ESQUIZOFRENIA

The stigma of schizophrenia

Jorge Chuaqui

Ph.D., Ciencias Humanas, Universidad Adam Mickiewicz

Palabras claves: <Estigma, esquizofrenia, rehabilitación, prejuicios>

Resumen

Este artículo se basa en los resultados de dos investigaciones FONDECYT: la primera con entrevistas a 150 pacientes esquizofrénicos ambulatorios y 150 empresarios y la segunda a alrededor de 100 pacientes, alrededor de 100 tutores y de 100 vecinos y 60 parientes indirectos. La muestra de empresarios es representativa estadísticamente y las otras tienen una aproximada representatividad demográfica. Los resultados señalan que el 68% o más de los pacientes están en condición de trabajar si se les dieran la oportunidad y que la gran mayoría de los empresarios piensa que no podrían desempeñarse adecuadamente. Los ven como potencialmente peligrosos o violentos, inestables, poco confiables, etc., opiniones que, para pacientes compensados, no son compartidas por familiares y vecinos. Los vecinos tienen opiniones de los pacientes más positivas que los familiares porque están menos involucrados en situaciones traumáticas provocadas por la enfermedad antes de lograr el tratamiento adecuado. Lo que puede concluirse es la gran importancia de los procesos de comunicación en la formación del estigma.

El estigma en los empresarios se basa en el contenido de las representaciones sociales, que pueden tener su origen en: (1) las representaciones de la cultura popular, (2) las imágenes dramatizadas difundidas por los medios de comunicación social o de masas y (3) los procesos difusos de comunicación basados en verdades sólo de oídas, chismes y rumores, que fluyen a través de la sociedad y que caricaturizan la realidad. Así, los empresarios tienen un gran desconocimiento real del problema y una imagen exageradamente negativa, que dificulta la reintegración laboral de personas con esquizofrenia. Otra fuente del estigma son las experiencias traumáticas vividas antes de que exista un tratamiento adecuado de la enfermedad, como las vividas por los familiares directos del paciente, que tienen un alto grado de emotividad y bloquean una evaluación objetiva. A través de la comunicación, esta imagen se trasmite a los parientes indirectos que tienen contacto con la familia directa del paciente. En otros casos, la presencia de la enfermedad hace que se rompan los vínculos entre la familia directa y los parientes indirectos.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La situación laboral de las personas con esquizofrenia es desmedrada en los diversos países alrededor del mundo, incluso en países desarrollados. En Japón se hizo una evaluación global del problema para ese país y se concluye que el 16% de los pacientes tiene trabajo completo, un 8% jornada parcial, 12% asistían a un centro de atención diurna, 4% van a talleres cerrados y sólo un 1% a talleres de rehabilitación (Yamashita T. y otros, 1996). En otro estudio realizado en Alemania, 502 pacientes fueron estudiados, llegándose a concluir que un 12,8% vivía de lo que ganaba y la satisfacción con el trabajo era alta (Reker T. Y otro, 1993). Según un estudio realizado en Polonia, después de dos años de declarada la enfermedad un 40% estaba trabajando, pero la mayor parte en trabajos para discapacitados; los pacientes que trabajaban profesionalmente tenían mejor estado mental, disminuyendo los síntomas psicopatológicos en ellos (Mikulska-Meder J., 1992). Una encuesta de 72 pacientes en Alemania reveló que sólo un 16% mantenía un empleo, y sólo 15% ganaba su propio

salario; cerca de 25 pacientes dependía de la seguridad social para mantenerse y se manifestaban situaciones de pobreza en muchos pacientes (Morchen G. Y otros, 1992).

Debido a esto se hace importante analizar el problema del estigma asociado a la enfermedad, como un factor importante de la precaria situación ocupacional de los pacientes, lo que influye en su calidad de vida en general. Pero el estigma puede darse no sólo en el plano laboral, sino a nivel familiar, que es el otro tema que nos ocupa.

En Chile se han realizado diversos estudios respecto a la situación y relaciones con la familia de pacientes con esquizofrenia.

La familia pasa por diversas etapas negativas desde el inicio de la enfermedad, hasta que llega a aceptarla de manera madura y esperar sólo cambios razonables en el paciente (Mahaluf, Jorge y otros, 1989). La esquizofrenia causa un serio problema no sólo al paciente, sino también a la familia, por lo que esta frecuentemente se ve aliviada cuando el paciente es hospitalizado, lo que en ciertos casos lleva a que la familia deje abandonado al paciente en el asilo (Cordero, Martín, 1997). La falta de manejo adecuado de la familia respecto a la enfermedad, influida por la formación de imágenes negativas de la familia respecto al paciente puede llevar a situaciones como las descritas.

Ante esta situación, ha surgido una estrategia denominada *intervención familiar*, destinada a reducir los problemas que la esquizofrenia causa a la familia, y por tanto al paciente. Se trata de asistir a las familias de esquizofrénicos ambulatorios para que reduzcan el clima hostil al interior de la familia, aumentar la habilidad de la familia de adelantarse y resolver los problemas, reducir expresiones de culpa y enojo de la familia, mantener expectativas razonables de la familia respecto al paciente, mantener un grado de distancia adecuado respecto al paciente (cuando sea necesario) y alcanzar un cambio deseable del comportamiento. Rigurosos estudios en doce países concluyen que la intervención familiar disminuye la frecuencia de recaídas y hospitalización en períodos de entre siete meses y dos años, estimula la aceptación de la medicación y podría ayudar a los pacientes a mantener sus trabajos. No obstante, no tiene efecto sobre la propensión al suicidio ni sobre la tendencia de individuos/familia a abandonar el tratamiento, ni los niveles de emotividad expresada, ni la sensación de carga familiar (Sepúlveda, Rafael, 1993). También hay ejemplos de intervención familiar realizados en Chile con algunos resultados positivos (Zúñiga, Sonia y J. Jobet, 1993).

Hay experiencias que plantean fortalecer los mecanismos protectores del estrés y de la incapacidad de procesar adecuadamente respuestas adaptativas, tanto en la familia como en la comunidad (Morales, Eliana, 1994). Nuestra idea es que los mecanismos protectores no se traduzcan en discriminación y prejuicios de la familia respecto al paciente, tarea que dada la naturaleza de la enfermedad, en ningún caso es fácil. Por lo anterior, vistos los problemas que se producen en la familia que requieren de una ayuda externa, hace que no pueda ser vista la rehabilitación como adecuación a los estándares o normas de la familia, como una "adaptación" a la familia. Un ideal de logro sería transformar al paciente en un agente de cambio, para lo cual habría que trabajar con las redes sociales, tanto micro como macro sociales (Morales, Eliana, 1994). Dentro de los

esfuerzos por reinsertar al paciente en la sociedad ha surgido el "cuidado en la comunidad" en las políticas de salud mental.

El problema del estigma no puede ser analizado en abstracto, sino en el contexto del mundo laboral y familiar. Además, la forma como se han tratado las enfermedades mentales ha variado a través del tiempo.

Las terapias o tratamientos psiquiátricos han evolucionado desde los comienzos. En la Grecia antigua se trataban las enfermedades físicas y mentales en lugares especiales. Al finalizar la Edad Media en España la Iglesia funda hospitales psiquiátricos y luego, desde 1615 a 1823, la orden de San Juan de Dios mantiene hospicios en Chile. Por otra parte en Francia se funda el primer hospital psiquiátrico en 1641 (París), en EEUU en 1773 (Virginia) y en Austria en 1784 (Viena). En Chile se funda en 1852 la Casa de Orates, la que de 1922 a 1930 queda en manos de la orden San Juan de Dios que vuelve después de 100 años de ausencia. En este período, insertan a los internos en diversas actividades laborales y productivas al interior del hospicio. La incorporación de terapias rehabilitadoras y curativas, en el mundo, es relativamente reciente de manera generalizada (desde el siglo XIX). Uno de los desarrollos más recientes en Chile es transformar un hospital mental (Iquique) en comunidad terapéutica, en que se ve el hospital como una entidad social dinámica, aprovechando los procesos psicosociales en su interior para fines terapéuticos.

En los años 50 se inicia la farmacoterapia en el mundo: se usan fármacos para mitigar la sintomatología de las enfermedades mentales. Neurolépticos para las psicosis y antidepresivos para las depresiones; mientras que la psicoterapia individual se usa principalmente para las neurosis, pero también para las psicosis.

Actualmente el énfasis se pone en la rehabilitación, entendida como el desarrollo de habilidades en el paciente para que se desempeñe adecuadamente en sociedad, en la familia y en lo laboral con el mínimo de apoyo. Así, el marco cambia del asilo a la comunidad, cambio acentuado por el movimiento antipsiquiátrico (este último se tradujo en algunos países en cerrar hospitales psiquiátricos sin ofrecer terapias alternativas). Se persigue que el paciente ejecute alguna actividad en un ambiente específico, más que preocuparse por la presencia de síntomas residuales. Las hospitalizaciones tratan de reducirse a un mínimo, ya que muchos de los asilados en hospitales psiquiátricos estatales llevan largo tiempo (más de 6 meses) y muchas veces pierden el contacto con la familia. En la rehabilitación se puede usar la economía de fichas (refuerzo de alguna conducta positiva a través de la permuta de fichas por algún beneficio, como permisos especiales, alimentos, etc.). La terapia ocupacional tenderá a mejorar la concentración, atención, perseverancia en una tarea específica, tolerancia al esfuerzo y a la frustración y favorecerá el desarrollo del sentido de responsabilidad. La terapia está encaminada a resaltar: (a) la actividad (orientada a un propósito, socialmente valorada y rehabilitadora), (b) la libertad (que sólo debe restringirse en situaciones específicas), (c) la responsabilidad (que debe otorgársele) y (d) el aprendizaje viviente (en que se favorezca un mayor conocimiento de sí mismo, de sus reacciones y de los otros y así aprender a actuar con los demás).

Ante el desempleo que afecta a muchos pacientes crónicos, debe existir un programa de aprendizaje y resocialización (en el sentido de volver a aprender destrezas sociales). Por

lo fundamental que es la familia para entregar apoyo y afecto, es deseable buscar una participación de ella que contribuya a la rehabilitación del paciente. Todo esto buscando la participación de la comunidad, también en lo laboral y social.

En este proceso participativo adquiere y surge como primera prioridad el problema de los prejuicios que existen en la comunidad y en la familia respecto a las enfermedades mentales, que pueden generar procesos psicosociales que pueden acabar poniendo una "camisa de fuerza social" al paciente ya que los esfuerzos para rehabilitarlo se basarían en una concepción falsa (justamente por la distorsión en la imagen del paciente que supone la existencia de prejuicios, distorsión que obviamente conducirá a conductas "rehabilitadoras" erradas), que si no se realizan con extremas precauciones pueden terminar perjudicando al paciente más que la eventual ayuda que pretende brindársele.

La estigmatización y discriminación frente a los pacientes de enfermedades mentales, en general, y de los pacientes esquizofrénicos en particular se da a diversos niveles y de diversas formas.

Realizaremos un análisis global de dos investigaciones FONDECYT (1) que hemos realizado, centrándonos en el problema del estigma frente a la esquizofrenia en diversos aspectos y sectores, tanto en cuanto a sus probables orígenes como a la forma en que se da en distintos sectores de la población y algunos procesos que lo aminoran. En la primera investigación utilizamos dos muestras de 150 casos cada una: una de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio y otra de empresarios. En la segunda investigación utilizamos cuatro muestras de aproximadamente 100 casos cada una: una de pacientes, otra de tutores de los pacientes, otra de vecinos de los pacientes y por último, logramos entrevistar aproximadamente a 60 (de una muestra de 100) parientes indirectos de los pacientes.

LAS MUESTRAS

1. Características de la muestra de pacientes de la primera investigación.

Tabla 1: Edades de los entrevistados por sexo.

EDADES:	Hombres (%)	Mujeres (%)
1. 15 a 25 años	9	12
2. 26 a 35 años	27	30
3. 36 a 45 años	42	28
4. 46 a 64 años	19	24
5. 65 y más años	3	6
T O T A L	100 (N=100)	100 (N=50)

Observamos que la mayor parte de los hombres (69%) y de las mujeres (58%) se encuentran en la edades más productivas, es decir, de 26 a 45 años. Las diferencias por sexo no son muy marcadas, mostrándose más mujeres en las edades más tempranas y mayores.

Tabla 2: Distribución por estado civil y sexo.

ESTADO CIVIL DEL ENTREVISTADO:	Hombres (%)	Mujeres (%)
1. Soltero	84	78
2. Casado	7	4
3. Separado	7	16
4. Viudo	2	2
TOTAL	100 (N=100)	100 (N=50)

Como se observa, la inmensa mayoría tanto de hombres como de mujeres son solteros, lo que coincide con los conocimientos que existen respecto a la enfermedad. Lo único que llama la atención, es que en nuestra muestra hay un mayor porcentaje de mujeres separadas respecto a los hombres.

Respecto al nivel educacional por sexo, observamos que un 38% de los hombres tienen algún tipo de educación superior, contra sólo un 14% de las mujeres. Queda la duda si esto no se debería a un menor nivel económico de las familias en las cuales se criaron las mujeres respecto a los hombres. Para investigar esta posibilidad, examinamos la ocupación del padre o madre (en caso de que ella fuera jefe de familia), que es un excelente indicador de la situación socioeconómica de la familia.

Tabla 3: Distribución ocupacional del padre o madre del entrevistado por sexo.

OCUPACIÓN DEL PADRE O MADRE (CLASIFICACIÓN JERARQUIZADA SOCIOECONÓMICAMENTE)	Hombres (%)	Mujeres (%)
1. Grandes empresarios y directivos	1	-
2. Medianos empresarios y directivos	-	-
3. Profesionales universitarios independientes y funcionarios	9	6
4. Pequeños empresarios industriales y medianos comerciantes	3	2
5. Empleados públicos y particulares con funciones directivas limitadas	2	6
6. Empleados públicos y particulares con escasas o sin funciones directivas. Comerciantes minoristas o al detalle.	24	22
7. Técnicos sin título universitario y artesanos que poseen taller. Obreros especializados y con funciones directivas.	24	22
8. Obreros no especializados. Trabajadores no especializados con actividad remunerada estable. Personal de servicio doméstico.	23	34
9. Trabajadores no especializados con actividad remunerada inestable	8	-
No sabe, no responde	6	8
TOTAL	100 (N=100)	100 (N=50)

Si sumamos las 5 categorías superiores, da un 15% para los hombres y un 14% para las mujeres, cifras casi coincidentes. En las categorías 6 y 7 los porcentajes son muy similares para hombres y mujeres. La categoría 8 es superior para las mujeres, probablemente porque en ese caso no hay nadie en la categoría 9 (esta última es inferior socioeconómicamente en la clasificación). De todo lo anterior se desprende que la situación socioeconómica de la familia de origen de hombres y mujeres es muy similar, e incluso algo superior en las últimas categorías para las mujeres, por lo que la situación socioeconómica de la familia *no explicaría el menor porcentaje de mujeres con educación superior*. Este menor porcentaje se debería probablemente a la diferencia en las metas culturalmente definidas para hombres y mujeres, pues a las mujeres se les exigiría algo menos que a los hombres en cuanto a educación superior.

2. Muestra de empresarios de la primera investigación.

Tal como estaba predeterminado se extrajo la muestra de empresas del DIRECTORIO DE EMPRESAS Y EJECUTIVOS de 1999. Se seleccionó un intervalo de acuerdo al número de empresas, se sorteó el comienzo y se fueron seleccionando empresas de acuerdo al intervalo. Se extrajeron dos muestras de 150 casos cada una (para hacer reemplazos), eliminando las empresas de menos de 100 empleados. Como había empresas que habían reducido personal, se adoptó el criterio de aceptar las que tuvieran 80 o más personas. Hubo que descartar empresas con teléfonos o direcciones que no correspondían a los actuales. Se contactaron los Gerentes Generales de las empresas y a ellos se les pidió que designaran a la persona de la empresa a entrevistar (generalmente Jefes de Personal o Gerentes de Recursos Humanos), de manera de tener la opinión oficial de la empresa. La cantidad de rechazos fue del 18,5% (se aumentó el tamaño de la muestra para tener 150 casos entrevistados efectivamente), porcentaje bastante bajo de rechazos si se considera la naturaleza del estudio y de los entrevistados, estudio que se presentó como orientado a conocer la salud mental en la empresa y no sólo la esquizofrenia, estrategia que dio resultado obteniéndose la información requerida.

3. Características de la muestra de pacientes de la segunda investigación.

Tabla 4: Distribución de edades.

EDADES	%
Hasta 24 años	4,5
De 25 a 49 años	71,4
De 50 a 74 años	23,2
75 años y más	0,9
TOTAL	100,0 (N=112)

Tabla 5: Distribución nivel educacional

NIVEL EDUCACIONAL	%
Educación Superior Completa	8,9
Educación Superior Incompleta	25,9
Educación Media Completa	21,4
Educación Media Incompleta	17,9
Educación Básica Completa	12,5
Educación Básica Incompleta	12,5
Sin educación	0,9
TOTAL	100,0 (N=112)

Tabla 6: Ocupación jefe de familia de origen del paciente

OCUPACIÓN JEFE DE FAMILIA DE ORIGEN DEL PACIENTE	%
Grandes y medianos empresarios y directivos	1,8
Profesionales universitarios independientes y funcionarios	11,6
Pequeños industriales y medianos comerciantes	8,0
Empleados públicos y particulares con funciones directivas limitadas. Técnicos titulados	15,2
Empleados públicos y particulares con escasas o sin funciones directivas	6,3
Comerciantes minoristas o al detalle	8,0
Técnicos sin título, artesanos que poseen taller	15,2
Obreros especializados y capataces	11,6
Obreros y trabajadores no especializados con actividad remunerada estable	9,0
Personal de servicio doméstico	0,9
Trabajadores no especializados con actividad remunerada inestable	7,1
No trabaja o trabajaba	5,3
T O T A L	100,0

Tabla 7: Distribución estado civil.

ESTADO CIVIL	%
Soltero(a)	84,4
Separado(a)	9,8
Viudo(a)	3,6
Casado(a)	1,8
TOTAL	100,0 (N=112)

4. Características de las muestras de tutores, vecinos y parientes indirectos de los pacientes de la segunda investigación.

Tabla 8: Relación de parentesco tutor / paciente (N = 101)

RELACIÓN DE PARENTESCO DE TUTORES CON LOS PACIENTES	%
Madre	46,1
Padre	13,7
Hermano(a)	14,7
Tío(a)	3,8
Otro parentesco o relación	7,0
Coordinador o monitor del hogar en que vive el paciente	14,7
T O T A L	100,0

Tabla 9: Edades de tutores, vecinos y parientes indirectos de los pacientes.

EDADES	T. (%)	V. (%)	P. I. (%)
Hasta 24 años	2,0	8,8	6,9
25 a 49 años	22,2	39,6	44,8
50 a 74 años	59,6	48,4	37,9
75 y más años	16,2	3,3	10,3
TOTALES	100,0 (N=101)	100,0 (N=93)	100,0 (N=59)

Tabla 10: Nivel educacional de tutores, vecinos y parientes indirectos de los pacientes.

NIVEL EDUCACIONAL	T. (%)	V. (%)	P. I. (%)
Educación Básica Incompleta	18,7	16,1	11,9
Educación Básica Completa	11,8	16,1	11,9
Educación Media Incompleta	13,7	21,5	20,3
Educación Media Completa	22,5	29,0	30,5
Educación Superior Incompleta	7,8	9,7	6,8
Educación Superior Completa	25,5	7,5	18,6
TOTALES	100,0 (N=101)	100,0 (N=93)	100,0 (N=59)

Tabla 11: Ocupación de tutores, vecinos y parientes indirectos de los pacientes.

OCUPACIONES	T. (%)	V. (%)	P. I. (%)
Medianos empresarios y directivos	-	1,1	-
Profesionales universitarios independientes y funcionarios	9,8	5,4	11,9
Pequeños industriales y medianos comerciantes	2,0	6,5	5,1
Empleados públicos y particulares	17,6	4,3	3,4
Comerciantes minoristas o al detalle	4,9	25,8	3,4
Técnicos sin título Ed. Superior, obreros especializados y capataces	2,0	4,3	5,1
Obreros y trabajadores no especializados con actividad remunerada estable	4,9	6,5	5,1
Personal de servicio doméstico	2,9	3,2	3,4
Trabajador no especializado con actividad remunerada inestable	1,0	1,1	5,1
No tiene actividad remunerada	54,9	41,9	57,6
T O T A L E S	100,0 (N=101)	100,0 (N=93)	100,0 (N=59)

Los altos porcentajes de personas sin actividad remunerada en estas muestras se explican porque muchas de las personas entrevistadas son dueñas de casa. En el caso de los vecinos, aparece un mayor porcentaje (en relación a otras ocupaciones remuneradas) de comerciantes minoristas o al detalle porque son ellos los que tiene mayor contacto con los vecinos del sector, por lo que fueron entrevistados preferentemente como vecinos de los pacientes.

RESULTADOS

1. El estigma en los empresarios

Antes de establecer cualquier conclusión sobre el estigma, debemos determinar cuáles son las capacidades laborales reales de los pacientes.

Intentamos indagar cual sería la ocupación que podrían llegar a tener los pacientes de acuerdo a sus capacidades y sin considerar la discriminación social que los afecta. Para ello consideramos varios aspectos:

- El grado de deterioro cognitivo, medido a través del test "MiniMental State".
- La presencia o no de síntomas productivos, como alucinaciones o síntomas paranoides. Para esto hicimos una serie de preguntas para determinar ideas persecutorias o megalomanías, comprimiendo los resultados en un ítem de cuatro categorías.
- El nivel educacional del paciente.

- Experiencia laboral de acuerdo a las ocupaciones en que se ha desempeñado anteriormente.
- Estado actual de la enfermedad.

Examinemos primero por separado cada uno de estos aspectos:

1. Respecto al deterioro cognitivo, según los resultados de “MiniMental State”, la inmensa mayoría (un 84,7%) tiene déficit cognitivo ligero o no tiene déficit cognitivo, como vemos:

Tabla 12: Grado de deterioro cognitivo.

GRADO DE DETERIORO COGNITIVO:	Nº DE ENT.	%
Déficit cognitivo importante (0 a 13 puntos)	5	3,3
Déficit cognitivo mediano (14 a 19 puntos)	18	12,0
Déficit cognitivo ligero (20 a 23 puntos)	49	32,7
Sin déficit cognitivo (24 a 30 puntos)	78	52,0
T O T A L	150	100,0

2. Respecto a la presencia de síntomas productivos (ideas persecutorias o megalomanías) un 76,6% no presentan síntomas productivos o los presentan de manera leve como vemos:

Tabla 13: Presencia de síntomas productivos.

PRESENCIA DE SÍNTOMAS PRODUCTIVOS:	Nº DE ENT.	%
Leve	44	29,3
Moderada	16	10,7
Severa	19	12,7
Ninguna	71	47,3
T O T A L	150	100,0

3. En cuanto al nivel educacional, este es notoriamente más alto al que presentaba la población activa del Gran Santiago según el Censo de 1992 y por tanto, las diferencias en el empleo no pueden atribuirse a este aspecto.

4. En cuanto a la historia ocupacional de los pacientes, estos, en su inmensa mayoría han descendido en su categoría ocupacional, habiendo trabajado anteriormente casi todos ellos.

5. En cuanto al estado actual de la enfermedad, en base a la medicación y otras características, un experto psiquiatra encontró las siguientes situaciones:

Tabla 14: Tipo de enfermedad.

TIPO DE ENFERMEDAD:	Nº de ent.	%
Psicosis esquizofrénica	61	40,7
Psicosis esquizofrénica grave	19	12,7
Psicosis esquizofrénica resistente	29	19,3
Psicosis esquizofrénica más depresión o ansiedad	6	4,0
Esquizofrenia defectual	14	9,3
Esquizofrenia resistente más depresión o ansiedad	2	1,3
No responde, no sabe	3	2,0
No puede determinarse	16	10,7
T O T A L	150	100,0

En base a estos cinco antecedentes, examinamos las entrevistas una a una y llegamos a que los entrevistados podrían desempeñarse adecuadamente (si fueran contratados por eventuales empleadores) en ciertas categorías ocupacionales. Realizamos dos evaluaciones independientes, de acuerdo al peso relativo de la historia ocupacional vs. el nivel educacional, y al diagnóstico médico vs. el enfoque psicosocial, respectivamente. Tenemos entonces los siguientes dos resultados alternativos:

Tabla 15: Ocupación potencial del entrevistado (modelo médico).

CARGO MÁXIMO EN UNA EMPRESA	Nº DE ENT.	%
Empleado con algunas funciones directivas	5	3,3
Empleado sin funciones directivas	2	1,3
Obrero especializado	23	15,3
Jornalero o junior	63	42,0
Ninguno	56	37,3
Enfermedad reciente y en pleno tratamiento	1	0,7
T O T A L	150	100,0

Tabla 16: Ocupación potencial del entrevistado (modelo psicosocial).

CARGO MÁXIMO EN UNA EMPRESA	Nº DE ENT.	%
Empleado con algunas funciones directivas	9	6,0
Empleado sin funciones directivas	18	12,0
Obrero especializado	18	12,0
Jornalero o junior	62	41,3
Ninguno	43	28,7
T O T A L	150	100,0

Como vemos, de acuerdo a los resultados en ambos modelos, sólo un 38% o un 29% no estarían en condiciones de trabajar, lo que no se condice con las cifras respecto a

los que trabajan actualmente (sólo un 13,3% en situaciones competitivas y no protegidas).

Esto significa que imágenes del estigma que descartan la capacidad de trabajar adecuadamente de la mayoría de las personas con esquizofrenia serían falsas.

Los resultados de las encuestas a los empresarios avalan sus fuertes prejuicios respecto a las personas con esquizofrenia.

Se sometió a los entrevistados a una batería de ítems en que había tres alternativas de respuesta: “verdadero”, “falso” y “ni verdadero ni falso”, además de, como es obvio, “no sabe, no responde” (esta última alternativa no se les mencionaba a los entrevistados). Respecto a la esquizofrenia se elaboraron dos índices: uno del grado de conocimiento de la enfermedad y otro del grado de prejuicios respecto a la enfermedad. Respecto a las otras enfermedades se elaboraron índices del grado de prejuicios respecto a ellas, con el fin de establecer comparaciones con la esquizofrenia.

Los ítems para el índice de grado de conocimiento de la esquizofrenia se plantearon respecto a una de las variedades más comunes de dicha enfermedad: la esquizofrenia paranoide, y no en cuanto a la esquizofrenia en general, con el fin de hacer menos obvias las respuestas y medir con más precisión el grado de conocimiento real de la enfermedad. Los ítems fueron extraídos de dos fuentes: el DSM-IV y las ideas del psiquiatra Otto Dörr. Las respuestas correctas son: “verdadero” para los siguientes ítems: “tienen ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes”, “les cuesta asumir roles o papeles sociales no sentidos” y “son exageradamente auténticos” y “falso” para los siguientes ítems: “muestran autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional”, “tienen comportamiento catatónico y desorganizado”, “tienen la afectividad aplanada o inadecuada”, “su lenguaje es desorganizado”, “son simuladores” y “no piensan lógicamente”. A las respuestas correctas se les asignó el puntaje “1”, y a las opuestas “-1”. Si contestaban “ni verdadero ni falso” se les asignó el puntaje “0”, y si la respuesta era “no sabe, no responde” se les asignó el puntaje “-0,5” (porque indica un desconocimiento, pero menor que contestar lo opuesto). Se sumaron los puntajes y se dividieron por el número de ítems. De esta manera obtuvimos puntajes que van desde “1” (todas las respuestas correctas) hasta “-1” (en todas se contestó lo opuesto), pasando por todos los grados intermedios de desconocimiento. Llama la atención que respecto al ítem “muestran autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional” que es una característica de la histeria y que en la esquizofrenia es lo opuesto, un 56,7% respondió “verdadero”. Los resultados finales del índice fueron los siguientes:

Tabla 17: Índice del grado de conocimiento de la esquizofrenia.

PUNTAJE	Nº DE ENT.	%
Alto (1,00 a 0,51)	7	4,7
Medio-alto (0,50 a 0,01)	34	22,7
Medio-bajo (0 a -0,50)	93	62,0
Bajo (-0,51 a -1,00)	16	10,7
T O T A L	150	100,0

Como muestra la tabla, un 72,7% de los entrevistados tienen un grado de conocimiento muy deficiente de la esquizofrenia (“Medio-bajo” o “Bajo”), pues indica que contestaron erradamente a la mitad o más de los ítems a que fueron expuestos.

Respecto a cómo los empresarios evalúan las capacidades de trabajo de las personas con esquizofrenia, estas son muy negativas. La menos negativa se da respecto a la capacidad de realizar tareas simples.

Indagamos las opiniones de los empresarios respecto a la forma en que se desempeñarían en tareas simples los trabajadores con esquizofrenia, con los siguientes resultados:

Tabla 18: Desempeño en tareas simples de esquizofrénicos, según empresarios.

DESEMPEÑO TAREAS SIMPLES (ESQUIZOFRENIA)	Nº ENT.	%
1. Muy bien	8	5,3
2. Bien	34	22,7
3. Regular	65	43,3
4. Deficiente	37	24,7
5. No sabe, no responde	6	4,0
TOTAL	150	100,0

Es notable que incluso respecto a tareas simples un 68% de los entrevistados opina que los esquizofrénicos lo harían sólo de manera regular o deficiente, lo que muestra la bajísima opinión su capacidad de trabajo según dichos empresarios. Respecto a desempeñarse de manera deficiente en dichas tareas, las cifras son un 8% para la neurosis obsesiva, un 12,7% para la personalidad melancólica depresiva y un 16,7% para la histeria (contra un 24,7% en la esquizofrenia). Respecto a desempeñarse de manera sólo regular en tareas simples, las cifras para las distintas enfermedades son muy similares, siendo la más baja la de la neurosis obsesiva: un 37,3% (un 40,0% para la personalidad melancólica depresiva y un 48,7% para la histeria). Como se puede ver, el prejuicio es más fuerte para la esquizofrenia, pero también lo es para las otras enfermedades mentales mencionadas. Es notable la disparidad entre estas cifras y la realidad, ya que según la evaluación más pesimista, un 68% de personas con esquizofrenia estaría en capacidad de trabajar adecuadamente.

Se formuló una pregunta abierta respecto a cada una de las cuatro enfermedades en cuanto a problemas que pueden tener para desempeñarse en el trabajo personas con dichas enfermedades. Para la esquizofrenia, las respuestas múltiples fueron:

Tabla 19: Problemas para desempeñarse en el trabajo, según empresarios.

PROB. PARA DESEMPEÑARSE EN EL TRABAJO (ESQUIZOFRENIA)	Nº	%
1. Son agresivos, peligrosos o violentos	35	23,3
2. Prob. en las relaciones interpersonales o de comunicación	32	21,3
3. Prob. en el cumplimiento de las tareas	28	18,7
4. Son aislados, no aceptados o discriminados	8	5,3
5. No estaría consciente, no se ubicaría en la realidad	8	5,3
6. Tiene crisis, pueden descompensarse de repente	13	8,7
7. No da confianza, no hay credibilidad en ellos	10	6,7
8. No se les puede encomendar tareas de riesgo	6	4,0
9. Son inestables, tienen cambios de ánimo o ritmo de trabajo	18	12,0
10. No soportan la presión, el ritmo de trabajo	4	2,7
11 Opiniones positivas	3	2,0
12. Otras respuestas	8	5,3
13. Ningún problema	4	2,7
14. No sabe, no responde	9	6,0
T O T A L	186	124

Lo que llama la atención comparando las respuestas para las distintas enfermedades, es el que se considere a los esquizofrénicos agresivos, peligrosos o violentos (23,3%), contra un 0,7% para la neurosis obsesiva, un 2,7% para la personalidad melancólica depresiva y un 7,3% para la histeria. En cambio, respecto a problemas en las relaciones interpersonales y de comunicación, las otras patologías superan a la esquizofrenia (un 42,0% para la neurosis obsesiva, un 30,7% para la personalidad melancólica depresiva y un 48,7% para la histeria). Respecto a los problemas con el cumplimiento de la tarea, varían para las distintas patologías (un 20,0% para la neurosis obsesiva, un 34,7% para la personalidad melancólica depresiva y un 14% para la histeria). Hay opiniones que son específicas para las distintas patologías (para la neurosis obsesiva un 7,3% tendría excesiva rigidez, obstinación y falta de flexibilidad, y a un 6,7% para las mismas no se les podría dar cargos de responsabilidad, un 25,3% para los melancólicos depresivos serían apáticos y contagiarían su apatía, y para los histéricos un 8,7% tendría problemas de subordinación a la autoridad y un 9,3% sería irritable, tendría estallidos de ira o llanto). Como se puede concluir, algunas de las razones más específicas para los esquizofrénicos según los empresarios es que son agresivos, peligrosos o violentos, el que tienen crisis y pueden descompensarse de repente, el que no dan credibilidad y el que son inestables, tienen cambios de ánimo y del ritmo de trabajo, ya que en otros problemas hay otras patologías que los superan.

La esquizofrenia es la enfermedad evaluada más negativamente. Considerando el enorme desconocimiento que existe respecto a la enfermedad y la proximidad en el índice de prejuicio respecto a la histeria (la diferencia de los promedios del índice para esquizofrenia e histeria no es significativa estadísticamente, ocurriendo lo contrario con dicha diferencia respecto a las restantes otras dos enfermedades), indica que la evaluación se basa en nociones vagas asociadas a

las representaciones o imágenes sociales que evocan los nombres de las enfermedades y no en un conocimiento ni siquiera aproximado de las enfermedades.

Es conveniente graficar cómo ven los empresarios a los esquizofrénicos, para orientar los esfuerzos en las terapias de rehabilitación y en los dirigidos a los empresarios para que contraten a pacientes esquizofrénicos. Los ven como: (1) peligrosos, agresivos o violentos, (2) tienen problemas en las relaciones interpersonales y en la comunicación y dificultades para cumplir las tareas (situación compartida por todas las enfermedades mentales), (3) tienen crisis, pueden descompensarse de repente, (4) no dan confianza, no hay credibilidad, (5) son inestables, muestran cambios de ánimo o ritmo de trabajo, muestran expresión emocional superficial y cambiante, (6) muestran rigidez y obstinación y (7) son conflictivos (compartido con la neurosis obsesiva y la histeria).

2. El estigma en familiares y parientes

Respecto a la formación del estigma en la familia directa del paciente, partimos el análisis de las hipótesis siguientes:

HIPÓTESIS : (a) La imagen de la familia en cuanto a capacidades laborales y sociales de los pacientes, está más influida por su percepción del paciente en períodos de crisis psicótica que por la conducta de este cuando está estable y compensado. (b) La imagen que se forma la familia del paciente no coincide con las potencialidades reales de este último.

Para verificar las hipótesis, intentamos determinar como los tutores perciben al paciente tanto durante las crisis como cuando está estable y compensado. Para determinar el impacto de las crisis en los tutores diseñamos doce ítem, en que el entrevistado debía asignar un puntaje de 1 a 10 a cada ítem, mientras mayor el puntaje, menor el problema. Así, el paciente que tuviera 10 en todos los ítem significa que sus crisis no provocan ningún problema, siendo el 1 la evaluación más negativa (máximo impacto del problema). Para fines de la presentación de este párrafo agruparemos los puntajes: de 1 a 5 (se inclinan por darle mayor importancia al problema) y de 6 a 10 (se inclinan por darle menor importancia al problema). Veremos los porcentajes de respuestas de 1 a 5 (incidencia mayoritaria del problema) durante las crisis para cada uno de los doce ítem: (1) demuestra agresividad física contra personas: 45,1%; (2) demuestra agresividad verbal: 51,0%; (3) ejerce violencia contra objetos, habitación o casa: 37,2%; (4) se pierde de la casa: 27,4%; (5) problemas con vecinos o desconocidos fuera de la casa: 24,5%; (6) problemas con carabineros o la justicia cuando sale: 24,2%; (7) hace cosas extrañas: 56,8%; (8) intenta dañarse a si mismo: 30,4%; (9) es difícil de controlar: 46,1%; (10) hace problemas para llevarlo al médico: 39,2%; (11) se cierra en si mismo, habla poco: 64,7%; (12) se encierra en la casa o habitación sin salir: 49,0%.

El promedio de los doce ítem para la muestra: 6,42, es decir se inclina sobre la mitad de los puntajes (donde el problema es menor). La mayor intensidad del problema se da con la agresividad verbal, hacer cosas extrañas y encerrarse en si mismo, aunque

en casos en que se da el problema hay otros mas graves como la agresividad física, problemas con la justicia, etc.

Con el mismo sistema, preguntamos por los problemas que manifiesta el paciente cuando está estable y compensado. Respecto a estos ítem veremos, igual que en el caso anterior, los porcentajes de los puntajes de 1 a 5 (incidencia mayoritaria del problema) esta vez mientras el paciente está estable y compensado para cada uno de los doce ítem indagados: (1) conversa poco con la familia y amigos: 49,0%; (2) no es capaz de vivir solo aunque tenga ayuda económica de la familia: 79,4%; (3) no es capaz de vivir solo y mantenerse económicamente: 84,3%; (4) es bueno para mentir o manipular: 27,5%; (5) es desaseado con su persona o con su ropa: 22,5%; (6) ayuda poco en la casa: 48,0%; (7) manifiesta conductas extrañas o inesperadas: 26,7%; (8) manifiesta agresividad verbal: 16,7%; (9) se comporta como un niño: 46,0%; (10) no es capaz de tener una pareja estable: 72,5%; (11) se cierra en si mismo, habla poco: 52,9%; (12) se encierra en la casa o habitación sin salir: 37,3%.

El promedio de los doce ítem para la muestra es 5,95, que se ve disminuido por el bajísimo puntaje (mayor problema) en algunos ítem (ítem 2, 3 y 10). Como vemos, según la percepción de los tutores, el encerrarse en si mismo, en la habitación o en la casa, se da sólo con un poco menos intensidad en los pacientes compensados en relación a cuando tienen crisis. No ocurre lo mismo con la agresividad verbal y las conductas extrañas o inesperadas, en que la diferencia es notable.

Respecto a la correlación entre los promedios de los ítem respecto a percepción de las crisis y de los pacientes cuando están estables o compensados, esta es de 0,428, que es claramente significativa al 0,01, lo que podría estar indicando que la percepción de los pacientes durante las crisis “tiñe” la percepción de los pacientes cuando están estables o compensados. La correlación también existe, aunque es más baja, entre el promedio de la percepción de los pacientes cuando están en crisis, con la incapacidad de vivir solos y tener pareja estable (que sólo aparece para la percepción de los pacientes cuando están estables o compensados) que fluctúa en alrededor de 0,25, correlación en todo caso significativa al 0,01. Todo esto estaría dando un relativo apoyo a la hipótesis ‘(a)’ en cuanto a que la percepción durante las crisis condiciona la percepción de las capacidades sociales o de los rasgos positivos y negativos cuando los pacientes están estables y compensados.

¿Cómo se ve el problema respecto a las capacidades laborales de los pacientes? Se les preguntó a los tutores que pusieran nota de 1 a 7 respecto a la capacidad de los pacientes de desempeñarse bien en un trabajo remunerado con un empleador que no sea pariente del paciente ni parte de su familia. La correlación entre dichas notas y el promedio de la percepción del paciente en crisis es de 0,298 (significativa al 0,01). Pero lo que debe hacernos ahondar más en el problema y no ver exclusivamente la percepción de las crisis como determinante en el juicio respecto a las capacidades laborales, es que la correlación entre la percepción del paciente estable y compensado y la capacidad de desempeñarse bien con un empleador no pariente, es algo más alta que la anterior: 0,320 (también significativa al 0,01), lo que estaría indicando que la evaluación del desempeño laboral no se ve influida sólo o casi exclusivamente por la percepción del paciente durante las crisis. Para esto debemos rastrear las respuestas a

otras preguntas de la encuesta de tutores. Es decir, examinaremos el impacto de la enfermedad como un todo en la familia a través de las respuestas de los tutores.

Un 71,6% no conocía nada o poco de la esquizofrenia antes de vivirla en su familia. Un 52,0% tenía una idea muy distinta de la enfermedad (un 18,6% tenían una idea regularmente distinta) antes de que se presentara en la familia. Todo esto indica la gran desorientación y confusión que debe haberse presentado en la familia cuando apareció la enfermedad en alguno o algunos de sus miembros. Esta afirmación se ve reforzada ya que la desorientación del primer momento no se disipó ni siquiera al consultar los primeros especialistas. Tampoco lograron fácilmente encontrar el tratamiento adecuado: para eso un 47,1% tuvo que consultar a muchos especialistas (habiendo un 4,9% que aún no lo encuentra). La preocupación por el paciente se ve acentuada por la ocurrencia de hechos dramáticos: un 33,4% de los pacientes ha intentado suicidarse (un 21,6% del total de pacientes más de una vez).

Prácticamente un 54% de las familias han tenido muchos o demasiados problemas económicos por la enfermedad. Esta cifra aumenta al considerar los problemas que la enfermedad ha provocado en general en la familia: un 61,8% declara que ha provocado muchos o enormes problemas. El dramatismo de la situación se refleja en el hecho que en el 45,2% de los casos otro miembro de la familia ha debido someterse a tratamiento psicológico o psiquiátrico debido a la presencia en ella del paciente con esquizofrenia. Todo esto se ve reforzado porque en un 72% de los casos han tenido que internar al paciente contra su voluntad durante las crisis y, de estos, un 79,2% ha provocado problemas. Por último a un 71,5% les cuesta regular o mucho controlar al paciente durante las crisis.

Este conjunto de problemas haría que la situación provocada por la enfermedad esté cargada de emotividad, que dificultaría tener un juicio sereno y objetivo. Esto se demuestra al contrastar la percepción subjetiva de los tutores respecto a las capacidades laborales de los pacientes con los criterios objetivos del acápite anterior. Al contrastar estos dos criterios con los datos empíricos, hay muy poca concordancia (no coinciden las evaluaciones de los tutores con las objetivas). Esto estaría confirmando la hipótesis: "La imagen que se forma la familia del paciente no coincide con las potencialidades reales de este último" y esto se debería a la gran carga emocional que la globalidad de los problemas de la enfermedad del paciente provocan en la familia (incluyendo las crisis).

3. Las evaluaciones de vecinos y parientes indirectos

Comparemos las percepciones de tutores, vecinos y parientes indirectos respecto a posibles problemas que puede presentar el paciente, tanto cuando está en períodos de crisis, como cuando está estable y compensado:

Tabla 20: Porcentajes de tutores, vecinos y parientes indirectos de los pacientes que se inclinan más por aceptar que los pacientes tienen las siguientes conductas durante las crisis o episodios (puntajes bajo la mitad).

CONDUCTAS DE LOS PACIENTES EN	T. (%)	V. (%)	P. I. (%)
-------------------------------	--------	--------	-----------

CRISIS (PERCIBIDAS)			
Demuestra agresividad física contra personas	45,1	28,0	39,0
Demuestra agresividad verbal	51,0	30,2	42,4
Ejerce violencia contra objetos, habitación o casa	37,2	21,5	25,4
Se pierde de la casa	27,4	25,8	23,7
Ha tenido problemas fuera de la casa con vecinos o desconocidos	24,5	20,4	35,6
Ha tenido problemas con carabineros o la justicia	24,2	10,8	23,7
Hace cosas extrañas	56,8	32,3	64,4
Intenta dañarse a si mismo	30,4	20,4	16,9
Es difícil de controlar	46,1	35,5	40,7
Hace problemas para llevarlo a médico	39,2	21,5	42,4
Se cierra en si mismo, habla poco	64,7	46,2	64,4
Se encierra en la casa o habitación sin salir	49,0	37,6	52,5
	(N=101)	(N=93)	(N=59)

Tabla 21: Porcentajes de tutores, vecinos y parientes indirectos de los pacientes que se inclinan más por aceptar que los pacientes tienen las siguientes conductas mientras están estables o compensados (puntajes bajo la mitad).

CONDUCTAS PACIENTE ESTABLE O COMPENSADO (PERCIBIDAS)	T. (%)	V. (%)	P. I. (%)
Conductas extrañas o inesperadas	26,7	17,2	18,6
Agresividad verbal	16,7	10,8	10,2
Se comporta como un niño	46,0	37,6	45,8
Es bueno para mentir o manipular	27,5	16,1	32,2
Es desaseado con su persona o ropa	22,5	12,9	28,8
Ayuda poco en la casa	48,0	38,7	44,1
Conversa poco con la familia o amigos	49,0	51,6	42,4
No es capaz de vivir solo incluso con ayuda económica de la familia	79,4	68,8	69,5
No es capaz de vivir solo y mantenerse económicamente	84,3	75,3	76,3
No es capaz de tener una pareja estable	72,5	71,0	74,6
Se cierra en si mismo, habla poco	52,9	44,1	52,5
Se encierra en la casa o habitación sin salir	37,3	37,6	44,1
	(N=101)	(N=93)	(N=59)

Según hemos visto, el estigma asociado a la esquizofrenia es muy fuerte entre los empresarios (los que no tienen contacto usual con personas con esquizofrenia), lo que refleja cómo las personas con esquizofrenia son vistas por la sociedad en general, debido en gran parte al desconocimiento de la enfermedad. Pero el contacto de los vecinos con los pacientes cambió su percepción de ellos (más del 45% tenía una idea

muy distinta de la enfermedad y un 23,7% regularmente distinta, antes de conocerlos), lo que también le ocurrió a los tutores después de manifestarse la enfermedad en su pupilo (los porcentajes son 52% y 18,6% respectivamente); lo propio ocurrió como vimos más arriba con los parientes indirectos. Pero, a diferencia de los vecinos, los tutores han debido experimentar directamente todos los problemas generados por la enfermedad en la familia, lo que los hace ser más negativos a la hora de evaluar los problemas del paciente tanto durante las crisis, como cuando está estable y compensado (ver las dos últimas tablas). Estas experiencias, que no las han vivido los vecinos explicarían la evaluación más positiva de estos últimos respecto a los pacientes. La experiencia de los tutores ha debido transmitirse a los parientes indirectos (ya que sólo logramos entrevistar a los que tenían contacto con la familia). Es probable que los parientes indirectos que cortaron toda relación con la familia (que no logramos entrevistar) tengan opiniones más negativas aún del paciente. Pero, por el grado de conocimiento que tienen del paciente, tanto tutores como vecinos y parientes indirectos, afirman de los pacientes *no* presentarían problemas de agresividad en el trabajo, al contrario del mito que sustentan los empresarios. Ante todo esto podemos plantear una hipótesis:

Hipótesis: El contacto directo con personas con esquizofrenia es una de las mejores formas de neutralizar la presencia del estigma y la discriminación de la sociedad en general respecto a ellas. Los graves problemas que la presencia de un miembro con esquizofrenia provoca en la familia contribuyen a la discriminación de este por ella y esta experiencia se trasmite a los parientes que tienen contacto con ella.

CONCLUSIONES

Intentemos, a partir de los resultados de las dos investigaciones analizadas, establecer algunas generalizaciones respecto a la formación del estigma respecto a la esquizofrenia.

Lo que puede concluirse es la gran importancia de los procesos de comunicación en la formación del estigma. El estigma en los empresarios se basa en el contenido de las representaciones sociales, que pueden tener su origen en: (1) las representaciones de la cultura popular, (2) las imágenes dramatizadas difundidas por los medios de comunicación social o de masas y (3) los procesos difusos de comunicación basados en verdades sólo de oídas, chismes y rumores, que fluyen a través de la sociedad y que caricaturizan la realidad. Así, los empresarios tienen un gran desconocimiento real del problema y una imagen exageradamente negativa, que dificulta la reintegración laboral de personas con esquizofrenia. Otra fuente del estigma son las experiencias traumáticas vividas antes de que exista un tratamiento adecuado de la enfermedad, como las vividas por los familiares directos del paciente, que tienen un alto grado de emotividad y bloquean una evaluación objetiva. A través de la comunicación, esta imagen se trasmite a los parientes indirectos que tienen contacto con la familia directa del paciente. En otros casos, la presencia de la enfermedad hace que se rompan los vínculos entre la familia directa y los parientes indirectos.

Cabe hacerse la pregunta: ¿cómo romper el círculo? Respecto a las familias, están las estrategias de *intervención familiar*, respecto a lo cual hay abundante bibliografía.

Además habría que hacer campañas a través de los medios de comunicación social o de masas y en el sistema educacional donde se muestra la realidad de los pacientes **estables o compensados**. Pero, ¿qué puede hacerse mientras no cambien las imágenes sociales de las personas con esquizofrenia? Los resultados de nuestras investigaciones pueden dar alguna luz: así como los vecinos de los pacientes tienen una imagen menos negativa de los pacientes porque han tenido contacto directo con ellos, lo que ha contribuido a mitigar el estigma, se puede poner en contacto directo a los potenciales empleadores con los pacientes en su vida diaria y de esta manera vencer los prejuicios de dichos empleadores.

Podemos formular una hipótesis final:

Hipótesis: El contacto directo con personas con esquizofrenia es una de las mejores formas de neutralizar la presencia del estigma y la discriminación de la sociedad en general respecto a ellas, pero dicho efecto es más fuerte en los ámbitos (cotidiano, familiar o laboral) y de acuerdo a las experiencias de la interacción social con dichas personas o de estar en contacto y comunicarse afectivamente con grupos que la tienen.

Corolario 1: Los graves problemas que la presencia de un miembro con esquizofrenia provoca en la familia contribuyen a la discriminación de este por ella y se transmite a través de vínculos de comunicación afectiva con parientes y personas más cercanas a la familia.

NOTAS

(1) "Esquizofrenia, estigma e inserción laboral", investigación FONDECYT N° 1000001, años 2000-2001 y "Esquizofrenia y discriminación familiar", investigación FONDECYT N° 1020027, años 2002-2003.

BIBLIOGRAFÍA

Cordero, Martín: "Esquizofrenia y familia", REVISTA DE PSIQUIATRIA. N° 1, vol. XIV, 1997, pp. 42-45.

Mahaluf, Jorge y otros: "Expectativas de la familia en torno a la mejoría del paciente esquizofrénico". REVISTA DE PSIQUIATRIA CLINICA. N° 1, vol. XXVI, 1989, pp. 47-51.

Mikulska-Meder J.: "Clinical state of patients with schizophrenia who are employed and unemployed", Psychiatr Pol (Polonia) Enero-Abril 1992 26 (1-2) pp. 97-103.

Morales, Eliana: "Familia, paciente y reinserción social". REVISTA DE PSIQUIATRIA. N° 1, vol. XI, 1994, pp. 16-20.

Morchen G. y otros: "Poverty in the psychiatric unit – a central problem in mental health problem". Psychiatr Prax (Alemania) Nov 1992 19 (6) pp. 207-11.

Reker T. y otro : « Current practice of psychiatric occupational rehabilitation. Results of a representative study in sheltered environment in the Westfalen area” Psychiatr Prax (Alemania) Mayo 1993 20 (3) pp. 95-101.

Sepúlveda, Rafael: “Intervención familiar para personas con esquizofrenia. Crónica a partir de una revisión sistemática del tema”. REVISTA DE PSIQUIATRIA. N° 3, vol. XIII, 1993, pp. 155-157.

Yamashita T. Y otros: “A nationwide investigation needs for rehabilitation of schizophrenic outpatients- the patients´ attribute and actual conditions of living”. Seishin Shinkeigaku Zasshi (Japón) 1996 98 (3) pp. 176-94.

Zúñiga, Sonia y J.Jobet: “Evaluación del programa de psicoeducación para familiares de pacientes esquizofrénicos: Una intervención complementaria al tratamiento psicofarmacológico. REVISTA DE PSIQUIATRÍA. 1993.