



ESTUDIO SOBRE LA AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTIGMA SOCIAL Y LA AUTOESTIMA EN PERSONAS QUE FORMAN PARTE DEL PLAN DE SERVICIOS INDIVIDUALIZADO (PSI)

Elena Grisolia, Natalia Mantecón, Daniela Parodi-Herz y Eva Rodríguez

Universidad Autónoma de Barcelona

Escuela de Terapia Familiar Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Barcelona, Mayo 2010.

*"Cuando, según se cuenta, el zar Pedro I pronunciaba contra
algún enemigo de su poderosa nobleza la sentencia:
"Yo te hago loco", el poder de la palabra y la palabra del poder,
en este caso, acababan convirtiéndole en tal, pues al tratarle todos
los demás como demente, el desgraciado vivía la realidad
de la sinrazón y perdía toda cordura"*
(Montero, 2003)

RESUMEN

En este trabajo se presentan los resultados de un estudio realizado sobre una muestra de 72 adultos de edades comprendidas entre 18 y 70 años, diagnosticados de esquizofrenia de acuerdo al DSM-IV y pertenecientes al Plan de Servicios Individualizado (PSI). Tales sujetos se dividieron en dos grupos según estuvieran vinculados a recursos de la red de salud mental o a recursos naturales. La muestra cumplimentó la *Versión Reducida del Cuestionario de Autopercepción del Estigma Social (AES)* y el *Cuestionario de Autoestima de Rosenberg (RSES)*. Los objetivos del estudio fueron evaluar y comparar el nivel de autoestima y la autopercepción del estigma social, en los grupos antes mencionados; así como también, demostrar la existencia de una relación entre la autopercepción del estigma y el nivel de autoestima. De esta forma, se pudo evidenciar que al considerar la influencia de la zona geográfica donde se realiza el PSI los sujetos que están vinculados a recursos naturales presentan mayor autopercepción de estigma social que los sujetos vinculados a recursos de salud mental o clínicos.

PALABRAS CLAVES:

Autopercepción de Estigma Social, Autoestima, PSI, Psicosis (esquizofrenia), Recursos Naturales, Recursos de Salud Mental.

ABSTRACT

This paper presents the study results on a sample of 72 adults aged 18 to 70 years diagnosed with schizophrenia according to DSM-IV criteria and participants of the Individualized Services Plan (PSI). Subjects were divided into two groups as they were linked to resources of the mental health network or to natural resources. The sample completed the *Reduced Version of the Questionnaire of Internalized Social Stigma (AES)* and the *Rosenberg's Self-esteem Questionnaire (RSES)*. This study aimed to evaluate and compare the level of self-esteem and the internalized social stigma in the two groups; additionally, it aimed to demonstrate the existence of an association between the internalized social stigma and the level of self-esteem. The results show that, when considering the influence of the geographical area where the PSI is taking place, the individuals who are linked to natural resources present a higher level of internalized stigma than the individuals who are linked to mental health resources.

KEY WORDS:

Internalized Social Stigma, Self-esteem, PSI, Psychosis (schizophrenia), Natural Resources, Mental Health Resources.

INTRODUCCIÓN

El siglo XXI considerado como la era de la información, de la globalidad, de los movimientos migratorios, de la solidaridad, e incluso de la biología y de la ingeniería genética sigue presentando una sociedad que todavía hoy en día manifiesta prejuicios, rechazo e incompreensión hacia los enfermos mentales y más en concreto, a los que padecen un trastorno esquizofrénico. Estas personas suelen ser socialmente estigmatizadas.

Las personas diagnosticadas con esquizofrenia, según la Organización Mundial de la Salud, (OMS) oscilan entre el 7 y 14 por 100.000 habitantes, o más concretamente 1% de la población (AMP, 1996).

Dichos individuos suelen cargar con el peso de ser identificados como agresivos, frágiles, extravagantes, dependientes, incapaces de moverse con autonomía, raros, vagos, con los que no se puede razonar, locos y crónicos (Cancrini, 1991; Domenici, 1993; Byrne, 2000; Crisp, 2000). En otras palabras, sufren lo que se ha denominado estigma social.

De acuerdo a Goffman (1964), el estigma se refiere a algunas características que poseen ciertas personas o grupos que los diferencian de los demás y que son juzgadas por la sociedad en general como negativas.

En este sentido, tal diferenciación está vinculada a conceptos como anormalidad, estereotipo, prejuicio y consecuentemente discriminación; los cuales conllevan una carga negativa que pueden intensificar el malestar, los sentimientos de inadecuación social, de fragilidad y de incompetencia.

Crisp (2000) plantea que el estigma es la etiqueta que se pone sobre la persona y resulta muy difícil desprenderse de ella. Llega a ocultar a ese individuo, porque se le identifica plenamente con el hecho por el que se le etiqueta. El lenguaje da buena muestra de cómo la enfermedad mental se identifica como único rasgo de la personalidad de quienes la padecen: si se diagnostica esquizofrenia, pasa a ser "esquizofrénico"; si sufre depresión, es "depresivo", y así sucesivamente. Una vez que la sociedad subraya la diferencia resulta muy difícil para la persona ser aceptada.

Penn y Martin (1998) destacan que padecer una enfermedad mental influye negativamente en las posibilidades de establecer relaciones sociales, de salir de casa y de encontrar empleo. Esto a su vez agrava la situación y promueve en cierto sentido la misma enfermedad, al tener como

consecuencias una mayor desadaptación social, baja autoestima, depresión y un aumento de la carga familiar (Autonell, Ballús-Creus y Busquets, 2001).

De este modo, ha aumentado el interés por estudiar el estigma desde el punto de vista de la persona que lo padece. Esto se debe, por un lado, a que es el primer depositario del estigma social y quién más sufre por ello; y por otro lado, a que se ha rescatado la consciencia que tiene de su propio sufrimiento.

Walh (1999; en Runte, 2005) realizó un estudio entrevistando a 1300 usuarios asociados a la National Alliance for the Mentally Ill (NAMI), en el cual encontró que las formas más citadas de experimentar estigma venían dadas por: rechazo o evitación, ser tratados por los otros como menos competentes tras el conocimiento de la enfermedad mental, recibir consejos para disminuir sus expectativas respecto de sus vidas y escuchar comentarios o descripciones ofensivas respecto a las enfermedades mentales. Por su parte, las experiencias relatadas en cuanto a la discriminación venían dadas por: no volver a trabajar, no ser aceptados por servicios voluntarios, negación de vivienda, educación e incluso de seguros de salud privados.

Otras investigaciones han puesto de relieve el efecto que tienen las atribuciones estigmatizantes en la autopercepción de los sujetos que padecen una enfermedad mental.

Runte (2005) encontró que la autopercepción de estigma es la peor de las consecuencias de ser estigmatizado, dado que disminuye la autoestima y distorsiona la visión que se tiene de sí mismo. En esta línea otros autores han confirmado tal hipótesis, de modo que la autoestima y el estigma muestran una fuerte relación inversa; es decir, a mayor autoestima menor autopercepción de estigma y viceversa (King, Dinos, Shaw, Watson, Stevens y Cols., 2007; Watson, Corrigan, Larson y Sells, 2007; Yanos, Roe, Markus y Lysaker, 2008).

En paralelo, Ertugul y Egul (2004, en Calvo, Calvo, Carmona, Castellan, Clares y Cols., 2006) estudiaron la relación entre la percepción de estigma y los síntomas de personas que padecen esquizofrenia, obteniendo como resultado que configuran un círculo vicioso cuyos elementos se refuerzan los unos a los otros.

Igualmente, diversos investigadores han desarrollado escalas para medir la autopercepción del estigma en la enfermedad mental en general (King y Cols., 2007); así como específicamente en personas que padecen esquizofrenia (Ochoa, Martínez, Ribas, García, López y Cols., 2009).

En el presente estudio se considera la esquizofrenia como diagnóstico del continuo psicótico. Se trata de un trastorno multicausal donde existen factores tanto biológicos, como culturales, sociales y relacionales (Linares, 1996).

Tomando en cuenta los factores relacionales, Bateson (1969, en Linares, 1996) plantea que "la vida psíquica se puede entender como el resultado de la organización individual de la experiencia relacional: la unidad de supervivencia es el organismo en un ambiente" (p.25).

Este mismo autor describe que la conducta psicótica constituiría una respuesta adaptativa a la comunicación distorsionada; es decir, plantea que la etiología de tal trastorno viene dada por una relación de doble vínculo. Este se establece entre dos personas unidas de manera intensa y significativa, una de ellas emite un mensaje que tiene dos proposiciones: complementarias y contradictorias, y quien lo recibe no está en condiciones de afrontar tal incongruencia, ni puede obviar el mensaje, sobretodo porque se encuentra en una situación de dependencia del receptor. A su vez, tales mensajes se repiten constantemente durante un largo tiempo.

En resumen, la teoría del doble vínculo aportó un marco teórico situado a mitad de camino entre el individuo y sus sistemas relacionales (familia y sociedad). A partir de entonces, se pudo profundizar en el aspecto comunicacional de los síntomas, entendiéndolos como diálogos camuflados entre la persona que lo padece y el entorno más próximo que lo rodea, en este caso la familia.

Linares, Castelló y Colilles (2001) inspirados en diversos autores tales como Watzlawick (1967), Haley (1967) y Selvini (1975, 1986) explican la aparición de la psicosis como el resultado de triangulaciones desconfirmadoras: "La desconfirmación mediante la negación en términos relacionales de la existencia de alguien, destruye su identidad y provoca el desarrollo de la psicosis. Por su parte la triangulación, comprendida como la implicación del sujeto en el juego relacional disfuncional de otras dos

personas (generalmente los padres), es el vehículo preferente (aunque no necesariamente el único) de la desconfirmación” (Linares, 2007, p.150).

De este modo la psicosis comprende dos niveles de disfunción: el nivel negativo que implica la desconfirmación sobre la identidad, lo cual genera la desintegración del sí mismo “no existo, no soy nadie”; y el nivel positivo, que comprende la reconstrucción de una identidad alternativa porque “no es posible no ser nadie, no existir” (Linares, 2007, p.150).

El trabajo terapéutico desde la visión de la terapia familiar sería por un lado la reconfirmación, y por el otro, si es posible, el cambio en el entorno promoviendo que los padres liberen al hijo de dicho triángulo relacional (Linares 2007).

De esta comprensión, este autor plantea la reconfirmación como un proceso relacional en el que se fomenta la nutrición emocional, valorando a la persona como valiosa y digna con sus defectos y sus virtudes. Esto no deja de ser, un efecto sinónimo de favorecer el aumento de la autoestima en las personas diagnosticadas de esquizofrenia, aceptando su peculiaridad e individualidad como válida.

En la presente investigación, siguiendo a Linares, se considera que la desconfirmación y la reconfirmación son variables que pueden relacionarse directamente con la autopercepción del estigma.

Por un lado, la percepción de estigma social se convierte en una reproducción de desconfirmación en el sistema familiar, la cual es vivida por parte de quien la sufre como una forma más de solo ser visto e identificado como enfermo, y por lo tanto, estar fuera de la sociedad.

Mientras, la reconfirmación favorece los cambios en la percepción del sí mismo: el establecimiento de una nueva imagen y de nuevos mensajes de competencia y madurez (Linares, 1996). De este modo, los sistemas en los que se encuentra el sujeto -su red social- pueden promover también esta reconfirmación.

Tomando en cuenta que el sujeto está inmerso en la sociedad, así como los factores derivados de este entorno que intervienen, Elkaim (1989) desarrolla el concepto de red social que implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectiva. Lo considera como un sistema abierto y que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes, y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potenciación de los

recursos que poseen. Cada miembro de una familia, de un grupo o de una institución se enriquece por medio de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla.

Tal como lo plantea Dabas (2002) la relación de los actores de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, hospital, escuela, asociación de profesionales, centro comunitario, etc.) con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para fortalecer la trama de la vida. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos.

Como lo manifiesta Sluzki (2002), la red social representa la sumatoria de todas las relaciones que cuentan realmente o que son percibidas como tales por un individuo; éste define el nicho social propio que contribuye a su reconocimiento. La red constituye una fuente esencial del sentimiento de identidad, del deber ser, de la competencia, de la acción, así como las actitudes habituales a nivel de la salud y del modo de adaptación en caso de crisis.

Atneave y Ross (1982) afirman que la red social es depositaria de la identidad y de la historia individual, y es una fuente de retroalimentación y reconocimiento social, en el sentido de que en tales interacciones cada persona refleja y mantiene una imagen de sí misma, relacionada con el o los roles que cada quien desempeña o asume en esa relación. Tales relaciones se caracterizan por ser intensas, recíprocas, valiosas, irremplazables y mantenidas voluntariamente, pero no son exclusivas ni estrictamente esenciales para la supervivencia, dado que abarcan diferentes esferas de la vida social.

Los individuos van formando parte de su red social por medio de la multiplicidad de las relaciones donde se encuentra involucrado, desde el momento que nace y durante todo el proceso de socialización y de incorporación a diversos grupos.

Como lo plantea Sluski (1979) parte del universo relacional del individuo está sustentado y configurado por la inserción que tiene en contextos culturales, socioculturales, históricos, políticos, económicos, religiosos, circunstancias medioambientales, etc.

La red social personal puede sistematizarse en cuatro cuadrantes, los cuales incluyen a todos los individuos que interactúan con la persona. Estos son:

- Familia.
- Amistades.
- Relaciones laborales o escolares (compañeros de trabajo o de estudios).
- Relaciones comunitarias, de servicios o religiosos (relaciones con sistemas de salud y agencias sociales).

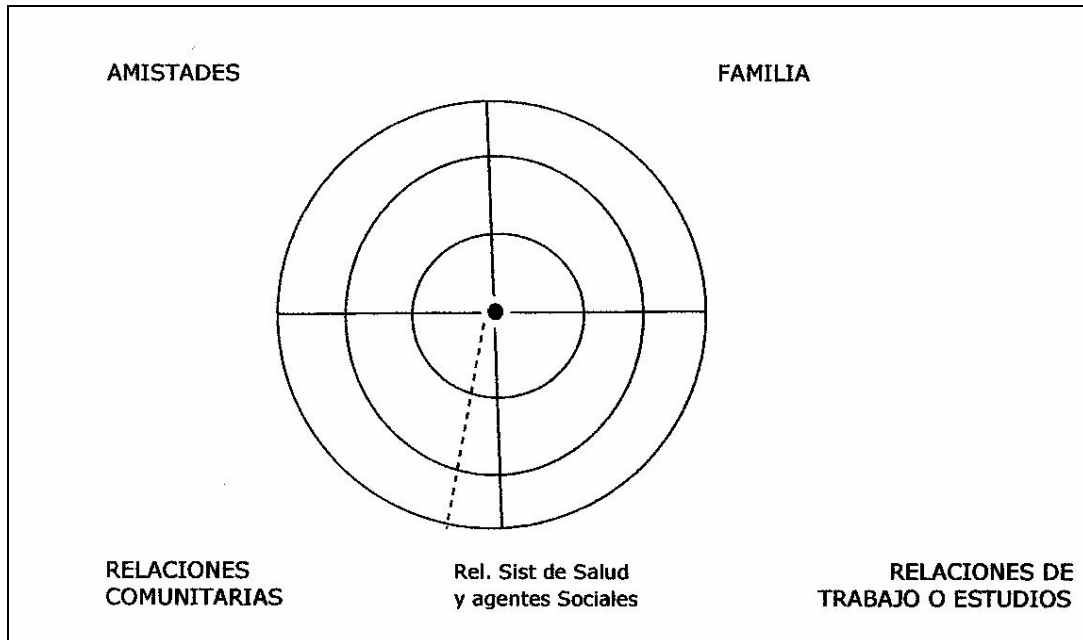


Figura 1. Mapa de Red (adaptado de Sluski, 2002).

Con el tiempo, algunos de sus síntomas (problemas de atención, delirios o paranoias) pueden inducir a estos sujetos a cuestionar o percibir equivocadamente la intención y el significado de las comunicaciones emitidas por otros integrantes de su mundo social, como sus amigos y familiares, evitando el contacto con estos, siendo este un proceso de doble vía; es decir implica una retroalimentación constante entre paciente y los diferentes subsistemas con los que interactúa. Así, las personas que integran los otros contextos debido a las representaciones sociales que tienen del enfermo mental lo estigmatizan y lo rechazan contribuyendo a su aislamiento (Contreras y Hernández, 1999).

Cuanto más se prolongue el aislamiento social, tanto más tenderán a disminuir las habilidades sociales y, a la larga, las conductas extrañas se

arraigarán. Las reiteradas respuestas negativas del ambiente mantendrán aún más las pautas disfuncionales y la necesidad de retraerse, ya que la apatía, la falta de motivación y la disminución de sus energías deteriorarán su funcionamiento y alejarán de los otros (Contreras y Hernández, 1999).

De este modo se establece una relación circular entre aislamiento social y los síntomas que la persona presenta, los cuales se retroalimentan negativamente, favoreciendo de esta manera la homeostasis de dicha relación.

Por todo esto, es importante conectar a estas personas, relativamente inmotivadas, con una variedad más amplia de contactos sociales. De tal modo, el clínico debe trabajar sobre esto, ya que amigos, conocidos y familiares suelen sentirse inseguros con respecto al miedo a que si se presiona al paciente pueda desencadenarse una nueva crisis, o la ambivalencia entre tolerar la falta de iniciativa o reciprocidad con la necesidad de empujarles a que realicen actividades o se impliquen en las actividades de la vida cotidiana. Posiblemente, el conformarse con mucho menos de lo que el sujeto es capaz de lograr, mantendrá un estado deficitario, ya que el esfuerzo exigido para hacer frente a las cuestiones inherentes a la convivencia con una persona diagnosticada de esquizofrenia deja a los demás integrantes de la familia sin entusiasmo, interés, ni siquiera capacidad para emprender actividades sociales fuera del hogar (Contreras y Hernández, 1999).

Todo esto, se complejiza al considerar factores socioculturales; pues tal como lo plantea Raybeck (1988, en Pedersen, 2005) en las sociedades pequeñas se muestran más tolerantes hacia ciertas formas de comportamiento y siguen viendo al individuo afectado a través de su historia y su propia biografía, resistiéndose a considerar su conducta como una anormalidad o enfermedad. En estas sociedades pequeñas, la construcción social del estigma sigue un patrón diferente al que se encuentra en los grandes conglomerados urbanos, ya que en las primeras existen valores compartidos por casi todos por igual, la interdependencia entre familias e individuos es muy alta y las redes sociales de apoyo y solidaridad son amplias y fuertes. En oposición se encuentran aquellas sociedades urbanas o industriales con estructuras estratificadas y complejas, en las que se encuentran desigualdades marcadas, además de

una mayor autonomía y aislamiento entre sus miembros. En consecuencia se facilita la tendencia a mostrar comportamientos que inducen a la exclusión social y estigmatización de las personas con enfermedad mental (Raybeck, 1988).

Es por todo ello, que en las sociedades occidentales el paso de una psiquiatría institucional a una psiquiatría comunitaria ha tenido que superar ciertas dificultades. En específico, la red asistencial creada en este contexto ha dado una respuesta limitada, lo que conlleva el riesgo de que los pacientes menos capaces o dispuestos a solicitar ayuda se queden fuera del sistema.

En consecuencia, como propuesta para eliminar dicho riesgo, partiendo de un método organizativo y de un proceso activo de gestión de los Trastornos Mentales Severos (TMS) surge, lo que, en 1995, el Programa de Salud Mental de Cataluña define como el Plan de Servicios Individualizado (PSI), eje del *case management* en el territorio catalán.

El programa piloto se instaura del 1997 al 2002 en San Joan de Déu SSM y la Fundación San Pere Claver. Este programa piloto se amplía de manera progresiva a partir del 2003. La consolidación y la ampliación a toda Cataluña llega en el periodo de 2003 a 2007. Es en este último año cuando se crea la Comisión Pedagógica y de Seguimiento del Programa, dentro del *Pla de Salut Mental i Addiccions*.

El PSI implica una estrategia de intervención asistencial en el territorio, dirigido a las personas con TMS mayores de 18 años que tienen dificultades de vinculación con los servicios de salud mental, tanto en el ámbito clínico como rehabilitador (CatSalut, 2003).

La finalidad del programa es acompañar a la persona en su proceso de recuperación, para garantizar sus condiciones de vida en la comunidad, con la máxima calidad de vida que puede ofrecer el entorno y sus capacidades personales.

El modelo de intervención del PSI se basa en el trabajo de gestión individual de casos (Rapp y Goscha, 2006), que a través de un vínculo próximo con el paciente por parte del Coordinador de Proyecto Individualizado (CPI), posibilita un abordaje más integral y directo de su problemática.

Asimismo, el programa sirve como puente entre las personas que sufren esquizofrenia y los diferentes servicios implicados en su proceso, para

optimizar la utilización que se hace de los mismos y garantizar un buen canal de comunicación; para esto el CPI debe poder posicionarse en un nivel de metacomunicación, siendo capaz de evitar los dobles vinculos tanto con el individuo, la familia, y los otros profesionales.

El objetivo primordial dentro del PSI es adaptar los servicios sanitarios y sociales a las necesidades concretas de cada sujeto y vincularlos tanto como sea posible a su medio natural, para consolidar la continuidad asistencial.

Para realizar su finalidad el CPI coordina sus actividades con los dispositivos comunitarios y del circuito asistencial especializado en Salud Mental.

Tradicionalmente, la orientación de mucha de la rehabilitación psiquiátrica (Lieberman, 1992 y Anthony, 1979, en Rapp y Goscha, 2006) se centraba en la identificación de las habilidades deficitarias de las personas para, posteriormente, enseñar estas habilidades.

Desde el modelo en el cual se basa el PSI, las intervenciones se realizan a partir de las capacidades y fortalezas del individuo, con la meta de potenciar la funcionalidad y lo saludable que toda persona tiene. La complejidad de la persona no se reduce al diagnóstico o al grupo de problemas que le acontece, sino que se intenta buscar la comprensión y el significado desde su propio punto de vista (Rapp y Goscha, 2006). Como capacidades y fortalezas se entienden cuatro grupos.

En primer lugar, las cualidades y/o atributos personales, considerados como las características que definen lo que la persona es, cómo se percibe y cómo la perciben. Resulta interesante para que se dé un proceso de reconfirmación de la identidad, puesto que en ella se reconoce externamente algo que la persona desea o percibe internamente.

En segundo lugar, los talentos y habilidades; entendidos como las características personales que hacen que la persona sea vista en la realización de tareas concretas como competente. Todas las personas desean ser competentes en algo, pero lo más importante para muchos es que otros reconozcan esta competencia en algún área personal.

En tercer lugar, las fortalezas del entorno o medioambientales que son todos aquellos recursos dentro del ecosistema que pueden hacer que la persona pueda conseguir sus objetivos. En concreto, en este estudio se refiere al grupo primario de apoyo, la familia, la comunidad, el ámbito

laboral o formativo. En definitiva, serían todos aquellos lugares donde la persona puede interactuar sintiéndose segura, reconocida y valorada.

En cuarto y último lugar, los intereses y aspiraciones, entendidos como los proyectos de futuro, los hobbies, sueños, ambiciones en los que la persona invierte tiempo y pasión, buscando el logro, la autorrealización y la satisfacción personal.

De esta forma, basándose en lo planteado por Rapp y Goscha el programa PSI ha definido una población diana que está determinada por tres diferentes grupos de criterios (Tabla 1). Esta población comprende un subgrupo de personas dentro del TMS, con una repercusión familiar y social más grande y/o una inadecuada utilización de los servicios.

Tabla 1

Grupos de criterios de inclusión en el PSI (CatSalut, 2003).

Criterios diagnósticos y clínicos: Trastorno Mental Severo (TMS).

* Diagnóstico primario de:

- Esquizofrenia
- Trastorno Esquizoafectivo
- Trastorno Bipolar
- Trastorno Delirante
- Depresión Mayor
- Trastorno Obsesivo- Compulsivo
- Trastorno de la Personalidad Grave
- Crisis de Angustia con Agorafobia

* Gravedad Clínica (DSM-III R): EEAG (GAF) < 50

* Presencia del cuadro de manera continuada o episódica durante más de dos años.

* Se excluyen las personas con diagnóstico primario de abuso de sustancias, retraso mental o trastorno mental orgánico.

* Gravedad clínica:

- Distorsión de la realidad o comportamiento abiertamente desadaptado atribuible al trastorno mental.
- Falta de contención y conductas de riesgo (autoagresividad o heteroagresividad).

Criterios sociales (repercusiones psicosociales)

* Perturbación o limitación de una función (disfunción).

* Incapacidad funcional (discapacidad para el desarrollo de un papel social).

* Dependencia (necesidad permanente de mantenimiento por parte de otra persona o de un servicio concreto).

* Sobrecarga familiar manifiesta o persistente, o bien ausencia de familia.

* Ausencia de red social.

Criterios de utilización de servicios

Utilización previa de uno o más servicios de salud mental, de forma prolongada o reiterada.

* Alta de un servicio de subagudos o de media y larga estancia.

* Tres o más hospitalizaciones a lo largo de dos años.

* Más de 150 días de hospitalización a lo largo de su vida.

* Más de 90 días en la última hospitalización psiquiátrica.

* Tres atenciones de urgencia en un año o más de cuatro en los últimos dos años.

Un criterio de pronóstico que, basándose en la evolución, hace prever la necesidad de utilizar una multiplicidad de servicios en el futuro, que requiere una planificación y una organización de la asistencia psiquiátrica y una coordinación interdepartamental o interinstitucional que nada más es posible desde los servicios públicos.

También se recomienda que se incluyan en esta categoría cualquier individuo tributario de los anteriores diagnósticos y con alguna hospitalización previa que abandone por un período de más de seis meses su seguimiento individual.

Adicionalmente, se ha observado que muchos profesionales que se desempeñan como CPI realizan intervenciones orientadas a que los pacientes se vinculen a recursos no protegidos, y por lo tanto independientes a la red de salud mental (aún cuando el PSI sea un programa de mencionada red). De esta forma, se plantea un contexto donde las personas dejan de ser vistas como pacientes, dado que, el diagnóstico de enfermos no es considerado.

Tales recursos e intervenciones se definen como recursos naturales (Rapp y Goscha, 2006), y se destacan: el incentivar la realización de cursos (idiomas, cocina, baile, música, etc), formaciones profesionales, escuela para adultos, carreras universitarias, asistir a gimnasio, participación social-comunitaria en centros cívicos, iglesia u otros centros religiosos, asociaciones de vecinos, inserción laboral en ambientes no protegidos, entre otros.

Como recursos protegidos en la red de salud mental, se encuentran aquellos en los que es necesario e indispensable un diagnóstico psiquiátrico para su utilización, es decir, presentar a la persona en su condición de

enfermo mental. A su vez, algunos de estos recursos exigen tener un certificado del grado de disminución. Entre estos se destacan: servicio de rehabilitación comunitaria (SRC), hospital de día (HD), comunidad terapéutica (CT), hospitalización parcial, servicio prelaboral, servicio de inserción laboral en salud mental (SIL), centro especial de trabajo (CET), fundaciones, club social de salud mental, soporte a la autonomía del hogar, entre otros.

En base a lo expuesto anteriormente, este estudio tiene como propósito valorar las posibles diferencias en la autopercepción del estigma social y el nivel de autoestima en pacientes diagnosticados de esquizofrenia que forman parte del PSI, considerando como hipótesis que los pacientes que estén vinculados a recursos naturales tendrán una menor percepción del estigma social y una mayor autoestima.

Específicamente, los objetivos propuestos son: (a) evaluar el nivel de autoestima en ambos grupos de pacientes; (b) evaluar y medir la autopercepción del estigma en ambos grupos de pacientes; (c) comparar el nivel de autoestima y autopercepción de estigma en ambos grupos de pacientes; (d) valorar la existencia de una relación entre la autopercepción del estigma y el nivel de autoestima.

MÉTODO

DISEÑO

El diseño de la presente investigación fue no experimental; en vista de que los investigadores no han tenido un control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables, las inferencias entre variables se hacen, sin una intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables dependientes e independientes (Kerlinger, 1988).

Del mismo modo, como se evaluaron varias variables, además de las indicadas en los objetivos; se utilizó inicialmente un análisis bivariante, relacionando las variables de auto percepción y de autoestima por separado frente a los dos grupos indicados. Así mismo, se utilizó una aproximación multivariante para ampliar la información y corregir los posibles sesgos originados por variables confusoras. De esta forma, al

detectar otras variables significativas o con relevancia clínica entre los grupos, se procedió a realizar un análisis de la varianza (ANOVA) incluyendo dichas variables ya sea como factores (si son variables categóricas) o como covariables (si son variables cuantitativas), con el fin de evaluar si se mantenía el posible efecto del grupo, objetivo principal del presente proyecto.

En cuanto al diseño muestral de la presente investigación fue no probabilístico intencional, dado que no se empleó el muestreo aleatorio, por la incapacidad de conocer la probabilidad que tienen los pacientes de ser incluidos en la muestra; e intencional ya que la selección de las unidades muestrales se realiza basándose en el juicio del experimentador (Kerlinger, 1988; Silva, 1992; Glass y Stanley, 1996).

PARTICIPANTES

La población de interés del presente estudio fueron personas diagnosticados de esquizofrenia de ambos sexos del área metropolitana (Sants-Montjuïc, Ciutat Vella, Les Corts, Sarriá - Sant Gervasi y Sant Martí) y periférica de Barcelona (Baix Llobregat, Garraf y Cerdanyola), cuyas edades están comprendidas entre 18 y 70 años, y que son usuarios del programa PSI.

Criterios de inclusión:

- Vinculado al programa PSI.
- Asistir de forma regular al terapeuta referente.
- Evolución de trastorno de un mínimo de 2 años, para excluir los casos de primer brote.
- Diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo a los criterios del DSM-IV.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que estén dentro del programa de psicosis incipiente.
- De existir comorbilidad con otros diagnósticos quedan excluidos aquellos pacientes que presenten: retraso mental, demencia y/o problemas geriátricos (manifestaciones de dependencia debidas a la edad).

La muestra estuvo formada por 72 sujetos adultos, que se encuentran distribuidos de acuerdo a como lo demuestra la Tabla 2.

Tabla 2

Distribución de la muestra de acuerdo a las variables sociodemográficas.

Variable		Recursos Naturales (43 Sujetos)	Recursos SM/Clínicos (29 Sujetos)	Muestra Total	
Edad	Media	38.44	45.14	41.79	
	Desviación	11.27			
Sexo	Mujer	Frecuencia	22	8	30
		% Sexo	73.3%	26.7%	100%
	Hombre	Frecuencia	21	21	42
		% Sexo	50%	50%	100%
Núcleo de Convivencia	Solo	Frecuencia	10	6	16
		% Núcleo Conv	62.5%	37.5%	100%
		Padres	Frecuencia	22	10
	% Núcleo Conv		68.8%	31.1%	100%
	Otros Familiares		Frecuencia	3	3
		% Núcleo Conv	50%	50%	100%
		Piso Compartido	Frecuencia	3	1
	% Núcleo Conv		75%	25%	100%
	Conv. Pareja		Frecuencia	2	1
		% Núcleo Conv	66.7%	33.3%	100%
		Familia Propia	Frecuencia	1	2
	% Núcleo Conv		33.3%	66.7%	100%
Residencia / Piso Protegido	Frecuencia		0	4	4
	% Núcleo Conv	0%	100%	100%	
	Otros	Frecuencia	2	2	4
% Núcleo Conv		50%	50%	100%	
Estado Civil		Soltero	Frecuencia	32	20
	% Estado Civil		61.5%	38.5%	100%
	En Pareja	Frecuencia	6	1	7
		% Estado Civil	85.7%	14.3%	100%
	Tuvo Pareja	Frecuencia	5	8	13
		% Estado Civil	38.5%	61.5%	100%
Nivel de Estudios	Primarios Incompletos	Frecuencia	2	8	10
		% Nivel Estudios	20%	80%	100%
	Primarios Completos	Frecuencia	9	3	12
		% Nivel Estudios	75%	25%	100%
	Secundarios Incompletos	Frecuencia	16	7	23
		% Nivel Estudios	69.6%	30.4%	100%

	Secundarios Completos	Frecuencia	3	7	10	
		% Nivel	30%	70%	100%	
		Estudios				
	Universitarios Incompletos	Frecuencia	8	3	11	
		% Nivel	72.7%	27.3%	100%	
		Estudios				
	Universitarios Completos	Frecuencia	3	1	4	
		% Nivel	75%	25%	100%	
		Estudios				
	Otros	Frecuencia	2	0	2	
		% Nivel	100%	0%	100%	
		Estudios				
Situación Laboral	Activo Ocupado	Frecuencia	4	1	5	
		% Sit. Laboral	80%	20%	100%	
	Estudiante	Frecuencia	4	0	4	
		% Sit. Laboral	100%	0%	100%	
	Jubilado o Pensionista	Frecuencia	27	23	50	
		% Sit. Laboral	54%	46%	100%	
	Baja Laboral	Frecuencia	3	0	3	
		% Sit. Laboral	100%	0%	100%	
	Activo Parado	Frecuencia	3	2	5	
		% Sit. Laboral	60%	40%	100%	
	Trabajo Protegido	Frecuencia	2	1	3	
		% Sit. Laboral	66.7%	33.3%	100%	
	Otros	Frecuencia	0	1	1	
		% Sit. Laboral	0%	100%	100%	
	Zona Geográfica PSI	Cerdanyola	Frecuencia	7	8	15
			% Zona PSI	46.7%	53.3%	100%
		Baix LLogregat	Frecuencia	13	2	15
			% Zona PSI	86.7%	13.3%	100%
Barcelona		Frecuencia	14	17	31	
		% Zona PSI	45.2%	54.8%	100%	
Garraf		Frecuencia	9	2	11	
		% Zona PSI	81.8%	18.2%	100%	

La obtención de la muestra se realizó mediante una reunión informativa por parte de los investigadores con cada sub-equipo del PSI. En dicha reunión se explicó el objetivo de la investigación y la aplicación de los instrumentos utilizados, haciendo entrega a cada profesional CPI 5 paquetes del material para que captaran dentro de los casos que llevan en seguimiento, los sujetos que consideraran adecuados; cabe destacar que la colaboración por parte del CPI era voluntaria.

Finalmente, se entregaron 120 paquetes (Ver Anexos A, B, C, D y E), de los cuales sólo se recibieron 72; dado que los criterios de inclusión no se cumplían en todos los casos, además de la negativa de algunos usuarios por participar, y de que algunos profesionales consideraran inadecuados los cuestionarios por calificar algunas preguntas como intrusivas y duras.

De este modo los 72 sujetos obtenidos se agruparon en dos grupos conforme estuvieran vinculados o no a recursos naturales (categorías definidas en el marco teórico y detalladas en el Anexo A). Para determinar el nivel de vinculación a los recursos naturales, se tomó en cuenta que usaran al menos 2 recursos naturales y que llevaran un mínimo de 1 mes de vinculación con una asistencia del 80% (independientemente de que estuvieran vinculados o no a otros recursos de salud mental). Así mismo, se obtuvo que 43 (59.7%) de los sujetos formaban parte del grupo de recursos naturales, y 29 (40.3%) formaban parte del grupo de recursos de salud mental o clínicos.

INSTRUMENTOS

Para la recogida de datos se utilizaron dos instrumentos:

(1) Versión reducida del Cuestionario de Autopercepción del Estigma Social (AES) de personas con Esquizofrenia de Ochoa, Martínez, Ribas, García, López, Villellas, Arenas, Álvarez, Cunyat, Vilamala, Autonell, Lobo y Haro (por publicar) (Ver Anexo B). El mismo incluye 14 afirmaciones referidas a aspectos de la autopercepción de estigma social que tienen que ver con la peligrosidad, la culpa, la pérdida de roles sociales y el miedo al rechazo. Tales afirmaciones se puntúan de acuerdo a una escala tipo Likert, siendo las opciones de respuesta las siguientes: (1) totalmente de acuerdo, (2) moderadamente de acuerdo, (3) ligeramente de acuerdo, (4) ni de acuerdo ni en desacuerdo, (5) ligeramente en desacuerdo, (6) moderadamente en desacuerdo y (7) totalmente en desacuerdo.

Adicionalmente, se destaca que este cuestionario ha sido estudiado y validado con una muestra de 77 pacientes diagnosticados de esquizofrenia de la ciudad e Barcelona. Al respecto, se obtuvo un índice de consistencia interna Alpha de Crombach de 0,754 por lo que se considera un instrumento fiable. En cuanto a la validez de constructo, se realizó un análisis de componentes principales a partir del cual se obtuvo una estructura factorial de 3 dimensiones explicando el 62,65% de la varianza, factores que aunque los investigadores aún no han etiquetado, indican están referidos al distanciamiento social (factor 1), la identidad y capacidades que posee el individuo (factor 2), y el ocultamiento de la enfermedad (factor 3). Por todo esto, se puede afirmar que este

cuestionario pudiera considerarse como instrumento para la medición de la autopercepción del estigma.

(2) *Cuestionario de Autoestima de Rosenberg (RSES)* (Rosenberg, 1989; en Martín, Nuñez, Navarro y Grijalvo, 2007) (Ver Anexo C). El cual consta de 10 preguntas puntuables que se encuentran referidas a la consideración positiva o negativa de uno mismo; tales preguntas pueden puntuarse entre 1 y 4 puntos. La Escala de Autoestima de Rosenberg ha sido traducida a 28 idiomas y validada interculturalmente en 53 países, por lo cual es una de las escalas más fieles y válidas a la hora de medir la autoestima.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para llevar a cabo el análisis de resultados, en primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los instrumentos utilizados como variables dependientes (Anexo F), a fin de observar el comportamiento de la muestra con relación al nivel de autopercepción de estigma social y al nivel de autoestima (Ver Tabla 3).

Tabla 3

Distribución de las puntuaciones totales de autopercepción de estigma social (AES) y el nivel de autoestima (RSES)

Descriptivo	Nivel Autopercepción de Estigma (AES)	Nivel Autoestima (RSES)
Media	61.97	26.32
Mediana	63	26
Moda	58 / 72	26
Desviación Estándar	17.11	2.76
Asimetría	-0.193	1.08
Kurtosis	-0.106	1.84
Valor Máximo	14	22
Valor Mínimo	97	35
Coef. Variación	27.61	10.76

En segundo lugar, se determinó si existen diferencias significativas con relación al nivel de autopercepción de estigma social y autoestima de acuerdo a si los sujetos están vinculados o no a recursos naturales. Para ello se realizó una prueba *t de student* para contrastes de medias para grupos independientes de cada variable dependiente (Ver Tabla 4).

Tabla 4

Diferencias con relación al nivel de autopercepción de estigma social y nivel de autoestima según estén vinculados o no a recursos naturales.

Variable	Grupo	Media Grupal	Diferencia	Test de Levene	t	Significancia
Nivel Autopercepción Estigma Social	Rec. Naturales	64.81	7.055	F= 0.250	1.740	0.086
	Rec. SM/Clínicos	57.76		Sig= 0.618		
Nivel Autoestima	Rec. Naturales	26.33	-0.088	F= 0.490	-0.132	0.895
	Rec. SM/Clínicos	26.41		Sig= 0.486		

En cuanto a si están vinculados o no a recursos naturales (Anexo G), los resultados demuestran una tendencia no significativa a un $\alpha=0.05$ para el nivel de autopercepción de estigma. Tal tendencia se dio a favor del grupo de recursos naturales; es decir, aquellos sujetos que están vinculados a recursos naturales presentan un nivel mayor de autopercepción de estigma que aquellos sujetos que no lo están.

En relación al nivel de autoestima las diferencias fueron leves y no significativas a un $\alpha=0.05$, por lo cual el nivel de autoestima de ambos grupos no difirió de modo relevante y resultó bastante similar.

En segundo lugar, se determinó si los grupos –recursos naturales / recursos de salud mental- eran homogéneos en cuanto a otras variables, en específico se tomó en cuenta: la edad, el sexo, el núcleo de convivencia, el estado civil, situación laboral, origen PSI y el nivel de estudios (Ver Tabla 5). Para ello se realizaron contrastes de frecuencia y de medias según el tipo de medida de cada variable (Anexo H).

Tabla 5

Prueba de Homogeneidad de los grupos en función de: edad, sexo, núcleo de convivencia, estado civil, situación laboral, zona geográfica PSI y nivel de estudios

Variable	Prueba de Homogeneidad	Significancia
Edad	T de Student	0.013 *
Sexo	Fisher's Exact Test	0.055
Núcleo de Convivencia	Likelihood Ratio	0.180
Estado Civil	Likelihood Ratio	0.095
Situación Laboral	Likelihood Ratio	0.129
Zona Geográfica PSI	Likelihood Ratio	0.010 **
Nivel de Estudios	U Mann-Whitney	0.255

Tal como se puede observar en la Tabla 5, los grupos son significativamente diferentes a un $\alpha=0.05$ en cuanto a la edad y la zona geográfica donde se lleve a cabo el PSI. De esta forma, al realizar un análisis de varianza tomando en cuenta la influencia de la edad (Tabla 6 - Anexo I) y de la zona geográfica (Tabla 7 - Anexo J) en la relación existente entre el nivel de autopercepción de estigma social y el formar parte de un grupo u otro se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 6

Análisis de Varianza para el Nivel de Autopercepción de Estigma Social usando como factores el Grupo de Pertenencia y la Edad

Source	Sumatoria Cuadrados	Grados Libertad	Cuadrados Medios	F	Significancia
Modelo Corregido	1007.353(a)	2	503.676	1.732	.185
Intercepto	13432.359	1	13432.359	46.193	.000
EDAD	152.593	1	152.593	.525	.471
GRUPO	996.756	1	996.756	3.428	.068
Error	19773.633	68	290.789		
Total	293829.000	71			
Total Corregido	20780.986	70			

Tal como puede observarse en la Tabla 6, al incluir la variable edad se mantiene la tendencia a favor del grupo de recursos naturales en cuanto al nivel de autopercepción de estigma social.

Tabla 7

Análisis de Varianza para el Nivel de Autopercepción de Estigma Social usando como factores el Grupo de Pertenencia y la Zona Geográfica donde se lleva a cabo el PSI

Source	Sumatoria Cuadrados	Grados Libertad	Cuadrados Medios	F	Significancia
Modelo Corregido	2449.636(a)	4	612.409	2.237	.074
Intercepto	208429.716	1	208429.716	761.426	.000
GRUPO	1407.799	1	1407.799	5.143	.027
Zona Geog. PSI	1587.514	3	529.171	1.933	.133
Error	18340.308	67	273.736		
Total	297310.000	72			
Total Corregido	20789.944	71			

Por su parte como se puede visualizar en la Tabla 7, al incluir la zona geográfica del PSI, la tendencia antes encontrada entre estar vinculado o no a recursos naturales y el nivel de autopercepción de estigma social, se

vuelve significativa a un $\alpha=0.05$. Confirmando la relación antes descrita para cada zona geográfica, destacándose que los sujetos de la zona del Garraf presentan menor nivel de auto percepción de estigma social para ambos grupos, seguido por el grupo de Baix Llobregat, luego Barcelona y por último Cerdanyola, cuyos sujetos presentan los mayores niveles de auto percepción de estigma (Ver Figura 2).

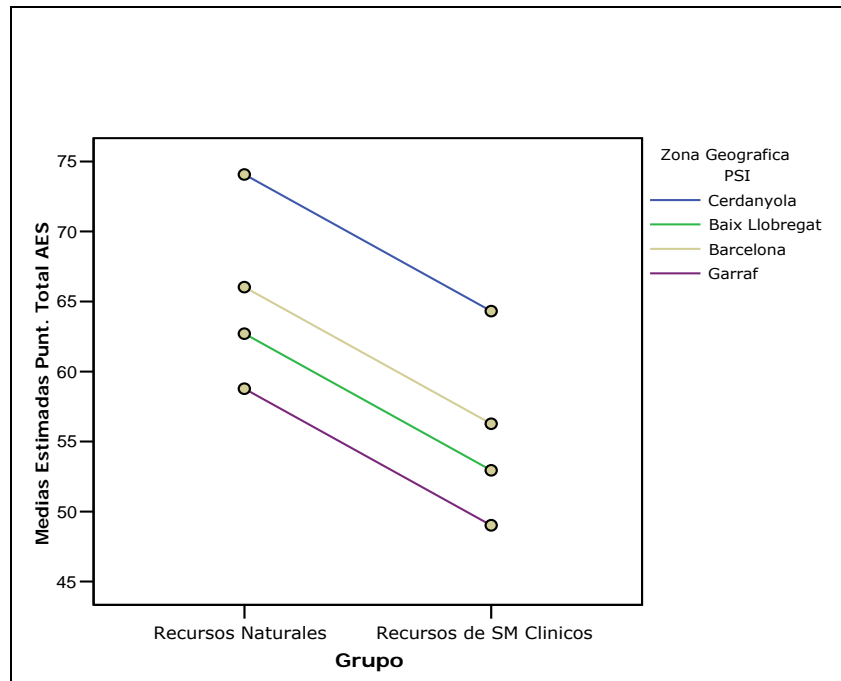


Figura 2.

Relación del Nivel de Autoestima de Auto percepción Social (AES) en función del Grupo de Pertenencia y la Zona Geográfica donde se lleva a cabo el PSI

Además, en relación a los recursos más utilizados por los sujetos que conforman la muestra, indistintamente de su pertenencia a uno u otro grupo, se destacan: compras (81.9% de la muestras), biblioteca -en el apartado de otros- (37.5% de la muestra), cine/teatro (33.3% de la muestra) y Servicio de Rehabilitación Comunitaria (S.R.C) (68.1% de la muestra) (Ver Anexo K).

En cuanto a la relación entre la auto percepción de estigma social y el nivel de autoestima, se demostró que existe una relación inversa baja ($r=-0.310$) y significativa a un $\alpha=0.05$ (Ver Anexo L). De modo que al considerar el coeficiente de determinación, se obtuvo que sólo el 10% de la varianza es explicada por dicha relación.

Por último, y de manera complementaria se realizó un análisis de la confiabilidad y la validez de la Versión reducida del Cuestionario de Autopercepción del Estigma Social (AES) de personas con Esquizofrenia de Ochoa y Cols. (por publicar). Los resultados demuestran que el índice de consistencia interna Alpha de Crombach fue de 0,834 (Anexo M); confiabilidad que resulta superior a la encontrada por los creadores del instrumento, por ello se puede afirmar es una escala fiable. En cuanto a la validez de constructo, se realizó un análisis de componentes principales a partir del cual se obtuvo una estructura factorial de 4 dimensiones, que explican el 64.24% de la varianza; sin embargo al considerar sólo 3 componentes, tal como los encontrados por los investigadores se explica 52% de la varianza (Anexo N); por lo cual también es posible afirmar que el instrumento posee validez de constructo.

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo comprobar si existen diferencias en cuanto a la autopercepción del estigma social y el nivel de autoestima, en pacientes diagnosticados de esquizofrenia que forman parte del PSI según se encuentren vinculados o no a recursos naturales en el área Metropolitana y periférica de Barcelona. Así como también, buscó confirmar que existe una relación inversa entre autopercepción de estigma social y la autoestima.

Con este fin, se aplicó la Versión reducida del Cuestionario de Autopercepción del Estigma Social de personas con Esquizofrenia de Ochoa, y Cols. (por publicar), y el Cuestionario de Autoestima de Rosenberg (RSES) (Rosenberg, 1989; en Martin, Nuñez, Navarro y Grijalvo, 2007).

Con respecto, al nivel de la autopercepción de estigma social se encontró que los sujetos reportaron niveles muy heterogéneos; es decir, manifestaron grados diferentes y variables de autopercepción de estigma a pesar de que todos estaban vinculados al programa PSI, asistían de manera regular al terapeuta referente, presentaban un trastorno de un mínimo de 2 años de evolución y estaban diagnosticados de esquizofrenia de acuerdo a los criterios del DSM-IV. Tales variaciones podrían deberse tal como lo indicó Walh (1999; en Runte, 2005) a la diversidad de formas en que

pueden experimentar estigma, y la multiplicidad de experiencias que afrontan y son vivenciadas como discriminatorias. Sumado a lo anterior, las diferentes situaciones vitales, familiares y sociales específicas de cada sujeto pueden intervenir en la obtención de tales variaciones. Por ello, es muy probable que el PSI como programa de atención individualizada incluya personas con perfiles de funcionamiento e identidades muy diversas.

En relación, al nivel de autoestima los sujetos reportaron niveles muy similares y homogéneos; ubicándose en la franja superior de la categoría de baja autoestima citada por Martin y Cols., (2007), rozando la normalidad. Dichas semejanzas coinciden con el planteamiento de que la mayoría de los sujetos que han sido diagnosticados de una enfermedad mental presentan la autoestima disminuida (Ertugul y Egul, 2004, en Calvo y Cols., 2006; Runte, 2005; Linares, 2007).

En cuanto a que estén tan cerca de la normalidad, se podría asociar a que todos los sujetos forman parte del PSI, programa que da un mensaje calificador al plantear una posibilidad capacitadora dentro de su proceso rehabilitador. Así mismo, dicho programa por definición implica la reconfirmación del sujeto como persona única, reforzándole su valía; además, las intervenciones de mencionado programa parten de las capacidades y fortalezas del individuo, con la meta de potenciar la funcionalidad y lo saludable que toda persona tiene (Rapp y Goscha, 2006).

Por otro lado, la tendencia no significativa encontrada al comparar el nivel de autopercepción de estigma social de los individuos en relación a si están vinculados o no a recursos naturales; tendencia que se vuelve significativa al incluir la zona geográfica donde se desarrolla el PSI, puede asociarse a que los sujetos vivencian más desconfirmación en entornos naturales que en entornos de salud mental. Es decir, en los primeros los sujetos parecen ser vistos e identificados con mayor facilidad como raros, vagos, con los que no se puede razonar, locos y crónicos (Cancrini, 1991; Domenici, 1993; Byrne, 2000; Crisp, 2000), mientras que en los segundos parece que no es así. Por ello, es muy probable que las personas que integran los contextos naturales, debido a las representaciones sociales que tienen del enfermo mental, lo estigmatizan y lo rechazan con mayor facilidad, que las personas que conforman los circuitos de salud mental (Contreras y Hernández, 1999).

Parece que los individuos que hacen uso de la red de recursos de salud mental poseen -dentro de mencionados recursos- un universo relacional más amplio que los individuos que no están inmersos en esta red; en este sentido, pueden sentir son parte diferenciada de la masa anónima de la sociedad (Sluzki, 1979). Así como lo indica Raybeck (1988, en Pedersen, 2005) los recursos de salud mental parece que funcionan como una sociedad pequeña, convirtiéndose en un subsistema que se muestra más tolerante a las diferentes formas de comportamiento sintomático que pueden presentar los sujetos.

Asociándolo a lo señalado por Dabas (2002) la relación de los actores de un colectivo con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para fortalecer la trama de la vida. Es decir, sujetos que asisten a centros de rehabilitación comunitaria, hospital de día, servicios de prelaboral, realización de actividades protegidas, centros especiales de trabajo, etc; parece que amplían su red, potencian sus capacidades, vivencian un sentimiento de pertenencia, una fuente de retroalimentación y reconocimiento social. Tales interacciones vehiculizan la posibilidad de que cada persona refleje y mantenga una imagen de sí misma, relacionada con los roles que cada quien desempeña o asume en esa relación (Atneave y Ross, 1982).

Además, se encontró que los recursos más utilizados por los sujetos que conforman la muestra, indistintamente de su pertenencia a uno u otro grupo, eran: compras, biblioteca y cine/teatro. Estos recursos tienen en común que la interacción social es muy limitada, además de que están dirigidos a cubrir necesidades individuales. También es relevante en contraposición a estos resultados, que todos los recursos que tienen que ver con actividades formativas y de carácter más social están prácticamente ausentes en la muestra.

Estos hallazgos coinciden con lo sugerido por Contreras y Hernández (1999), quienes plantean que existe una relación circular entre aislamiento social y los síntomas que la persona presenta, los cuales se retroalimentan negativamente, favoreciendo de esta manera la homeostasis de dicha relación. Es decir, aunque los sujetos se vinculen en contextos naturales, suelen hacerlo haciendo uso de recursos que pueden dificultar salgan del

ciclo vicioso en el que se encuentran. Por todo esto, se confirma que el PSI como programa de intervención adquiere relevancia al pretender conectar y vincular a estas personas, relativamente inmotivadas, con una variedad más amplia de contactos sociales.

Por otro lado, en relación a lo anteriormente expuesto, las diferencias encontradas en el nivel de autopercepción de estigma social de acuerdo a la zona geográfica, pudiera tener que ver con el tamaño de las unidades sociales que conforman cada área. Es decir, el hecho de que los sujetos pertenecientes al PSI del Garraf experimenten menor autopercepción de estigma social en ambos grupos, se podría explicar a que residen en núcleos urbanos más pequeños y aislados (por ejemplo los pueblos de Olivella y Garraf), en comparación con las otras zonas urbanas (Raybeck, 1988; en Pedersen, 2005).

En relación al nivel de autoestima en función de si los sujetos estaban vinculados o no a recursos naturales, se encontró que las diferencias fueron leves y no significativas. Dichos hallazgos van en concordancia con lo discutido anteriormente en cuanto a la homogeneidad de las puntuaciones de autoestima encontradas en la muestra. Además, los individuos al formar parte del PSI, cuentan con un referente relacional que es el CPI, quien provee nutrición emocional y mensajes reconfirmadores al intentar potenciar las capacidades y fortalezas del sujeto, indistintamente de su vinculación a un tipo de recursos u otros.

Por último se encontró que existe una relación inversa baja y significativa entre el nivel de autopercepción de estigma social y la autoestima, la cual va en concordancia con lo encontrado por diversos autores (King, Dinos, Shaw, Watson, Stevens y Cols., 2007; Watson, Corrigan, Larson y Sells, 2007; Yanos, Roe, Markus y Lysaker, 2008). Sin embargo, aunque se apoya el planteamiento de que la percepción de uno mismo como estigmatizado influye negativamente en el nivel de autoestima que vivencia el sujeto, no resulta del todo relevante por ser tan baja.

A partir de lo antes mencionado, se concluye que las personas diagnosticadas de esquizofrenia y que cumplen los criterios para entrar en el programa PSI, vivencian mayor autopercepción de estigma social en recursos naturales que en recursos de salud mental. Del mismo, la

autoestima reflejada por los sujetos valida en cierta forma el PSI como programa de intervención, aunque queda mucho camino por recorrer.

Igualmente se valida el instrumento utilizado como Versión Reducida del Cuestionario de Autopercepción de Estigma Social (AES) encontrando que es una escala fiable y que el instrumento posee validez de constructo, como se explica en el análisis de resultados.

A lo largo del presente estudio han surgido diversas dificultades para captar la muestra. Por un lado, algunos colaboradores no contaban, dentro de la población atendida, con usuarios que cumplieran los criterios de inclusión solicitados. También, se detectó que algunos colaboradores presentaban una actitud de resistencia hacia las diferentes escalas por contener ítems que calificaron de duros para las personas que atendían, pensando que podrían afectar a su tratamiento. Quizás este hecho se podría interpretar como sobreprotección, del mismo modo que se encontró en los familiares, amigos y conocidos de las personas que sufren esquizofrenia, quienes sienten miedo e inseguridad al pensar que presionar a la persona puede desencadenar en ella una nueva crisis (Contreras y Hernández, 1999).

Otra dificultad que se esperaba, hace referencia a la colaboración de los sujetos por su perfil de funcionamiento, esperando encontrar una actitud suspicaz, desconfiada y negativas para participar. No obstante a pesar del perfil de la muestra, se obtuvo una participación bastante elevada superando las expectativas de los investigadores; tal resultado va en contra de la percepción que se tiene de las personas diagnosticadas de esquizofrenia quienes se les atribuye que son más vagos e incapaces de moverse con autonomía (Cancrini, 1991; Domenici, 1993; Byrne, 2000; Crisp, 2000).

Otra limitación importante del estudio fue que no se siguió una estandarización en la pasación del instrumento, de forma que algunos sujetos lo hicieron conjuntamente con su CPI y otros lo hicieron de manera independiente en casa. Para futuras investigaciones se considera necesario, si las condiciones lo permiten, que exista un protocolo estándar en la recogida de datos. Del mismo modo, que se establezcan criterios más exigentes a la hora de determinar la pertenencia a cada grupo, como por ejemplo: categorizar los recursos por área (por ejemplo: formativos, sociales, individuales, entre otros), y exigir la vinculación al menos a dos de

ellos, con una asistencia del 80%, además de que pertenezcan a categorías diferentes.

Por otro lado, se podría ampliar este estudio comparando los sujetos pertenecientes al PSI versus a los sujetos que conforman el PAE-TMS, con el objetivo de determinar la influencia del CPI como profesional.

Otra propuesta consistiría en realizar comparaciones en función del tipo de gravedad; por ejemplo, utilizando una escala de funcionamiento social y clínico para clasificar a los sujetos.

Por último, se podrían hacer comparaciones en función del tamaño de la unidad social, por ejemplo comparando una muestra seleccionada del medio rural versus el medio urbano.

AGRADECIMIENTOS

Quisieramos hacer llegar nuestro más sincero agradecimiento a:

Las personas que forman parte de la muestra, sin ellos dicho estudio no tendría sentido ni habría podido realizarse.

A nuestra tutora de investigación, Nuria Ibáñez, por los encuentros realizados, las correcciones, la orientación, los ánimos dados y su incondicionalidad a lo largo del proceso.

Al Dr. Ignasi Gich por sus correcciones metodológicas y estadísticas.

Al Dr. Juan Luis Linares por ofrecernos el respaldo institucional de la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de la Santa Creu i San Pau.

Al profesor Felix Castillo por la motivación y el entusiasmo mostrado por nuestro proyecto.

A la profesora Dora Ortíz, por las veces que leyó nuestro trabajo y habernos animado a realizar el presente estudio cuando solo era una idea.

A los compañeros del PSI que participaron en la captación de usuarios y pasación de los cuestionarios.

Al Comité de Investigación del Parc Sanitari Sant Joan de Dèu por la facilitación de la *Versión Reducida del Cuestionario de Autopercepción de Estigma Social (AES)* y por la bibliografía facilitada sobre el tema.

Al Comité de Investigación del Centre d'Higiene Mental Les Corts por el feedback ofrecido y sus propuestas.

A las diferentes entidades que nos han facilitado la muestra: Parc Sanitari Sant Joan de Dèu, Centre d'Higiene Mental Les Corts, Fundació Sant Pere Claver y PSI Parc Salut Mar.

A nuestros coordinadores del PSI: Dra. Mercedes Teixidó, Dra. Maite Sant Emeterio y Dr. Víctor Soto, por las sugerencias y el material facilitado.

Por ultimo, a nuestras familias y amigos, por ofrecernos su apoyo incondicional y cariño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. (4ª Edición). Barcelona: Masson.

Attneave, C. y Speck, V. (1972). *Redes familiares*. Buenos Aires: Amorrortu.

Autonell, J., Ballús-Creus, C. y Busquets, E. (2001). Estigma de la esquizofrenia: factores implicados en su producción y métodos de intervención. *Aula Médica de Psiquiatría*, 1, 53-56.

Byrne, P. (2000). Psychiatric stigma. *British Journal of Psychiatry*, 178, 281-284.

Caldas de Almeida J.M. y Torres González F. (2005). *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica. N° 601. Recuperado el 24 de septiembre de 2009 en http://books.google.es/books?id=-oOJNTeTbS4C&printsec=frontcover&source=gbs_v2_summary_r&cad=0#v=onepage&q=&f=false

Calvo, I., Calvo, M., Carmona, D., Castellà, C., Clare, I., Gallego, S., Gonzalo, J., Guimerà, L., Juberías, F.M., Lorenzo, S., Pujol, C., Ruiz, E., Sánchez, R., Puig, M., Quilis, J., Solís, S., Ezquerro, M., Ochoa, S. y Martínez, F. (2006). Estudio sobre la autopercepción del estigma social y funcionamiento social en personas diagnosticadas de esquizofrenia en proceso de rehabilitación. *RTS*, 178, 81-100.

Cancrini, L. (1991). *Gramática y Sintaxis*. Barcelona: Paidós.

CatSalut (2003). Quaderns de Salut Mental 2: Pla de Serveis Individualitzats. Revisado el 10 de Septiembre de 2009 en http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/publicacions/planif_sanit/qsm/p_si_cat.pdf

Contreras, A.M. y Hernández, G.P. (1999). *La red social del paciente con diagnóstico de episodio psicótico agudo como factor de rehabilitación y prevención de recaídas*. Recuperado el 24 de Septiembre de 2009 en <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-172-la-red-social-del-paciente-con-diagnostico-de-episodio-sicotico-agudo-como-facto.pdf>

Crisp, A.H., Gelder, M., Rix, S., Meltzer, H. y Rowlands, O. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.

Dabas, E. (2002). *Mapeando una historia: redes sociales y restitución de recursos comunitarios*. Recuperado el 20 de Septiembre del 2009 en <http://revista-redes.rediris.es/webredes/ivmesahis/MAPEANDO%20UNA%20HISTORIA.pdf>

- Domenici, P.V. (1993). Mental health care policy in the 1990s: discrimination in health care coverage of seriously mental ill. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 5-6.
- Elkaim, M. (1989). *Las prácticas de la terapia en red*. España: Gedisa.
- Glass, G. y Stanley, J. (1980). *Métodos estadísticos aplicados a las ciencias sociales*. Barcelona: Prentice Hall Internacional.
- Goofman, E. (1964). *Estigma – La Identidad Deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (2004). *Fundamentos de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. (7ª Edición). México: Fondo de Cultura Económica.
- Kerlinger, F. (1988). *Investigación del comportamiento*. (3ª Edición). México: McGraw Hill.
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., Weich, S. y Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: development of a standarised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 190, 248-254.
- Linares, J.L. (1996). *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J.L, Castelló, N. y Colillas, M. (2001). La terapia Familiar de las psicosis como un proceso de reconfirmación. *Revista Redes*, 8, 9-29.
- Linares, J.L (2007). La terapia Familiar de la psicosis. Un proceso de reconfirmación. *Revista Redes*, 18, 149-154.
- Martín Albo, J., Núñez, J.L., Navarro, J.G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 2, 458-467.
- Minuchin, S. y Fishman, H.C. (1983). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Moreno, R. (2003). *La Loca de la Casa*. Madrid: Santillana.
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García, M., López, E., Villellas, R., Arenas, O., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J., Lobo, E. y Haro, H.M. (2001). *Creación y Validación del "Cuestionario Autopercepción del estigma social de personas con esquizofrenia"*. Artículo presentado para publicación.
- Pedersen, D. (2005). Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis e investigación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 6, 1, 3-14.

- Penn, D.L. y Martin, J. (1998). The stigma of severe mental illness: some solutions for a recalcitrant problem. *The Psychiatric Quarterly*, 69, 3, 235-247.
- Rapp, C y Goscha, R. (2006). *The Strengths Model. Case Management with People with Psychiatric Disabilities*. Oxford: University Press.
- Requena, F. (1989). El concepto de Red Social. *Reis*, 48. octubre-diciembre 137-152.
- Runte, A. (2005). *Estigma y Esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores*. Tesis Doctoral de Psiquiatría no publicado, Universidad de Granada, Granada, España.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., e Sorrentino, A.M. *Igiochi psicotici nella famiglia*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1988. (Trad. Cast. *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós, 1990).
- Silva, A.. (1992). *Métodos cuantitativos en psicología. Un enfoque metodológico*. México: Trillas.
- Sluzki, C. (1979). Migration and family conflict. *Family Process*, 18.
- Sluzki, C. (2002). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. (3ra edición). Barcelona: Editorial Gedisa.
- Watson, A.C., Corrigan, P., Larson, J.E. y Sells, M. (2007). Self Stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 6, 1312-1318.
- Yanos, P.T., Roe, D., Markus, K. y Lysaker, P.H. (2008). Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatry Services*, 59, 12, 1437-1442.

ANEXOS

Anexo A:

**Lista de Recursos utilizados por los sujetos a ser
evaluados por el CPI de referencia**

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE GRUPOS

Para realizar el presente **Estudio sobre la Autopercepción del Estigma Social y la Autoestima en personas que forman parte del Plan de Servicios Individualizado (PSI)** queremos solicitarte un listado de las personas de quien eres su CPI referente siguiendo los criterios de inclusión y exclusión que se detallan a continuación:

Criterios de inclusión:

- Vinculado al programa PSI.
- Asistir de forma regular al terapeuta referente.
- Evolución de trastorno de un mínimo de 3 años, para excluir los casos de primer brote.
- Diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo a los criterios del DSM-IV.

Criterios de exclusión:

- Casos de primer brote (psicosis incipiente).
- De existir comorbilidad con otros diagnósticos quedan excluidos aquellos pacientes que presenten: retraso mental, demencia y/o problemas geriátricos (manifestaciones de dependencia debidas a la edad).

Una vez realizado el listado, te pedimos agruparlos en función de su vinculación a únicamente RECURSOS DE SALUD MENTAL o también a RECURSOS NATURALES (aquellos en los el diagnóstico no se toma en cuenta). En relación a estos últimos, habrá que tener en cuenta que usen al menos **2 recursos naturales** y que lleven un mínimo de **1 mes** de vinculación con una asistencia del **80%** (independientemente de que estén vinculados o no a otros recursos de salud mental).

La característica común que se dará en ambos grupos será que todas las personas estarán vinculadas a CSM y PSI.

A continuación se adjunta la tabla a rellenar por el CPI.

RECURSOS NATURALES	RECURSOS DE SALUD MENTAL
<input type="checkbox"/> Cursos	<input type="checkbox"/> S.R.C
<input type="checkbox"/> Escuela de adultos	<input type="checkbox"/> H.D
<input type="checkbox"/> F. P/ Módulos	<input type="checkbox"/> Hospitalización parcial
<input type="checkbox"/> Carrera universitaria	<input type="checkbox"/> Prelaboral
<input type="checkbox"/> Centro Cívico	<input type="checkbox"/> S.I.L (S. Mental)
<input type="checkbox"/> Gimnasio	<input type="checkbox"/> C.E.T
<input type="checkbox"/> Asociación vecinos	<input type="checkbox"/> Fundaciones
<input type="checkbox"/> Inserción laboral (no S.Mental)	<input type="checkbox"/> C. C. Floridablanca
<input type="checkbox"/> Compras	<input type="checkbox"/> Otro recurso S. Mental
<input type="checkbox"/> Cine/Teatro	<input type="checkbox"/> Ningún recurso
<input type="checkbox"/> Iglesia/otros religioso	
<input type="checkbox"/> Otros (especificar):	

Anexo B:

**Versión reducida del Cuestionario de Autopercepción del
Estigma Social de personas con Esquizofrenia (AES)**

(Ochoa, Martínez, Ribas, García, López, Villellas, Arenas, Álvarez, Cunyat,
Vilamala, Autonell, Lobo y Haro, por publicar)

INSTRUCCIONES

A continuación leerá una serie de afirmaciones relacionadas con la valoración que usted tiene de sí mismo; así como se presentan una serie de afirmaciones sobre las opiniones que usted tiene acerca de las enfermedades mentales y su propia experiencia. Deberá seleccionar una sola respuesta y el número que muestre el grado de acuerdo que usted tiene con cada una de estas afirmaciones.

No existen contestaciones correctas o incorrectas dado que las personas tienen distintos puntos de vista, razón por la que rogamos conteste el cuestionario con la máxima sinceridad.

Anote sus contestaciones en la propia hoja de respuestas que aparecerá a continuación. No olvide rellenar sus datos personales.

No emplee demasiado tiempo en contestar cada frase, y no deje ninguna frase sin contestar.

Tal vez algunas frases le parezcan muy personales; no se preocupe, y recuerde que las hojas de respuesta son documentos absolutamente confidenciales.

El equipo investigador le da las gracias por su colaboración.

ESCALA DE AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTIGMA SOCIAL

1.- Siento que llevo una etiqueta de enfermo mental.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

2.- Me siento más inseguro que los demás porque tengo una enfermedad mental.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente En desacuerdo

3.- Desde que estoy enfermo las personas me rehuyen.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

4.- Creo que no sirvo para nada porque tengo una enfermedad mental.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

5.- No explico que tengo una enfermedad mental a mis amigos.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

6.- Creo que puedo tener las mismas responsabilidades que una persona que no esté enferma.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

7.- Siento que las personas más cercanas no me dejan tomar decisiones porque tengo una enfermedad mental.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

8.- Me he apartado de la gente para evitar bromas o algún comentario que me pueda herir.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

9.- Pienso que la gente tiene miedo a que pierda el control.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

10.- Creo que por tener una enfermedad mental soy una carga para los otros.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

11.- Me siento como un drogadicto porque tomo medicación.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

12.- No digo el nombre real de mi enfermedad porque así no me rechazarán.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

13- Pienso que la gente me coge miedo cuando sabe que estoy en tratamiento psiquiátrico.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

14.- Intento distanciarme de las personas porque creo que no me van a comprender.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Gracias por su colaboración!

Anexo C:

Cuestionario de Autoestima de Rosenberg (RSES)

(Rosenberg, 1989; en Martín, Nuñez, Navarro y Grijalvo, 2007)

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSES)

1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.

4	3	2	1
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.

4	3	2	1
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.

4	3	2	1
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.

4	3	2	1
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.

4	3	2	1
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.

4	3	2	1
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.

4	3	2	1
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.

4	3	2	1
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.

4 Muy de acuerdo	3 De acuerdo	2 En desacuerdo	1 Muy en desacuerdo
---------------------	-----------------	--------------------	------------------------

10. A menudo creo que no soy una buena persona.

4 Muy de acuerdo	3 De acuerdo	2 En desacuerdo	1 Muy en desacuerdo
---------------------	-----------------	--------------------	------------------------

Anexo D:

Datos sociodemográficos y Familiares

ESCALA DE AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTIGMA SOCIAL

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

FECHA ENCUESTA:

--

SEXO:

1. Mujer
2. Hombre

CODIFICACIÓN

AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: --

LUGAR DE NACIMIENTO:

NÚMERO DE HERMANOS: _____ NÚMERO DE HIJO QUE OCUPAS EN LA FAMILIA: _____

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL:

NUCLEO DE CONVIVENCIA:

- | | |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solo | <input type="checkbox"/> Convivencia en pareja |
| <input type="checkbox"/> Padres | <input type="checkbox"/> Familia propia |
| <input type="checkbox"/> Otros familiares | <input type="checkbox"/> Residencia/ Piso protegido |
| <input type="checkbox"/> Piso compartido | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

ESTADO CIVIL:

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soltero/ a | <input type="checkbox"/> Separado/a | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> En pareja | <input type="checkbox"/> Divorciado/a | |
| <input type="checkbox"/> Casado/ a | <input type="checkbox"/> Viudo/ a | |

NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (marque con una X el nivel más alto que haya cursado):

- | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Secundarios completos |
| <input type="checkbox"/> Primarios incompletos | <input type="checkbox"/> Universitarios incompletos |
| <input type="checkbox"/> Primarios completos | <input type="checkbox"/> Universitarios completos |
| <input type="checkbox"/> Secundarios incompletos | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

SITUACIÓN LABORAL:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Activo ocupado | <input type="checkbox"/> Activo parado |
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Ama de casa |
| <input type="checkbox"/> Jubilado o pensionista | <input type="checkbox"/> Trabajo protegido |
| <input type="checkbox"/> Baja laboral (recoger el motivo de la baja y año) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otras : especificar _____ | |

Anexo E:

Contrato de Consentimiento Informado
(Copia Investigadores – Copia Participante)

Barcelona, ___ de _____ del 2010

Contrato de consentimiento

_____ con DNI _____ como participante del estudio de investigación, declaro haber estado informado por mi CPI (Coordinador del Programa Individualizado) del estudio que se lleva a cabo con el nombre "Estudio sobre la Autopercepción del Estigma Social y la Autoestima en personas que forman parte del Plan de Servicios Individualizado (PSI)"; cuyo centro responsable es la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en colaboración con el Hospital Sant Joan de Deu, la Fundació Hospital Sant Pere Claver y el Centre d'Higiene Mental Les Corts.

He estado informado con antelación que estos cuestionarios tratan sobre la autoestima y autopercepción de estigma social y que ambos instrumentos ya han sido pasados a otra población.

Si consiento participar, he de realizar una sesión con mi CPI en la que me administrará los cuestionarios. Mi participación no alterará el tratamiento que recibo.

De acuerdo a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (15/1.999 LOPD), los datos del presente estudio serán confidenciales y utilizados solamente para efectos de la investigación. Así mismo, se me informa que puedo ejercer el derecho de oposición, acceso, rectificación y eliminación de estos, dentro del ámbito de la citada Ley.

Consiento la utilización de mis datos de manera exclusiva para este estudio. He recibido una copia de este impreso.

Firma del responsable
de la investigación

Firma del participante

Barcelona, ___ de _____ del 2010

Contrato de consentimiento
(Copia para el Participante)

_____ con DNI _____ como participante del estudio de investigación, declaro haber estado informado por mi CPI (Coordinador del Programa Individualizado) del estudio que se lleva a cabo con el nombre "Estudio sobre la Autopercepción del Estigma Social y la Autoestima en personas que forman parte del Plan de Servicios Individualizado (PSI)"; cuyo centro responsable es la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en colaboración con el Hospital Sant Joan de Deu, la Fundació Hospital Sant Pere Claver y el Centre d'Higiene Mental Les Corts.

He estado informado con antelación que estos cuestionarios tratan sobre la autoestima y autopercepción de estigma social y que ambos instrumentos ya han sido pasados a otra población.

Si consiento participar, he de realizar una sesión con mi CPI en la que me administrará los cuestionarios. Mi participación no alterará el tratamiento que recibo.

De acuerdo a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (15/1.999 LOPD), los datos del presente estudio serán confidenciales y utilizados solamente para efectos de la investigación. Así mismo, se me informa que puedo ejercer el derecho de oposición, acceso, rectificación y eliminación de estos, dentro del ámbito de la citada Ley.

Consiento la utilización de mis datos de manera exclusiva para este estudio. He recibido una copia de este impreso.

Firma del responsable
de la investigación

Firma del participante

Anexo F:

**Análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas en la
*Versión Reducida del Cuestionario de Autopercepción del
Estigma Social (AES)* y el *Cuestionario de Autoestima
de Rosenberg (RSES)***

Statistics

		Punt. Total RSES	Punt. Total AES
N	Valid	72	72
	Missing	0	0
Mean		26.36	61.97
Median		26.00	63.00
Mode		26	58(a)
Std. Deviation		2.764	17.112
Skewness		1.081	-.193
Std. Error of Skewness		.283	.283
Kurtosis		1.837	-.106
Std. Error of Kurtosis		.559	.559
Minimum		22	14
Maximum		35	97
Sum		1898	4462

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

Anexo G:

**Diferencias de media con relación al nivel de autopercepción
de estigma social y nivel de autoestima según estén vinculados
o no a recursos naturales**

Group Statistics

	Grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Punt. Total RSES	Recursos Naturales	43	26.33	2.607	.398
	Recursos de SM Clinicos	29	26.41	3.030	.563
Punt. Total AES	Recursos Naturales	43	64.81	16.846	2.569
	Recursos de SM Clinicos	29	57.76	16.913	3.141

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	90% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Punt. Total RSES	Equal variances assumed	.490	.486	-.132	70	.895	-.088	.669	-1.203	1.027
	Equal variances not assumed			-.128	53.971	.899	-.088	.689	-1.241	1.065
Punt. Total AES	Equal variances assumed	.250	.618	1.740	70	.086	7.055	4.054	.297	13.813
	Equal variances not assumed			1.739	60.074	.087	7.055	4.057	.277	13.834

Anexo H:

Pruebas de Homogeneidad de los grupos en función de: la edad, el sexo, el núcleo de convivencia, el estado civil, la situación laboral, la zona geográfica donde se realiza el PSI y el nivel de estudios

Edad

Group Statistics

	Grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Edad	Recursos Naturales	43	38.44	11.022	1.681
	Recursos de SM Clinicos	28	45.14	10.586	2.000

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Edad	Equal variances assumed	.330	.567	-2.542	69	.013	-6.701	2.636	11.959	-1.443
	Equal variances not assumed			-2.565	59.513	.013	-6.701	2.613	11.928	-1.474

Sexo

Crosstab

			Grupo		Total
			Recursos Naturales	Recursos de SM Clinicos	
Sexo	Mujer	Count	22	8	30
		% within Sexo	73.3%	26.7%	100.0%
	Hombre	Count	21	21	42
		% within Sexo	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Count	43	29	72
		% within Sexo	59.7%	40.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.961(b)	1	.047		
Continuity Correction(a)	3.050	1	.081		
Likelihood Ratio	4.054	1	.044		
Fisher's Exact Test				.055	.039
N of Valid Cases	72				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.08.

Núcleo de Convivencia

Crosstab

			Grupo		Total
			Recursos Naturales	Recursos de SM Clinicos	
Nucleo de Convivencia	Solo	Count	10	6	16
		% within Nucleo de Convivencia	62.5%	37.5%	100.0%
	Padres	Count	22	10	32
		% within Nucleo de Convivencia	68.8%	31.3%	100.0%
	Otros Familiares	Count	3	3	6
		% within Nucleo de Convivencia	50.0%	50.0%	100.0%
	Piso Compartido	Count	3	1	4
		% within Nucleo de Convivencia	75.0%	25.0%	100.0%
	Conv. Pareja	Count	2	1	3
		% within Nucleo de Convivencia	66.7%	33.3%	100.0%
Flia Propia	Count	1	2	3	
	% within Nucleo de Convivencia	33.3%	66.7%	100.0%	
Residencia/Piso Protegido	Count	0	4	4	
	% within Nucleo de Convivencia	.0%	100.0%	100.0%	
Otros	Count	2	2	4	
	% within Nucleo de Convivencia	50.0%	50.0%	100.0%	
Total	Count	43	29	72	
	% within Nucleo de Convivencia	59.7%	40.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.776(a)	7	.269
Likelihood Ratio	10.154	7	.180
N of Valid Cases	72		

a. 12 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.21.

Estado Civil

Estado Civil Agrupado * Grupo Crosstabulation

			Grupo		
			Recursos Naturales	Recursos de SM Clinicos	Total
Estado Civil Agrupado	Soltero	Count	32	20	52
		% of Total	44.4%	27.8%	72.2%
	Pareja	Count	6	1	7
		% of Total	8.3%	1.4%	9.7%
	Tuvo Pareja	Count	5	8	13
		% of Total	6.9%	11.1%	18.1%
Total	Count	43	29	72	
	% of Total	59.7%	40.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.480(a)	2	.106
Likelihood Ratio	4.716	2	.095
N of Valid Cases	72		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.82.

Situación Laboral

Crosstab

		Grupo		Total	
		Recursos Naturales	Recursos de SM Clinicos		
Situacion Laboral	Activo ocupado	Count	4	1	5
		% within Situacion Laboral	80.0%	20.0%	100.0%
	Estudiante	Count	4	0	4
		% within Situacion Laboral	100.0%	.0%	100.0%
	Jubilado o Pensionista	Count	27	23	50
		% within Situacion Laboral	54.0%	46.0%	100.0%
	Baja Laboral	Count	2	0	2
		% within Situacion Laboral	100.0%	.0%	100.0%
	Otros	Count	0	1	1
		% within Situacion Laboral	.0%	100.0%	100.0%
	Activo Parado	Count	3	2	5
		% within Situacion Laboral	60.0%	40.0%	100.0%
	Trabajo Protegido	Count	2	1	3
		% within Situacion Laboral	66.7%	33.3%	100.0%
	3-4	Count	0	1	1
		% within Situacion Laboral	.0%	100.0%	100.0%
Total		Count	43	29	72
		% within Situacion Laboral	59.7%	40.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.282(a)	8	.319
Likelihood Ratio	12.526	8	.129
N of Valid Cases	72		

a. 16 cells (88.9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .40.

Zona Geográfica donde se realice PSI

Crosstab

		Grupo		Total	
		Recursos Naturales	Recursos de SM Clinicos		
Origen PSI	Cerdanyola	Count	7	8	15
		% within Origen PSI	46.7%	53.3%	100.0%
	Baix Llobregat	Count	13	2	15
		% within Origen PSI	86.7%	13.3%	100.0%
	Barcelona	Count	14	17	31
		% within Origen PSI	45.2%	54.8%	100.0%
	Garraf	Count	9	2	11
		% within Origen PSI	81.8%	18.2%	100.0%
Total		Count	43	29	72
		% within Origen PSI	59.7%	40.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.555(a)	3	.014
Likelihood Ratio	11.450	3	.010
N of Valid Cases	72		

a. 1 cells (12.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.43.

Nivel de Estudios

Ranks

	GRUPO NUMERICO	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Nivel Estudios	1.00	41	37.77	1548.50
	2.00	29	32.29	936.50
	Total	70		

Test Statistics(a)

	Nivel Estudios
Mann-Whitney U	501.500
Wilcoxon W	936.500
Z	-1.138
Asymp. Sig. (2-tailed)	.255

a. Grouping Variable: GRUPO NUMERICO

Anexo I:

**Análisis de Varianza (ANOVA) considerando
la EDAD como covariable**

Univariate Analysis of Variance

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Grupo 1	Recursos Naturales	43
2	Recursos de SM Clinicos	28

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Punt. Total AES

Grupo	Mean	Std. Deviation	N
Recursos Naturales	64.81	16.846	43
Recursos de SM Clinicos	57.71	17.222	28
Total	62.01	17.230	71

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Punt. Total AES

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	1007.353 ^a	2	503.676	1.732	.185
Intercept	13432.359	1	13432.359	46.193	.000
Edad	152.593	1	152.593	.525	.471
GRUPO	996.756	1	996.756	3.428	.068
Error	19773.633	68	290.789		
Total	293829.000	71			
Corrected Total	20780.986	70			

a. R Squared = .048 (Adjusted R Squared = .020)

Anexo J:

**Análisis de Varianza (ANOVA) considerando la
ZONA GEOGRÁFICA donde se realiza el PSI como FACTOR**

Univariate Analysis of Variance

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
Grupo	1	Recursos Naturales	43
	2	Recursos de SM Clinicos	29
Origen PSI	1	Cerdanyola	15
	2	Baix Llobregat	15
	3	Barcelona	31
	4	Garraf	11

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Punt. Total AES

Grupo	Origen PSI	Mean	Std. Deviation	N
Recursos Naturales	Cerdanyola	70.14	20.812	7
	Baix Llobregat	62.92	18.414	13
	Barcelona	65.93	12.048	14
	Garraf	61.67	19.404	9
	Total	64.81	16.846	43
Recursos de SM Clinicos	Cerdanyola	67.75	11.889	8
	Baix Llobregat	51.50	7.778	2
	Barcelona	56.35	17.730	17
	Garraf	36.00	8.485	2
	Total	57.76	16.913	29
Total	Cerdanyola	68.87	16.057	15
	Baix Llobregat	61.40	17.638	15
	Barcelona	60.68	15.938	31
	Garraf	57.00	20.401	11
	Total	61.97	17.112	72

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Punt. Total AES

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	2449.636(a)	4	612.409	2.237	.074
Intercept	208429.716	1	208429.716	761.426	.000
GRUPO	1407.799	1	1407.799	5.143	.027
OrigenPSI	1587.514	3	529.171	1.933	.133
Error	18340.308	67	273.736		
Total	297310.000	72			
Corrected Total	20789.944	71			

a. R Squared = .118 (Adjusted R Squared = .065)

Anexo K:

Frecuencia y porcentaje de sujetos que hacen uso de cada uno de los recursos listados en el Anexo A

Cursos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ausencia	66	91.7	91.7	91.7
	Presencia	6	8.3	8.3	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Escuela de Adultos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ausencia	70	97.2	97.2	97.2
	Presencia	2	2.8	2.8	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

FP / Modulos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ausencia	69	95.8	95.8	95.8
	Presencia	3	4.2	4.2	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Carrera Universitaria

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ausencia	70	97.2	97.2	97.2
	Presencia	2	2.8	2.8	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Centro Civico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ausencia	59	81.9	81.9	81.9
	Presencia	13	18.1	18.1	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Gimnasio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		1	1.4	1.4	1.4
	Ausencia	62	86.1	86.1	87.5
	Presencia	9	12.5	12.5	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Asociacion Vecinos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ausencia	69	95.8	95.8	95.8
	Presencia	3	4.2	4.2	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Insercion Laboral (no SM)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ausencia	68	94.4	94.4	94.4
	Presencia	4	5.6	5.6	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Cine/Teatro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ausencia	48	66.7	66.7	66.7
	Presencia	24	33.3	33.3	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Otros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ausencia	45	62.5	62.5	62.5
	Presencia	27	37.5	37.5	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

S.R.C.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ausencia	49	68.1	68.1	68.1
	Presencia	23	31.9	31.9	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

H.D.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ausencia	70	97.2	97.2	97.2
	Presencia	2	2.8	2.8	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Hospitalizacion Parcial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ausencia	70	97.2	97.2	97.2
	Presencia	2	2.8	2.8	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Prelaboral

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ausencia	68	94.4	94.4	94.4
	Presencia	4	5.6	5.6	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

S.I.L. (SM)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ausencia	69	95.8	95.8	95.8
	Presencia	3	4.2	4.2	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

C.E.T.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ausencia	68	94.4	94.4	94.4
	Presencia	4	5.6	5.6	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Fundaciones

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ausencia	70	97.2	97.2	97.2
	Presencia	2	2.8	2.8	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

C.C. Floridablanca

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ausencia	71	98.6	98.6	98.6
	Presencia	1	1.4	1.4	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Otro Recurso SM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ausencia	61	84.7	84.7	84.7
	Presencia	11	15.3	15.3	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Ningun Recurso

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ausencia	43	59.7	59.7	59.7
	Presencia	29	40.3	40.3	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Anexo L:

Coeficiente de Correlación entre el Nivel de Autopercepción de Estigma Social (AES) y el Nivel de Autoestima (RSES)

Correlations

		Punt. Total RSES	Punt. Total AES
Punt. Total RSES	Pearson Correlation	1	-.310**
	Sig. (2-tailed)	.	.008
	N	72	72
Punt. Total AES	Pearson Correlation	-.310**	1
	Sig. (2-tailed)	.008	.
	N	72	72

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Anexo M:

**Índice de Consistencia Interna Alpha de Crombach de la
*Versión Reducida del Cuestionario de Autopercepción de
Estigma Social (AES)***

Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	72	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	72	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.834	14

Anexo N:

**Análisis de Componentes Principales de la *Versión Reducida*
del Cuestionario de Autopercepción de Estigma Social (AES)**

Factor Analysis

Communalities

	Initial	Extraction
Item1 AES	1.000	.638
Item2 AES	1.000	.633
Item3 AES	1.000	.557
Item4 AES	1.000	.669
Item5 AES	1.000	.714
Item6 AES	1.000	.682
Item7 AES	1.000	.534
Item8 AES	1.000	.632
Item9 AES	1.000	.771
Item10 AES	1.000	.755
Item11 AES	1.000	.502
Item12 AES	1.000	.606
Item13 AES	1.000	.731
Item14 AES	1.000	.568

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5.038	35.984	35.984	5.038	35.984	35.984	2.909	20.781	20.781
2	1.485	10.606	46.590	1.485	10.606	46.590	2.464	17.602	38.382
3	1.276	9.112	55.702	1.276	9.112	55.702	1.906	13.614	51.996
4	1.195	8.537	64.238	1.195	8.537	64.238	1.714	12.242	64.238
5	.870	6.218	70.456						
6	.688	4.911	75.367						
7	.636	4.543	79.910						
8	.577	4.121	84.031						
9	.531	3.791	87.821						
10	.485	3.463	91.284						
11	.416	2.973	94.257						
12	.326	2.332	96.589						
13	.283	2.024	98.613						
14	.194	1.387	100.000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
Item1 AES	.544	.350	.402	-.238
Item2 AES	.737	-.231	.078	.173
Item3 AES	.718	.046	.185	-.068
Item4 AES	.589	-.147	.313	.451
Item5 AES	.379	.627	-.309	.285
Item6 AES	-.202	.766	.228	-.041
Item7 AES	.685	.013	-.253	-.037
Item8 AES	.590	-.104	.455	-.256
Item9 AES	.662	-.003	-.194	-.544
Item10 AES	.631	-.206	-.381	.411
Item11 AES	.417	-.097	.507	.249
Item12 AES	.549	.483	-.143	.225
Item13 AES	.691	-.045	-.281	-.417
Item14 AES	.738	-.079	-.132	.009

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 4 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
Item1 AES	.444	.502	.219	-.376
Item2 AES	.355	.553	.157	.422
Item3 AES	.488	.520	.210	.067
Item4 AES	.006	.722	.204	.325
Item5 AES	.108	-.006	.838	-.016
Item6 AES	-.163	-.038	.392	-.707
Item7 AES	.537	.181	.338	.315
Item8 AES	.481	.614	-.125	-.094
Item9 AES	.871	.062	.072	.060
Item10 AES	.211	.212	.399	.712
Item11 AES	-.006	.707	.021	.050
Item12 AES	.231	.214	.711	.022
Item13 AES	.818	.055	.139	.198
Item14 AES	.514	.327	.269	.352

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4
1	.667	.563	.376	.310
2	-.011	-.112	.737	-.666
3	-.213	.761	-.345	-.506
4	-.714	.301	.443	.451

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.