

Conciencia de Estigma y Calidad de Vida en Personas con Discapacidad Física y Sensorial

Luis-Francisco Carrasco¹, Noemy Martín² y Fernando Molero³

¹Colegio Universitario Cardenal Cisneros

²Universidad San Pablo CEU

³Universidad Nacional de Educación a Distancia

Resumen

El hecho de pertenecer a un grupo estigmatizado afecta al bienestar y a la calidad de vida de sus miembros. Sin embargo, se desconoce el papel que tiene en el bienestar la conciencia de pertenecer a un grupo estigmatizado. Además, entre los distintos grupos estudiados apenas existe información sobre el colectivo de personas con discapacidad, a pesar de ser un grupo minoritario que sufre también los prejuicios de la sociedad. El objetivo del presente trabajo es estudiar las relaciones entre la conciencia de estigma y la calidad de vida en un grupo de discapacitados españoles, y cuáles son las variables que determinan dicha relación. Han participado un total de 201 personas, 90 con discapacidad sensorial, 102 con discapacidad física y 9 con otros tipos de discapacidad. Los resultados encontrados muestran una relación negativa entre la conciencia de estigma y la calidad de vida, encontrando diferencias en función del sexo, del tipo de discapacidad y de la razón de la discapacidad.

Palabras Clave: Calidad de vida; Conciencia de estigma; Discapacidad y Estigma.

Stigma consciousness and quality of life in persons with disabilities

Abstract

Belonging to a stigmatized group is a fact that affects quality of life and the well-being of its members. However, the role conscience of belonging to a stigmatized group has on well-being is still unknown. In addition, there is hardly evidence about the disabled community in the investigations, even though it is a minority group who also suffers from social prejudices. The objective of the present paper is to study the relationship between a) the conscience of stigma and quality life in a Spanish disabled group and b) which are the variables determining that relationship. The number of participants in this study was 201, 90 of which had sensory disability, 102 had physical disability and 9 had other type of disabilities. The results show a negative relationship between stigma conscience, quality life and satisfaction, finding differences relating gender, type of disability and the reason of the disability.

Key words: Disability; Quality of life; Stigma and Stigma consciousness.

Introducción

La sociedad se organiza en torno a grupos de personas que comparten al menos una característica o atributo en común. Las personas agrupamos a otras personas en grupos con el objetivo de reducir la información que percibimos y simplificar así la realidad (Tafjel, 1972, 1978). Sin embargo a pesar de la funcionalidad de la categorización social, son numerosos los grupos que en la sociedad actual son víctimas de discriminación. A estos grupos que sufren el rechazo por ostentar alguna característica devaluada se les conoce como grupos estigmatizados (Fuster y Molero, 2008). La importancia de su estudio ha aumentando a lo largo de los años a la par que la perspectiva de estudio ha ido evolucionando. En la actualidad, la gran mayoría de las investigaciones se centran en estudiar el estigma desde las personas estigmatizadas, es decir, considerando la perspectiva de la víctima (Dovidio, 2001).

Aunque el interés por el estudio del estigma desde la psicología social surge a partir de 1980 (Molero, 2007), la primera definición del término elaborada fue propuesta por Goffman (1963). Para este autor un estigma es un atributo que está profundamente en descrédito y que reduce al portador a una persona contaminada. Años más tarde, Stafford y Scott (1986) definen el estigma como una característica de la persona que es contraria a la norma de la unidad social. Por su parte, Crocker, Major y

Steele (1998) plantean que las personas estigmatizadas poseen o creen poseer algún atributo o característica, que transmite una identidad social que está devaluada en un contexto social determinado.

En la actualidad, el término deja de centrarse en las características o atributos de las personas, para entenderlo como un proceso social que resulta de un juicio social adverso, sobre una persona o un grupo. En otras palabras, el estigma existe cuando los procesos de etiquetado social, los estereotipos, la exclusión, la pérdida de status, y la discriminación se presentan juntas en una situación de poder que así lo permite (Link y Pehlan, 2001). Por lo tanto, desde este nuevo enfoque el estigma no reside en la persona, sino que está en relación con un contexto específico, es decir, reside en un contexto social (Major y O'Brien, 2005).

Existe una gran diversidad de tipos de estigmas, y cada uno de ellos posee unas características particulares que le otorgan cualidades específicas devaluadas. Con el objetivo de delimitar los tipos de estigma existentes, Goffman (1963) propuso un sistema de clasificación basado en tres categorías. La primera hace referencia a estigmas tribales, la segunda categoría se refiere a las abominaciones o deformidades del cuerpo y la tercera categoría engloba defectos o “manchas” del carácter. Recientemente, Marichal y Quiles (2000) actualizan la clasificación de Goffman (1963) y afirman que los estigmas pueden organizarse en torno a tres tipos de categorías distintas en función de la naturaleza de su marca. De esta manera podemos encontrar los estigmas físicos, los estigmas psicológicos y los estigmas socioculturales. Añaden, que estas categorías se distribuyen a lo largo de un continuo que se mueve de mayor a menor intensidad. Así, podemos encontrar estigmas más o menos físicos, más o menos psicológicos y más o menos socioculturales. Existen otras clasificaciones que se centran en la persona que

lo ostenta (Tsutsumi y Izutsu, 2010). Diferenciando, por un lado, entre el estigma declarado, para hacer referencia a las conductas de rechazo, actitudes sociales y discriminatorias hacia las personas estigmatizadas; y por otro lado, el estigma internalizado, para hacer referencia a la interiorización por la persona estigmatizada de las conductas de rechazo y actitudes discriminatorias.

Desde la perspectiva de la persona estigmatizada, hay que destacar cuatro aspectos de su experiencia (Crocker, Mayor y Steele, 1998). A saber, la experiencia de prejuicio y discriminación, el conocimiento del valor negativo que tiene su identidad social, la amenaza del estereotipo, que tiene lugar cuando el estereotipo tiene un contenido negativo convirtiéndose en un esquema para interpretar su conducta (Steele y Aronson, 1995) y la ambigüedad atribucional, que se define como el grado de incertidumbre sobre las consecuencias derivadas de un hecho, atribuyendo sus causas a características propiamente individuales o al prejuicio social que los otros manifiestan hacia los miembros del grupo (Major y Crocker, 1993).

A estas cuatro experiencias señaladas por Crocker, Major y Stelle (1998) se puede añadir el hecho de que las personas estigmatizadas se ven afectadas por creer que sus estigmas, con los que han sido etiquetados, les impregnan o dominan (Pinel, 1999). Este fenómeno ha sido denominado por Pinel (1999) como conciencia de estigma, y hace referencia al grado en que una persona espera ser juzgada en base a ser miembro de un grupo por otra persona o grupo de personas.

El término conciencia de estigma puede confundirse con otros conceptos que aun estando relacionados no hacen referencia al mismo fenómeno. Uno de los términos relacionados es la identidad grupal, que hace referencia al grado en el cuál las personas

se perciben a sí mismas cómo similares o unidas a los miembros de un grupo (Gurin, Miller y Gurin, 1980). Sin embargo, una alta identidad de grupo no implica una alta conciencia de estigma, es decir, puede haber personas que se sientan pertenecientes a un grupo y no esperen ser juzgados por ser miembros de ese grupo. Otro de los términos relacionados es la conciencia de grupo. Este término hace referencia a una posición particular, en el que las personas rechazan la situación actual de su grupo y deciden emprender una acción colectiva como medio para cambiar el status de su grupo (Gurin y Townsend, 1986). Las personas no necesitan estar insatisfechas con la situación de su grupo para tener una alta conciencia de su grupo. También puede confundirse con la conciencia de estigma, la amenaza del estereotipo. Por amenaza del estereotipo se entiende el sentimiento que ocurre cuando en ciertas situaciones se teme confirmar con su comportamiento el estereotipo del grupo (Steele, 1997; Steele y Aronson, 1995). La conciencia de estigma se refiere a la creencia de que uno puede ser estigmatizado no al temor de confirmarlo con su comportamiento. Y en último lugar encontramos el concepto estigma esquematizado que hace referencia a la internalización de las creencias asociadas al estigma (Jones, Farina, Hastorf, Markus, Miller y Scott, 1984). Sin embargo la conciencia de estigma no implica que las personas utilicen el estereotipo para describirse a sí mismas.

Las consecuencias de la estigmatización abarcan prácticamente todos los aspectos de la vida de la persona estigmatizada (Quiles y Morera, 2008). Uno de los aspectos que más atención ha recibido en relación al estigma, ha sido el bienestar y la calidad de vida de las personas estigmatizadas. La mayoría de las investigaciones realizadas se han centrado en grupos estigmatizados por racismo (Brondolo, ver Halen, Libby y Pencille, 2011), homosexualidad (Doty, Willoughby, Lindahl, Kristin y Malik,

2010), salud mental (Moses, 2010) o diferencias de género (Moradi y DeBlaere, 2010). En el caso concreto de la discapacidad física y sensorial, se ha encontrado que las personas con discapacidad en comparación con la población general muestran niveles más bajos de bienestar psicológico y presentan menos iniciativas de crecimiento personal (Fellinger, Holzinger, Gerich y Goldberg, 2007; Kashubeck y Meyer, 2008). Sin embargo, no se han encontrado diferencias entre distintos tipos de discapacidad (Córdoba, Gómez y Verdugo, 2008). No obstante, existen estudios que ponen de evidencia que las personas con discapacidad física y con problema de comunicación producen más rechazo y ansiedad que las personas con discapacidad sensorial (Prado, 2008). En cuanto a las diferencias en función del sexo, los resultados encontrados son contradictorios. Hay estudios que informan que los hombres muestran niveles más altos que las mujeres en todas las dimensiones del bienestar (Helvik, Jacobsen y Hallberg, 2006). Mientras que por otro lado se ha encontrado que son los hombres los que sufren un mayor efecto de la discapacidad sobre el bienestar (Tambs, 2004). En cuanto a la razón de la discapacidad, los estudios realizados muestran que las personas cuya discapacidad no es de nacimiento muestran menor calidad de vida y bienestar (De Graaf y Bijl, 2002).

Método

Participantes

Han participado 201 trabajadores con distintas discapacidades, 90 con discapacidad sensorial (69 sujetos con discapacidad visual y 21 con discapacidad auditiva), 102 con discapacidad física y 9 con otros tipos de discapacidad. Cuando se trataba de otra discapacidad se pidió a los participantes que informaran sobre el tipo de

discapacidad, sólo dos personas informaron de que tenían una discapacidad doble, en ambos casos informaron de discapacidad intelectual y física.

La edad de los participantes se encuentra entre los 23 y los 55 años ($M = 36.40$ $DT = 7.17$). El 61.2 % de los sujetos son mujeres, mientras que el 38.8 % son hombres. Todos los sujetos de la muestra desempeñan un trabajo remunerado, el 43.3 % realizan trabajos técnicos, el 26.9 % son administrativos, el 13.4 % son operarios, el 10.4 % desempeñan puestos de mando y el 6 % restante son directivos. Respecto al nivel de estudios, el 22.4 % de los participantes tienen un nivel de estudios de Formación Profesional o similar, el 25.9 % han cursado Bachiller o similar y el 50.8 % poseen estudios universitarios. En lo que se refiere al momento en que se produjo la discapacidad, en el 41.8 % de los casos la discapacidad era de nacimiento, en un 43.3 % se debía a una enfermedad o un problema degenerativo y en el 14.9 % restante fue causa de un accidente.

La participación fue voluntaria y se garantizó el anonimato de los participantes.

Instrumentos

Conciencia de Estigma. La conciencia de estigma se refiere a la conciencia de una persona o grupo de personas de ser estigmatizado por otra persona o grupo de personas. Se midió con el Cuestionario de Conciencia de los Estigmas (SCQ, Stigma Consciousness: The Psychological Legacy of Social Stereotypes) de Pinel (1999). El cuestionario original está compuesto por 10 ítems con una escala tipo likert de 7 puntuaciones, siendo 0, totalmente en desacuerdo, y 6, totalmente de acuerdo. Sin embargo, se adaptó la métrica de la escala. Se decidió acotar las opciones de respuesta de 1 a 5, siendo 1, totalmente en desacuerdo, y 6, totalmente de acuerdo. Esta decisión se basa en dos razones. En primer lugar, porque existen estudios que demuestran que en

escalas de más de 5 opciones de respuesta pueden producirse inconsistencia en las respuestas (Abad, Olea, Ponsoda y García, 2011). Y en segundo lugar, para homogeneizar las opciones de respuesta con el otro cuestionario utilizado.

Además se tuvieron que adaptar los ítems para la población de discapacitados. La adaptación consistió en cambiar el grupo de referencia de los ítems originales (mujeres) por el grupo objetivo del presente trabajo (personas con discapacidad). El cuestionario final se presenta en la tabla 1. La fiabilidad obtenida por la escala en el estudio ($\alpha = .76$) presenta las suficientes garantías para su uso (Morales, 2007).

--- INSERTAR TABLA 1 ---

Calidad de Vida. La calidad de vida se refiere a la evaluación subjetiva del grado de bienestar, e incluye dimensiones físicas, sociales y psicológicas. Se midió con el Cuestionario de Calidad de Vida (CCV) de Ruiz y Baca (1993). Está compuesto por 35 ítems en un escala de respuesta tipo likert de 1 a 5, siendo 1, nada, y 5, mucho. El cuestionario contiene 4 escalas. (1) Apoyo Social. Se refiere tanto al tipo de relaciones establecidas con la familia y los amigos como al grado de ayuda o apoyo social percibido. Está formada por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8. (2) Satisfacción General. Hace referencia al grado de satisfacción general percibido en relación a los intereses vitales, trabajo, actividades realizadas, salario, etc. Está formada por los ítems 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 y 30. (3) Bienestar físico y psicológico. Se refiere tanto al grado de satisfacción con la salud como al nivel de salud percibido. Está formada por los ítems 9, 10, 12, 13, 14, 15 y 16. (4) Tiempo Libre. Hace referencia al grado de actividades de tiempo libre, ocio y descanso. Está formada por los ítems 20, 29, 31, 32, 33 y 34.

El cuestionario de Calidad de vida fue adaptado para la muestra en cuestión. La adaptación consistió en poner en primera persona y en afirmativo los ítems originales, ya que éstos aparecen como una pregunta dirigida a la persona que responde (véase tabla 2). Además, se decidió eliminar un ítem debido a las bajas correlaciones obtenidas con el resto de ítems del cuestionario. El ítem eliminado fue “Desearía tener relaciones sexuales más satisfactorias (y si no las tengo me gustaría tenerlas).” El cuestionario final está compuesto por 34 ítems.

En cuanto a la fiabilidad de la escala, los indicadores obtenidos en el presente trabajo superan las recomendaciones psicométricas que garantizan su uso (Morales, 2007), tanto la escala completa ($\alpha = .94$), como cada una de sus dimensiones, apoyo social ($\alpha = .91$), satisfacción general ($\alpha = .90$), bienestar físico y psicológico ($\alpha = .87$) y tiempo libre ($\alpha = .81$).

--- INSERTAR TABLA 2 ---

Tipo de discapacidad. Se diferenciaron entre cuatro tipos de discapacidad.

Discapacidad Física, discapacidad Visual, discapacidad Auditiva y otra discapacidad.

Razón de la discapacidad. Se diferenciaron tres razones. La discapacidad de nacimiento, la discapacidad sobrevenida por enfermedad (incluidos los problemas degenerativos) y la discapacidad producida por un accidente.

Se confeccionó un cuaderno de recogida de datos compuesto por el Cuestionario de Conciencia de los Estigmas, el Cuestionario de Calidad de Vida, dos preguntas sobre

su discapacidad (tipo y razón) y una serie de preguntas de carácter sociodemográfico (sexo, edad, puesto de trabajo, nivel de estudios, estado civil y número de hijos).

Procedimiento

Se crearon dos formatos distintos del cuaderno de recogida de datos para facilitar la respuesta. En el caso de los participantes con una discapacidad visual, se empleó una adaptación informática que permitía la escucha de las preguntas y su posterior respuesta a través de correo electrónico. Para el resto de participantes, el cuaderno de recogida de datos se distribuyó en formato papel. En total se distribuyeron 350 cuestionarios, de los cuáles 149 cuestionarios no fueron devueltos (46 %).

En la recogida de datos participó la Fundación ONCE. Esta organización distribuyó el cuestionario a sus trabajadores y a los trabajadores de tres empresas de su grupo. Además, distintas empresas privadas participaron también en la recogida. El envío de los cuestionarios se realizó de cuatro maneras diferentes. En primer lugar y en el caso de los discapacitados visuales, el material fue enviado por mail. En segundo lugar, las empresas entregaron el cuaderno de recogida de datos a todos sus empleados discapacitados. Una vez contestado, éstos lo introducían en unas urnas, preparadas al efecto, situadas en la recepción de las empresas. En tercer lugar, el departamento de recursos humanos de las empresas fue el encargado de distribuir y recoger los cuadernos; posteriormente los enviaba por correo convencional. En cuarto y último lugar, el material se facilitó en persona, y una vez cumplimentado, lo enviaban en un sobre cerrado, prefranqueado y sin datos del remitente por correo convencional. El tiempo de latencia desde la entrega del material hasta su recepción fue de dos semanas para todos los participantes.

Análisis de datos

El procedimiento de análisis para contrastar las hipótesis de relación entre conciencia de estigma y calidad de vida fue la correlación bivariada. Este procedimiento permite estudiar el tipo de relación existente entre dos variables. El procedimiento de análisis para contrastar las hipótesis relativas al sexo, tipo de discapacidad y razón de la discapacidad fue el análisis de varianza de tres factores (ANOVA). Este procedimiento permite explicar el comportamiento de una variable dependiente cuantitativa a partir de dos o más variables independientes, cuando éstas son categóricas y tiene más de dos categorías. Puesto que este procedimiento requiere el cumplimiento de los supuestos de normalidad y homocedasticidad, se realizaron las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Levene (Pardo y San Martín, 2010).

Resultados

Los análisis llevados a cabo muestran que la conciencia de estigma se relaciona de forma negativa con la calidad de vida ($r = -.355, p < .05$). Es decir, cuánto mayor es la conciencia de estigma menor es la calidad de vida de las personas con discapacidad. Además, la conciencia de estigma se relaciona negativamente con tres de las cuatro subescalas de calidad de vida, apoyo social ($r = -.422, p < .05$), satisfacción general ($r = -.371, p < .05$) y bienestar físico y psicológico ($r = -.283, p < .05$). Cuánto mayor es la conciencia de estigma, menor es el apoyo social, la satisfacción general y el bienestar físico y psicológico percibido por las personas con discapacidad.

Conciencia de estigma. El análisis de varianza reveló un efecto principal de la variable sexo ($F_{(1,199)} = 4.18, p < .05$). Las mujeres ($M = 2.8, DT = .72$) presentan mayor conciencia de estigma que los hombres ($M = 2.5, DT = .52$).

El análisis también reveló un efecto principal de la variable tipo de discapacidad ($F_{(2,198)} = 3.68, p < .05$). La conciencia de estigma difiere si la discapacidad es auditiva ($M = 3.2, DT = .67$), es física ($M = 2.8, DT = .68$) o es visual ($M = 2.5, DT = .58$). Las pruebas post hoc manifiestan que la conciencia de estigma de las personas con discapacidad visual es significativamente menor a la mostrada por las personas con discapacidad auditiva ($p < .05$), y a su vez, la conciencia de estigma mostrada por la personas con discapacidad física es significativa menor a la mostrada por las personas con discapacidad auditiva ($p < .05$).

La variable razón de la discapacidad también resultó tener un efecto significativo ($F_{(2,198)} = 3.63, p < .05$). La conciencia de estigma difiere si la razón de la discapacidad es accidente ($M = 2.83, DT = .71$), es enfermedad ($M = 2.62, DT = .63$) o es de nacimiento ($M = 2.67, DT = .70$). Las pruebas post hoc manifiestan que la conciencia de estigma de las personas con una discapacidad producida por un accidente muestran una conciencia de estigma significativamente mayor que la conciencia de estigma mostrada por personas con una discapacidad de nacimiento o sobrevenida por enfermedad ($p < .05$).

Por otro lado, el efecto de la interacción entre las variables tipo de discapacidad y razón de la discapacidad fue significativo ($F_{(3,198)} = 4.03, p < .05$). La conciencia de estigma que muestran las personas según su tipo de discapacidad difiere si se atiende a la razón de la discapacidad. En otras palabras, la conciencia de estigma de las personas con una discapacidad visual ($M = 3.44, DT = .63$) que ha sido causada por accidente es igual de alta que la conciencia de estigma mostrada por las personas con discapacidad auditiva

de nacimiento ($M = 3.5$, $DT = .73$). El resto de interacciones entre las variables no resultaron significativas ($p > .05$).

Calidad de Vida. El análisis de varianza reveló un efecto principal de la variable sexo ($F_{(1,199)} = 10.25$, $p < .05$). Las mujeres ($M = 3.8$, $DT = .63$) manifiestan tener una menor calidad de vida que los hombres ($M = 4.0$, $DT = .44$). Sin embargo, la influencia del sexo en la calidad de vida aparece en las subescalas de apoyo social ($F_{(1,199)} = 5.8$, $p < .05$) y satisfacción general ($F_{(1,199)} = 11.97$, $p < .05$), mientras que en la subescala de bienestar física y psicológico no se han encontrado diferencias (ver tabla 3).

Por otro lado, la variable razón de la discapacidad también resultó tener un efecto significativo ($F_{(2,198)} = 7.10$, $p < .05$). Es decir, la calidad de vida difiere dependiendo de si la discapacidad es por nacimiento ($M = 3.9$, $DT = .58$), por enfermedad ($M = 3.9$, $DT = .49$) o por accidente ($M = 3.5$, $DT = .71$). Las pruebas post hoc muestran que la calidad de vida percibida por las personas cuya discapacidad ha sido causada por accidente es significativamente menor que la calidad de vida de las personas con discapacidad desde el nacimiento o sobrevinida por enfermedad ($p < .05$). Sin embargo, la influencia de la razón de la discapacidad en la calidad de vida aparece en las subescalas de apoyo social ($F_{(2,198)} = 3.6$, $p < .05$) y bienestar físico y psicológico ($F_{(2,198)} = 6.8$, $p < .05$), mientras que en la subescala de satisfacción general no se han encontrado diferencias (ver Tabla 4).

La variable tipo de discapacidad y las interacciones entre las variables no resultaron significativas ($p < .05$).

Conclusiones

Los resultados encontrados muestran que existe una relación negativa entre la conciencia de estigma y la calidad de vida. Las personas discapacitadas que perciben en alto grado la estereotipación del grupo mayoritario, es decir, que tienen una mayor conciencia de estigma, perciben una menor calidad de vida. Además, esta relación negativa se presenta en tres de las cuatro dimensiones de la calidad de vida, en concreto, en el apoyo social, en la satisfacción general y en el bienestar físico y psíquico. Es decir, las personas con una mayor conciencia de estigma, perciben menor apoyo social, menor satisfacción general y menor bienestar físico y psíquico.

Por otro lado, se puede observar como las variables sexo, tipo de discapacidad y razón de la discapacidad influyen en la conciencia de estigma. Las mujeres perciben en un grado mayor la estereotipación del grupo mayoritario. Este puede ser debido a la existencia de la percepción de una doble discriminación, por un lado ser mujer, y por otro, ser discapacitada. En cuanto al tipo de discapacidad, las personas con una discapacidad auditiva presentan una conciencia de estigma mayor que las personas con una discapacidad física, y éstas a su vez, mayor que las personas con una discapacidad visual. Por otro lado, atendiendo a la razón de la discapacidad, se observa que las personas cuya discapacidad es causada por un accidente presente una conciencia de estigma mayor. Aunque este resultado varía si se tiene en cuenta la razón de la discapacidad. Cuando la discapacidad es causada por accidente, los discapacitados visuales muestran una conciencia de estigma similar a los discapacitados auditivos de nacimiento. Es decir, cuando se tiene en cuenta la razón de la discapacidad, el efecto del tipo de discapacidad se anula.

Por último, los resultados obtenidos revelan que las variables sexo y razón de la discapacidad influyen en la calidad de vida que las personas perciben. Las mujeres

perciben una menor calidad de vida que los hombres. Este resultado confirma los resultados encontrados por Helvik, Jacobsen y Hallberg (2006). En cuanto a la razón de la discapacidad, las personas cuya discapacidad fue causada por accidente perciben una menor calidad de vida que las personas con discapacidades sobrevenidas por nacimiento o por alguna enfermedad.

Por otro lado, hay que señalar que las escalas utilizadas y adaptadas a la población española de personas discapacitadas presentan indicadores psicométricos aceptables que garantizan su uso.

Estos resultados permiten confirmar la gran mayoría de las hipótesis planteadas. En primer lugar, parece existir una relación negativa entre la conciencia de estigma y la calidad de vida de las personas discapacitadas. En segundo lugar, el sexo de las personas influye en la conciencia de estigma y la calidad de vida. En tercer lugar, el tipo de discapacidad influye en la conciencia de estigma. Y por último, la razón de la discapacidad influye en la calidad de vida.

Asimismo, los resultados que se derivan del presente estudio son congruentes con los resultados de investigaciones anteriores donde las personas con discapacidad perciben una menor calidad de vida en comparación con las personas sin discapacidad (Werngren-Elgström, Dehlin e Iwarson, 2003) y muestran una vida social más restringida (Fellinger, Holzinger, Gerich y Goldberg, 2007).

Por tanto, parece evidente que no sólo el proceso de estigmatización afecta a los individuos del grupo estigmatizado y condiciona su vida diaria. Sino que la conciencia de pertenecer a un grupo estigmatizado por la sociedad produce efectos negativos que

afectan a la calidad de vida de las personas que la sufren, afectando al apoyo social percibido, a la satisfacción y al bienestar físico y psicológico. De hecho, estudios previos muestran como las personas con discapacidad presentan mayores problemas de ansiedad y depresión (Tambs, 2004).

Por otro lado, Loprest y Maag (2006) señalaron que la aparición temprana de una discapacidad hace enfrentarse a la persona a diferentes obstáculos y experiencias. Esta puede ser la explicación que permite entender porque las personas cuya discapacidad ha sido causada por accidente perciben una menor calidad de vida, que aquellas personas que han convivido con la discapacidad desde el nacimiento o han tenido tiempo para hacerla frente al ser sobrevenida por una enfermedad. En este sentido, los resultados de este estudio muestran que este hecho se produce en discapacitados visuales, auditivos y físicos, complementando los resultados encontrados por De Graaf y Bijl (2002).

En cuánto al tipo de discapacidad, es necesario resaltar que son las personas con una discapacidad auditiva las que muestran una mayor conciencia de estigma. La razón de todo ello puede estar ligada a la historia del asociacionismo de personas con discapacidad, donde la organización de ciegos es la más potente y reconocida por el estado, con todo lo que ello conlleva, lo que podría explicar la menor conciencia de estigma de los discapacitados visuales. Por el contrario el aislamiento psíquico, social y de comunicación que produce la discapacidad auditiva puede llevar a estas personas a sentir más de cerca los estereotipos sobre su grupo. Este hecho pone en evidencia la necesidad de nuevas investigaciones dirigidas a estudiar qué factores determinan la

conciencia de estigma en las distintas discapacidades, lo que permitiría mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

No obstante, los resultados encontrados están sujetos a una serie de limitaciones debido al diseño del estudio, por lo que su interpretación ha de tomarse con cierta cautela. En primer lugar, porque los grupos de comparación de las variables sexo, tipo de discapacidad y razón de la discapacidad no están equiparados en tamaño. En segundo lugar, los resultados encontrados pueden estar modulados por variables que no se han controlado en el estudio, cómo es la identidad grupal. En este sentido y de cara a futuras investigaciones, es interesante comprobar que papel juega la identidad grupal en la relación encontrada entre la calidad de vida y la conciencia de estigma.

Una vez tenidas en cuentas las limitaciones presentes, los resultados encontrados en el presente trabajo aportan nuevo conocimiento que influye en la intervención psicosocial. En concreto, el estudio pone de manifiesto que la conciencia de estigma de las personas estigmatizadas influye en su calidad de vida. Por lo tanto, las intervenciones deberán tener en cuenta no sólo la pertenencia a un grupo estigmatizado sino además su conciencia de estigma, pudiendo marcar esta última la prioridad y la eficacia de la intervención; ya que aquellas personas que pese a pertenecer a un grupo estigmatizado no tienen una alta conciencia de su estigma quizá no reciban con la misma actitud una intervención psicosocial, por lo que los resultados de la misma no sean los deseados. Por otro lado, los resultados encontrados también ponen en evidencia que la razón de la discapacidad influye en la calidad de vida. De tal manera que cuando la discapacidad es sobrevenida por accidente se hace más necesario una

intervención que ayude afrontar a la persona su nueva situación, reduciendo el impacto de la discapacidad en los distintos ámbitos de su vida.

Referencias

- Abad, F., Olea, J., Ponsoda, V. y García, C. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Brondolo, E., Ver Halen, N. B., Libby, D. y Pencille, M. (2011). Racism as a psychosocial stressor. En A. Baum, y R. J. Contrada (Eds.), *Handbook of stress science: Biology, psychology, and health* (pp. 167 – 184). New York: Springer Publishing.
- Crocker, J., Major, B. y Steele, C. (1998). Social stigma. En S. Fiske, D. Gilbert y G. Lindzey (Eds), *Handbook of Social Psychology* (pp. 504–53). Boston: McGraw-Hill.
- Córdoba, L., Gómez, J. y Verdugo, M.A. (2008). Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo. *Universitas Psychologica*, 7, 369-383.
- De Graff, R. y Bijl, R.V. (2002). Determinants of Mental Distress in Adults With a Severe Auditory Impairment: Differences Between Prelingual and Postlingual Deafness. *Psychosomatic Medicine*, 64, 61 – 70.
- Doty, N. D., Willoughby, Brian L.B., Lindahl, K. M. y Malik, N. M. (2010) Sexuality related social support among lesbian, gay, and bisexual Youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 1134 - 1147.

Dovidio, F. (2001). On the nature of contemporary prejudice: the third wave. *Journal of Social Issues*, 57, 829-849.

Fellinger, J., Holzinger, D., Gerich, J y Goldberg, D. (2007). Mental distress and quality of life in the hard of hearing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 243 – 245.

Fuster, M.J. y Molero, F. (2008). Prejuicio y estigma hacia las personas que viven con el VIH: un estudio psicosocial desde la perspectiva del grupo estigmatizado. En J.F. Morales, C. Huici, Gómez, A. y Gaviria, E. (Coord.). *Método, teoría e investigación en psicología social* (pp. 429-445). Madrid: Pearson.

Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Gurin, P., Miller, A.H. y Gurin, G. (1980). Stratum identification and consciousness. *Social Psychology Quartely*, 43, 30-47.

Gurin, P. y Townsend, A. (1986). Properties of gender identity and their implications for gender consciousness. *British Journal of Social Psychology*, 25, 139-148.

Helvik, A., Jacobsen, G. y Hallberg, L. (2006). Psychological well-being of adults with acquired hearing impairment. *Disability and Rehabilitation*, 28, 535-545.

Jones, E.E., Farina, A., Hastorf, A.H., Markus, H., Miller, D.T. y Scott, R.A. (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. New York: Freeman

Kashubeck-West, S. y Meyer, J. (2008). The Well-Being of Women Who Are Late Deafened. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 463 – 472.

Link, B. G. y Pehlan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual review of psychology*, 27, 363 – 285.

Loprest, P. y Maag, E. (2006). The relationship between early disability Honest and education and employement. *Journal of vocational Rehabilitation*, 26, 49 - 62.

Major, B. y Crocker, J. (1993). Social stigma: The affective consequences of attributional ambiguity. En D. Mackie y D.L. Hamilton (Eds.), *Affect, cognition and stereotyping: Interactive processes in intergroup perception* (pp. 345-370). New York: Academic Press.

Major, B. y O'Brien, L. (2005). The social psychology of stigma. *Annual review of psychology*, 56, 393 – 421.

Marichal, F. y Quiles, M. N. (2000). La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 12, 458-465.

Molero, F. (2007). Prejuicio y stigma: efectos y posibles soluciones. En J.F. Morales, M.C. Moya, E. Gaviria e I. Cuadrado (coord.). *Psicología Social* (3ª edición, pp. 619-640). Madrid. McGraw-Hill.

- Moradi, B. y DeBlaere, C. (2010). Women's experiences of sexist discrimination: Review of research and directions for centralizing race, ethnicity, and culture. En Landrine, H. y Russo, N. F. (2010). *Handbook of diversity in feminist psychology*. (pp. 173 - 210). New York: Springer.
- Morales, P. (2007). La Fiabilidad de los Test y escalas. En P. Morales, *Estadística aplicada a las ciencias sociales*. Universidad Pontificia Comillas, Madrid.
- Moses, T. (2010). Being treated differently: Stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Social Science & Medicine*, 70, 985 – 993.
- Pardo, A. y San Martín, R. (2010). *Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II*. Madrid: Síntesis.
- Prado, M. (2008). Reacciones afectivas ante el estigma de la discapacidad. En J.F. Morales, C. Huici, Gómez, A. y Gaviria, E. (Coord.). *Método, teoría e investigación en psicología social* (pp. 401-417). Madrid: Pearson.
- Pinel, E. C. (1999). Stigma Consciousness: The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 114 - 128.
- Quiles, M.N. y Morera, M.D. (2008). El estigma social: la diferencia que nos hace inferiores. En J.F. Morales, C. Huici, Gómez, A. y Gaviria, E. (Coord.). *Método, teoría e investigación en psicología social* (pp. 429-445). Madrid: Pearson.

Steele, C.M. (1997). A threat in the air: how stereotypes shape intellectual identity and performance. *American Psychology*, 52, 613 – 629.

Steele, C.M. y Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African-Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 797-811.

Ruiz, M. A. y Baca, E. (1993). Design and validation of the Quality of Life Questionnaire (CCV). A Generic Health-related perceived Quality of Life Instrument, *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19 – 32.

Tajfel, H. (1972). La categorisation sociale. En S. Moscovici (Ed.), *Introduction à la psychologie sociale*. (pp. 272 - 302). Paris: Larousse.

Tajfel, H. (1978). *Differentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroups relations*. Londres: Academic Press.

Tambs, K. (2004). Moderate Effects of Hearing Loss on Mental Health and Subjective Well-Being: Results From the Nord-Trøndelag Hearing Loss Study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 776 – 782.

Tsutsumi, A. y Izutsu, T. (2010). Quality of life and Stigma. En V. R. Preedy, R.R. Watson (Eds). *Handbook of disease burdens and quality of life measurements* (pp. 3490-3499). New York: Springer.

Werngren-Elgström, M., Dehlinb, O. e Iwarssona, S. (2003). Aspects of quality of life in persons with pre- lingual deafness using sign language: subjective wellbeing, ill-health symptoms, depression and insomnia. *Archives of gerontology and geriatrics*, 37, 13 – 24.

Tabla 1.

Cuestionario de Conciencia de Estigma en personas con discapacidad

1	Los pensamientos generales sobre cómo se comporta una persona con mi discapacidad no me afectan personalmente
2	No me preocupa que mi comportamiento sea visto como el típico de una persona con mi discapacidad
3	Cuando me relaciono con personas no discapacitadas siento que interpretan todo lo que hago a partir de hecho de que soy una persona discapacitada
4	La mayoría de las personas no discapacitadas no juzga a las personas discapacitadas por sus capacidades reales
5	Mi condición de persona con discapacidad no influye en la manera en que las personas no discapacitadas actúan conmigo
6	Nunca pienso en el hecho de que soy una persona con discapacidad al relacionarme e interactuar con personas que no son discapacitadas
7	Mi condición de persona con discapacidad no influye en la manera en que la gente actúa y se relaciona conmigo
8	La mayoría de las personas que no son discapacitadas tienen muchos más prejuicios hacia las personas discapacitadas de los que realmente expresan
9	A menudo pienso que las personas sin discapacidad son acusados injustamente de tener prejuicios hacia las personas con discapacidad
10	La mayoría de las personas sin discapacidad tienen problemas para considerar como iguales a las personas con discapacidad

Tabla 2.

Adaptación de los Ítems del Cuestionario de Calidad de Vida

	Ítems Originales	Items Finales
1	¿Mantiene usted relaciones satisfactorias con las personas con las que convive?	Mantengo relaciones satisfactorias con las personas con las que convivo
2	¿Siente usted que le quieren las personas que más le importan?	Siento que las personas que me importan me quieren
3	¿Tiene usted buenas relaciones con su familia?	Tengo buenas relaciones con mi familia
4	¿Tiene usted amigos con los que contar en caso necesario?	Tengo amigos con los que contar en caso necesario
5	¿Cree usted que tiene a quien recurrir cuando necesita la compañía o el apoyo de alguien?	Creo que tengo a quien recurrir cuando necesito la compañía o el apoyo de alguien
6	¿Tiene usted con quien compartir su tiempo libre y aficiones?	Tengo con quien compartir mi tiempo libre y mis aficiones
7	¿Está usted satisfecho con los amigos que tiene?	Estoy satisfecho con los amigos que tengo
8	¿Le satisface la vida social que hace?	Me satisface la vida social que hago
9	¿Se siente usted con buena salud?	Actualmente me siento con buena salud
10	¿Se siente usted con suficiente energía para hacer su vida diaria?	Me siento con suficiente energía para hacer mi vida diaria
11	¿Se siente usted fracasado?	En la actualidad me siento fracasado
12	¿Se siente usted inquieto o angustiado?	Me siento inquieto o angustiado
13	¿Tiene usted preocupaciones que impiden o dificultan descansar o dormir?	Tengo preocupaciones que me impiden o dificultan descansar o dormir
14	¿Tiene usted insomnio o dificultades importantes para conciliar el sueño?	Tengo insomnio o dificultades importantes para conciliar el sueño
15	¿Se siente usted cansado la mayor parte del día?	Me siento cansado la mayor parte del día
16	¿Está usted satisfecho con su estado actual de salud?	Estoy satisfecho con mi estado actual de salud
17	¿Cree usted que va alcanzando lo que se propone en la vida?	Creo que voy alcanzando mis propósitos en la vida
18	¿Cree usted que la vida le va dando lo que espera?	Creo que la vida me está dando lo que espero de ella

	Ítems Originales	Items Finales
19	¿Se siente capaz de conseguir la mayoría de las cosas que desea?	Me siento capaz de conseguir la mayoría de las cosas que deseo
20	¿Tiene usted tiempo par relajarse y distraerse durante cada día?	Tengo tiempo suficiente para relajarme y distraerme cada día
21	¿Tiene usted posibilidades de desarrollar sus aficiones?	Tengo posibilidades de desarrollar mis aficiones
22	¿Considera usted agradable la vida que hace?	Considero agradable la vida que hago
23	¿Considera usted interesante la vida que hace?	Considero interesante la vida que hago
24	¿Está usted satisfecho con la vida que lleva?	Estoy satisfecho con la vida que llevo
25	¿Está usted satisfecho con el dinero de que dispone?	Estoy satisfecho con el dinero del que dispongo
26	¿Está usted satisfecho con su forma de ser?	Estoy satisfecho con mi forma de ser
27	¿Disfruta usted con el trabajo que realiza?	Generalmente disfruto con el trabajo que realizo.
28	¿Está usted contento con la manera en que realiza su trabajo?	Estoy contento con la manera en que realizo mi trabajo
29	¿Le deja el trabajo suficientemente tiempo libre para hacer otras cosas que desea hacer?	Mi trabajo me deja suficiente tiempo libre para otras cosas que deseo hacer
30	¿Está usted contento con su ambiente de trabajo?	Estoy contento con el ambiente de mi trabajo
31	¿Le impiden los problemas o preocupaciones del trabajo disfrutar de su tiempo libre?	Los problemas o preocupaciones de mi trabajo me impiden disfrutar de mi tiempo libre
32	¿Termina usted tan cansado que sólo le apetece descansar?	Termino mi jornada laboral tan cansado que sólo me apetece descansar
33	¿El trabajo que usted hace le provoca un permanente estado de tensión?	El trabajo que realizo me provoca un permanente estado de tensión
34	¿Le desborda en la actualidad su trabajo?	En la actualidad mi trabajo me desborda

Tabla 3.

Tipo de Discapacidad y Calidad de Vida.

	Auditiva		Física		Visual	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Calidad de vida	3.7	.53	3.9	.57	3.9	.61
<i>Apoyo social</i>	4.0	.75	4.3	.60	4.3	.81
<i>Satisfacción General</i>	3.6	.37	3.7	.57	3.8	.74
<i>Bienestar físico y social</i>	3.6	.74	3.9	.88	4.0	.70
<i>Tiempo Libre</i>	3.5	.76	3.4	.87	3.5	.74

Nota: En cursiva se presentan las subescalas del cuestionario de calidad de vida.

Tabla 4.

Razón de Discapacidad y Calidad de Vida

	Nacimiento		Enfermedad		Accidente	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Calidad de vida	3.9	.58	3.9	.49	3.5	.71
<i>Apoyo social</i>	4.3	.66	4.3	.67	4.0	.75
<i>Satisfacción General</i>	3.8	.60	3.8	.59	3.6	.73
<i>Bienestar físico y social</i>	4.0	.82	4.0	.70	3.4	.88
<i>Tiempo Libre</i>	3.6	.80	3.4	.67	2.9	.99

Nota: En cursiva se presentan las subescalas del cuestionario de calidad de vida