

INTERVENCIÓN CONTRA EL ESTIGMA HACIA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN JÓVENES DE INSTITUTOS DEL SUR DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Autores: Montserrat CebolleroRodríguez¹(Trabajadora Social), Carlos VaqueroCrespo¹, Miguel Ángel Escudero López¹ y Jesús SaizGaldós^{1,2}

Institución de pertenencia: ¹Grupo 5; ²Universidad Complutense de Madrid

montserrat.cebollero@grupo5.net

Resumen

Entre los objetivos transversales de los Centros de atención social a personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid, está facilitar la creación de contextos inclusivos que potencien su integración social. Para conseguir esto es fundamental la reducción del estigma. Desde el CRL Aranjuez hemos desarrollado un proyecto para intervenir sobre esto.

Éste consta de una fase de evaluación (A) y otra de intervención (B), mediante psicoeducación y participación en el Programa de Capacitación y Empoderamiento a través del Arte, que lleva a cabo el CRPS Latina con el Museo Thyssen-Bornemisza. Tanto para la evaluación pre como la post utilizamos el cuestionario de atribución AQ-27 y el cuestionario EMC de conocimiento de enfermedad. La muestra total consistió en 304 alumnos en la medida pre y 189 en la medida post (I.E.S Valdemoro, Aranjuez y Ciempozuelos). El rango de edad fue 15 - 20 años.

Las puntuaciones encontradas en el AQ-27 sugieren aumento en: responsabilidad y ayuda, y bajada para: piedad, ira, peligrosidad, miedo y segregación. Las medidas de EMC también aumentaron después de la intervención.

Con todo esto, podemos señalar que es posible la reducción del estigma en estudiantes de IES, mediante la psicoeducación junto con intervenciones que favorecen el contacto social significativo. Resulta necesario continuar realizando investigaciones aplicadas en esta área para fomentar integración social.

Palabras clave: estigma, jóvenes, enfermedad mental, prejuicio, inclusión.

Abstract

One of the main objectives of the Centers for social care for people with mental illness of the State of Madrid, is to facilitate the creation of inclusive environments that promote their social integration. To achieve this it is essential to reduce stigma. On the CRL Aranjuez we have developed a project to intervene on this.

This project consists of an evaluation phase (A) and an intervention phase (B). The last includes psychoeducation and participation in the program "Training and Empowerment Through Art", Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

which holds the CRPS Latinain collaboration with the Thyssen-Bornemisza Museum. For both phases pre- and post-assessment questionnaires were used. The instruments applied were the “attribution questionnaire” AQ-27 and the “knowledge of disease” EMC. The total sample consisted of 304 high school students in phase A plus 189 in phase B. The high schools were located in Valdemoro, Ciempozuelos and Aranjuez. The age range was 15 to 20 years.

Scores found in the AQ-27 suggest increased: responsibility and help, and reduction for: pity, anger, danger, fear and segregation. EMC measures also increased after the intervention.

Considering this, we note that it is possible to reduce the stigma of high school students through psychoeducation and with interventions that promote meaningful social contact. It is necessary to continue research in this area to foster social integration.

Keywords: stigma, youth, mental illness, prejudice, inclusion.

INTRODUCCIÓN

Discapacidad y salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001a) define salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. La salud mental es una parte integral de esta definición.

Asimismo, la OMS (2001a) describe salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede afrontar las exigencias normales de la vida y trabajar productivamente y de modo fructífero, y a la vez es capaz de contribuir a su comunidad.

La salud mental y las enfermedades mentales están determinadas por muchos factores de naturaleza social, psicológica y biológica, de la misma forma que están la salud y la enfermedad en general.

Las personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera (en adelante EMGD) representan un colectivo extenso y heterogéneo de personas que sufren trastornos psiquiátricos graves, el concepto de enfermedad mental se suele asociar a un malestar o discapacidad. El concepto de discapacidad ha sufrido grandes cambios a lo largo de la historia. Durante los últimos años, hemos visto como se ha ido abandonando una perspectiva paternalista y asistencial de la discapacidad, que miraba a la persona como un ser “dependiente y necesitado”, hacia un nuevo enfoque, que contempla a la persona con discapacidad como un individuo con habilidades, recursos y potencialidades.

Para Goldman, Gatozzi y Tanbe (1981), las personas con EMGD son: “sujetos que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

económica. Asimismo muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos”.

Existen tres conceptos que a menudo se pueden utilizar de manera equivalente, pero que es necesario definirlos debido a que tienen significados diferentes: deficiencia, discapacidad y minusvalía. La Organización Mundial de la Salud define cada uno de estos términos en la Clasificación Internacional de Disminución, Discapacidades y Minusvalías (OMS, 2001b) estableciendo que “deficiencia” es “es toda pérdida o anomalía de una estructura, o función psicológica, fisiológica o anatómica.” Desde el punto de vista de la salud, “una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de un órgano o de la función propia de éste. Para esta organización, “discapacidad” sería “toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad de la forma, o dentro del margen, que se considera normal para un ser humano”. Y “minusvalía” “es una situación de desventaja para un individuo determinado, de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desarrollo de un rol que es normal en su caso, en función de la edad, sexo y factores culturales y sociales.” En este sentido, a una persona una enfermedad o un trastorno, le puede producir una deficiencia (en una parte de su cuerpo, por ejemplo), que en consecuencia genera una discapacidad (como una disminución en el funcionamiento de esta parte del cuerpo), la cual puede significar una minusvalía cuando interactúe con el entorno.

En 2001, la Organización Mundial de la Salud, con el objetivo de ofrecer una mayor unificación del concepto de discapacidad, establece una 2ª Clasificación Internacional, la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Salud (CIF), lo cual aporta un gran cambio al concepto de discapacidad: se pasa de una concepción estática, en la que sólo se tenía en cuenta la condición de salud de la persona, a una concepción dinámica, en la que también los factores ambientales y personales jugarán un rol esencial, la discapacidad está producida por la suma de los tres conceptos.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (NU, 2006), en su artículo 2, establece que por "discriminación por motivos de discapacidad" se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Además, cualquier discriminación por motivos de discapacidad, queda prohibida en los Estados que ratifiquen la Convención, como es el caso de España, conforme al Artículo 5.

La salud mental es hoy uno de los objetivos prioritarios de las políticas europeas e internacionales. Los trastornos mentales son responsables de una parte muy significativa de la carga global de las enfermedades y ocupan un lugar destacado entre las primeras causas de discapacidad. A modo de ejemplo, según la Organización Mundial de la Salud, se estima que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo.

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

Las personas con enfermedad mental crónica sufren, además de las discapacidades y dificultades de integración derivadas directamente de la enfermedad, las consecuencias del prejuicio social que existe hacia las enfermedades mentales y quienes las padecen.

El estigma y la persona con enfermedad mental

Goffman(2008) definió como estigma, “un atributo profundamente desacreditador”, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo que posee significativas implicaciones en las relaciones sociales y en el propio bienestar subjetivo de la persona que lo padece, tal y como se ha demostrado en diferentes estudios nacionales e internacionales (o las numerosas contribuciones desde la Asociación Mundial de Psiquiatría, WPA), y que posee una frecuencia lo suficientemente elevada, como para constituirse en un importante obstáculo para la rehabilitación e integración de las personas con EMGD en nuestro país.

Según los modelos psicosociales (Ottati, Bodenhausen y Newman, 2005), el estigma se pone de manifiesto en tres aspectos del comportamiento social: estereotipos, prejuicios y discriminaciones.

La discriminación tiene lugar cuando una persona se ve sometida a un trato desfavorable, en base a criterios relacionados con cultura, etnia, salud, ideología, género o cualquier otro, y que tiene como resultado la disminución o eliminación de derechos u oportunidades.

Para Crocker, Major y Steele(1998) “el problema del estigma no reside en el atributo estigmatizador ni en la persona que lo posee, sino en la desafortunada circunstancia de poseer un atributo que, en un contexto social dado, conduce a la devaluación”.

Para Twenge, Catanese y Baumesiter(2003) los procesos estigmatizadores ponen a las personas en situación de exclusión, que no solo dificultan la integración social de las personas con enfermedad mental y sus familias, sino que pueden asociarse a otros riesgos psicológicos producidos por la exclusión social, como los comportamientos auto-excluyentes, problemas cognitivos, conductas auto-punitivas y de riesgo, etc.

La Declaración de Helsinki de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), en su conferencia europea de Ministros, ha establecido la lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental como uno de los 5 puntos básicos del programa para Europa. De la misma forma el Libro Verde sobre la salud mental de la Unión Europea (CE, 2005) sitúa entre cuatro de sus objetivos principales, el fomentar la integración de las personas con enfermedad mental, garantizando sus derechos y dignidad, señalando la estigmatización como el factor clave.

Los jóvenes y el estigma hacia las personas con enfermedad mental

Los jóvenes representan un importante y clave segmento de la población, cuya situación vital les hace especialmente vulnerables a prejuicios y estereotipos, razón por la cual, exista un gran interés en el estudio de los jóvenes y la enfermedad mental.

El conocimiento sobre los problemas mentales se adquiere desde la infancia. La idea de que la enfermedad mental corresponde a debilidad de carácter, y el menosprecio hacia aquellos que requieren tratamiento psicológico, se aprende ya en la niñez. Las actitudes estigmatizadoras Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

comienzan en edad temprana, son comunes entre jóvenes y se difunden rápidamente. Se ha observado que con la edad las actitudes estigmatizadoras se igualan a las de los adultos.

La adolescencia, además de ser la etapa de afianzamiento de la identidad, es un periodo de rápido desarrollo de las habilidades cognitivas. En ella se adquiere gran parte de la información que establece las bases de la vida productiva adulta, por lo que siendo tan permeable, es preferible sensibilizar sobre la importancia de la salud mental y del bienestar emocional, más allá de centrarse en la enfermedad. Las estrategias utilizadas con mayor frecuencia han sido la educativa y la de contacto directo. Aunque esta última no ha sido usada de forma frecuente en intervenciones escolares. La interacción interpersonal, además de facilitar la identificación con el otro, estimula aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales del aprendizaje, lo que incrementa el impacto de las intervenciones. Frecuentemente los programas escolares utilizan una combinación de ambas estrategias. El interés de la población estudiantil por la enfermedad mental surgirá si entra en contacto con sus propios intereses del aprendizaje.

La investigación llevada a cabo por Corrigan et al (2005), pone de manifiesto que la percepción del estigma de los jóvenes hacia las personas con enfermedad mental, sitúa a este colectivo en el segundo grupo con más estigma respecto a personas que padecían alguna enfermedad. Responsabilizan a las personas con enfermedad mental de su enfermedad y del peligro que supone esta característica, aumentando su discriminación hacia este grupo. El estigma, como cualquier otra actitud, se desarrolla durante interacciones tempranas, habiéndose sido probado que el estigma en jóvenes posee ciertas particularidades (Corrigan et al, 2005).

Así, en relación a intervenciones llevadas a cabo para mejorar actitudes estigmatizantes de jóvenes respecto a personas con enfermedad mental, en programa llevado a cabo en Hong Kong de lucha contra el estigma en las escuelas secundarias (Chan, Mak y Law, 2009), han dado como resultado que llevando a cabo intervenciones basadas en la educación y contacto mediante videos relacionados con los componentes negativos de las personas con enfermedad mental, se produce una mejoría en estas actitudes.

Con todos estos antecedentes, podemos entender que los jóvenes presentan también estigma hacia la enfermedad mental, en ocasiones con matices diferentes a la muestra de adultos, y que por lo tanto requieren de una atención específica.

Con todo lo expuesto podemos reconocer que numerosos autores han demostrado que el estigma hacia el enfermo mental sigue aún muy presente. Sin embargo, menos se han detenido en tomar en cuenta la importancia que la etapa de la juventud implica para la incorporación de valores y estereotipos en las personas. Si a esto se le suma las particularidades del contexto rural para dicho estigma (McDonel, Bond y Salyers, 1997; Simón, 2002; Navarro, 2003), nos encontramos ante una dimensión desconocida, la del estigma del joven de contexto rural sobre la enfermedad mental. Así, nuestro objetivo en este estudio es el de intervenir sobre las diferentes dimensiones del estigma en estudiantes de tres institutos de zona rural.

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

Como hipótesis consideramos que el estigma del enfermo mental en jóvenes de zonas rurales existe, y es susceptible de cambio, mediante estrategias de modificación de prejuicios.

METODOLOGIA

Diseño

El presente estudio consta de una fase de evaluación (A) y otra de intervención (B), mediante psicoeducación y participación en el Programa de Capacitación y Empoderamiento a través del Arte, que lleva a cabo el CRPS Latina con el Museo Thyssen-Bornemisza.

La fase de psicoeducación tiene como objetivo la adquisición de un mayor conocimiento de la enfermedad mental de los jóvenes en las aulas. El material que se presenta está orientado a la reducción de los prejuicios mediante información y normalización del transcurso de la enfermedad mental, comparando esta con otras patologías médicas, relacionando el inicio, desarrollo, factores de protección y riesgo y tratamiento, de las distintas enfermedades. Por otro lado se incide sobre la vida productiva de la persona con enfermedad mental y romper con falsos mitos sobre esta, centrándonos en la información que aparece en los medios de comunicación relacionada con la peligrosidad y la enfermedad mental. La psicoeducación fue llevada a cabo por profesionales de la salud mental especialmente capacitados para desarrollar esta actividad.

El otro programa utilizado en esta fase es el “Programa de Capacitación y Empoderamiento a través del Arte” (PCEA). Éste es desarrollado por usuarios del CRPS de Latina, los cuales utilizan el Museo Thyssen-Bornemisza como herramienta terapéutica, como agente de cambio en el proceso de recuperación de las personas participantes, rescatando el concepto de comunidad inclusiva. La actividad consiste en la presentación de varias obras del museo a los estudiantes analizando de manera conjunta las pinturas para favorecer espacios de reflexión sobre lo que estas generan en quienes las contemplan. Posteriormente se generaron espacios de reflexión en los que se trata la enfermedad mental y la inclusión plena de las personas que la padecen en la sociedad. Los estudiantes no saben que las personas que les sirven de guía en esta actividad por el museo son personas con diagnóstico de EMGD, hasta este último espacio de reflexión. Esta información en primera persona de la enfermedad mental se normaliza y relativiza en su contexto.

En cada una de las etapas de esta fase se realizó una evaluación utilizando el Cuestionario de atribución el AQ-27 y el EMC de conocimiento de enfermedad.

Se contó con el consentimiento informado de todos los participantes y la colaboración de las autoridades educativas.

Instrumentos

Se emplearon dos cuestionarios; el Cuestionario de atribución el AQ-27, la traducción al castellano y validación del mismo fue realizada por Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén (2009). Este cuestionario fue diseñado para evaluar una serie de atribuciones hacia una hipotética persona que padece enfermedad mental grave. Es una escala de tipo Likert que cuenta con 27 ítems, agrupados en 9 Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

factores: Responsabilidad, Piedad, Ira, Peligrosidad, Miedo, Ayuda, Coacción, Segregación y Evitación. El rango de respuesta es de 1 a 9, en donde 1 representa el menor valor (ejem. “no, en absoluto”) y 9 el mayor (ejem. “sí, muchísimo”). En el resultado los ítems de cada factor son sumados, habiendo un mínimo de 3 y un máximo de 27. El otro cuestionario utilizado fue el EMC de conocimiento de enfermedad, formado por 8 ítems, con respuestas verdaderas o falsas, también validado por los autores arriba mencionados (Muñoz et al, 2009). El rango de respuesta se encuentra entre el 8 y 16.

La aplicación de los instrumentos fue llevada a cabo por profesionales capacitados para la misma.

Muestra

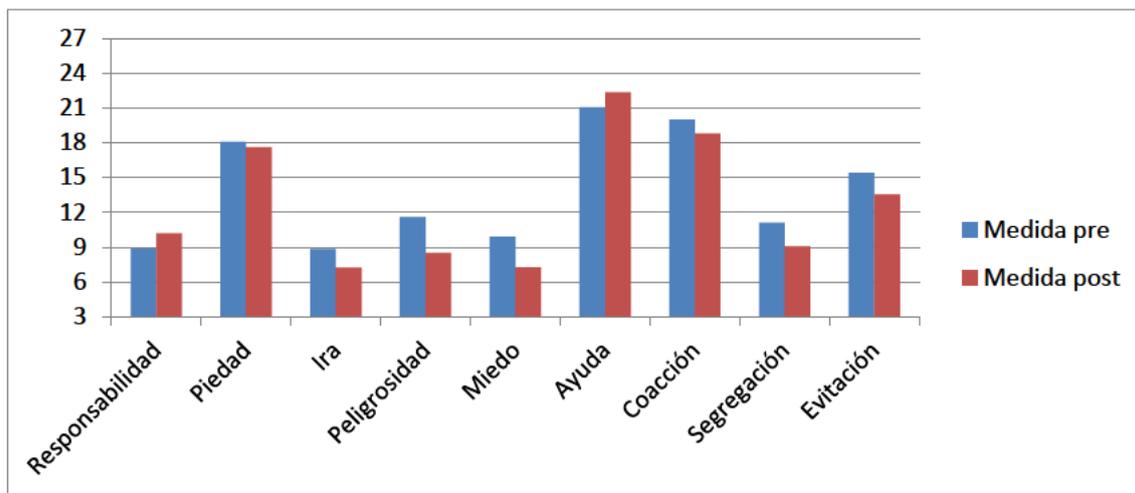
La muestra se recogió en 3 institutos de la zona sur de Madrid; Aranjuez, Valdemoro y Ciempozuelos sobre una población total de 493 alumnos, de 15 a 20 años, con una media de edad de 16,45 años, no existiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres. En la evaluación inicial (A) participaron 304 alumnos, y en la fase de psicoeducación intervención PCEA (B) 189 alumnos.

RESULTADOS

Como puede observarse en la Figura 1, la evaluación inicial (A) nos permitió deducir que sí existía estigma hacia las personas con enfermedad mental entre el grupo de población de los jóvenes, así como determinar el tipo de estigma. Dentro de los prejuicios “positivos” encontramos altas puntuaciones en “ayuda” y “piedad”, pudiendo indicar esto que para nuestra existía la creencia de que las personas con enfermedad mental necesitan ser ayudadas a la vez que ser objeto de especial consideración. Además, como factores más negativos, encontramos altas puntuaciones en coacción y evitación.

Por otra parte, el conocimiento sobre la enfermedad, aunque no era del todo erróneo, contenía numerosos elementos distorsionantes que parecían reforzar estereotipos negativos.

Figura 1. Dimensiones de Estigma según AQ-27, 2012-2015



$p < 0.01$

Finalmente, tal como se puede observar en las Tablas 1 y 2, al comparar las medidas de 2012 con 2015, encontramos que, en referente a las dimensiones que explora el AQ-27, existe un aumento en: responsabilidad ($A = 8.8779$, $B = 10.1958$, $p < 0.01$) y ayuda ($A = 21.0792$, $B = 22, 3757$, $p < 0.01$) y bajada para: piedad ($A = 18.0660$, $B = 17, 6243$), ira ($A = 12.3830$, $B = 8, 8515$, $p < 0.01$), peligrosidad ($A = 11.6106$, $B = 8, 5185$, $p < 0.01$), miedo ($A = 9.9142$, $B = 7.2698$, $p < 0.01$) y segregación ($A = 11.353$, $B = 9.0798$, $p < 0.01$). Las medidas de EMC también aumentaron después de la intervención ($A = 11,90$, $B = 14,09$, $p < 0,001$).

Tabla 1. Puntuaciones en Dimensiones de Estigma según AQ-27, 2012

Medida pre										
	Responsabilidad	Piedad	Ira	Peligrosidad	Miedo	Ayuda	Coacción	Segregación	Evitación	N
N	304	304	304	304	304	304	304	304	304	304
Media	8,87	18,08	8,84	11,59	9,91	21,07	20,03	11,13	15,41	
Desv. Típica	3,09	4,44	3,93	4,71	5,17	4,18	4,8	5,23	5,72	
Medida post										
	Responsabilidad	Piedad	Ira	Peligrosidad	Miedo	Ayuda	Coacción	Segregación	Evitación	N
N	189	189	189	189	189	189	189	188	189	188
Media	10,1958	17,6243	7,254	8,52	7,27	22,37	18,81	9,08	13,56	
Desv. Típica	3,82	4,47	4,24	4,5	4,74	4,06	5,55	5,67	7,34	

Tabla 2. Puntuaciones en conocimiento sobre la enfermedad EMC, 2012-2015

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

	2012	2015
N	304	188
Media	11,90	14,17
Desv. típ.	1,30	2,73

DISCUSIÓN

Con todo esto, podemos señalar que existen importantes estereotipos y prejuicios acerca de la enfermedad mental y de las personas que la padecen. Además, el conocimiento que se tiene de estas enfermedades es a menudo equivocado o confuso y puede contribuir al mantenimiento o incluso incremento de estos estereotipos.

No obstante, afortunadamente, dentro del instrumental de herramientas y estrategias para la intervención social, como hemos podido comprobar en este estudio, existen algunas específicas que nos permiten la modificación de actitudes, estereotipos y prejuicios (Allport, 1954).

Así, la psicoeducación aparentemente nos ha permitido mejorar el conocimiento sobre la enfermedad mental y aumentar de esta manera la puntuación en el instrumento EMC. Por otra parte, fomentar un contacto social significativo, ha permitido mejorar todas las dimensiones del estigma exploradas. Sobre el contacto social, como se ha podido comprobar, aquí se ha seguido la recomendación de otros autores (Cook, 1985; Corrigan y Penn, 1999), operativizándolo como la interacción que incluye: a) estatus igual entre participantes, b) tareas cooperativas, c) apoyo institucional, d) altos niveles de intimidad, y e) la persona con EMGD no difiere de forma importante del estereotipo.

A pesar de lo amplio de la muestra y los significativos resultados, este estudio posee la limitación en su diseño, ya que no ha sido posible, por cuestiones organizativas, aislar sujetos y asignar aleatoriamente a tratamientos, con lo que no poseemos un grupo control, sino quasi-control (equivalente pero no aleatorizado). En un futuro no proponemos solucionar esta limitación contando con un mayor apoyo de las instituciones educativas y asociaciones de padres. De la misma manera, se realizará análisis de cada intervención, para establecer con mayor claridad el impacto de cada una de ellas por separado.

Finalmente, podemos concluir que es posible la reducción del estigma en estudiantes de IES, mediante la psicoeducación junto con intervenciones que favorecen el contacto social significativo, lo cual representa una importante señal, que no sólo obedece a las recomendaciones realizadas por organismos internacionales (OMS, CE, etc.), si no que permite vislumbrar la posibilidad de la construcción de un entorno mucho más accesible e incluyente.

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

REFERENCIAS

- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Cook, S. W. (1985). Experimenting on Social Issues. The Case of School Desegregation. *American Psychologist*, 40, pp. 452-460
- Corrigan, P., Demming, B., Goldman, H.H., Slopen, N., Medasani, K. y Phelan, S. (2005). How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse. *Psychiatric Services*, 56. Disponible en: <http://ps.psychiatryonline.org>.
- Corrigan, P.W., Lurie, B.D., Goldman, H.H., Slopen, N., Medasani, K. y Phelan, S. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*, 56, pp. 544-50.
- Corrigan, P. y Penn, D. L. (1999). Lessons From Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma. *American Psychologist*, 54, pp.765-776.
- Corrigan, P.W. y Watson, A.C. (2007). How children stigmatize people with mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, pp. 526-546.
- Chan, J.Y., Mak, W.W. y Law, L.S. (2009). Combining Education and Video-Based Contact to Reduce Stigma of Mental Illness: 'The Same or Not the Same' Anti-Stigma Program for Secondary Schools in Hong Kong. *Social Science and Medicine*, 68, pp. 1521-1526.
- Crocker, J., Major, B. y Steele, C. (1998). *Social stigma*. En D.T. Gilbert y S.T. Fiske (Ed.), *The Handbook of Social Psychology* (pp. 504-553). Boston, MA: McGraw-Hill.
- CE. *Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. (2005) Bruselas. Comisión de las Comunidades Europeas. Recuperado de: http://ec.europa.eu/index_es.htm
- Goffman, E. (2008). *Estigma: La identidad deteriorada*. Argentina: Amorrortu.
- Goldman, H., Gatozzi, A. y Tanbe, C. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, pp.22-32.
- McDonel, E.C., Bond, G.R., Salyers, M., et al. (1997). *Implementing assertive community treatment programs in rural areas*. *Administration and Policy in Mental Health*. 25, pp.153-170.
- Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. y Guillén, A.I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.
- Navarro, D. (2003). Rehabilitación psicosocial para enfermos mentales graves en contextos rurales: alternativas a los modelos tradicionales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 23, 105-122.
- NU. *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. (2006) Nueva York. Naciones Unidas.
Recuperado de: <http://www.un.org>
- O'Driscoll, C., Heary, C., Hennessy, E. y McKeague, L. (2012). Explicit and implicit stigma towards peers with mental health problems in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychiatry*, 53, pp. 1054-1062.
- OMS. *Informe sobre la Salud en el Mundo*. (2001a) Suiza. Organización Mundial de la Salud.
Recuperado de: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
- OMS. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. (2001b) Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO. Recuperado de: <http://www.imserso.es>
- OMS. Declaración de Helsinki. *Conferencia Ministerial de la Organización Mundial de la Salud para la salud mental*. (2005) Helsinki. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es>
- Ottati, V. Bodenhausen, GV y Newman, L. (2005). *Social psychological models of mental illness stigma*. In P.W. Corrigan (Ed.), *On the Stigma of Mental Illness* (pp.99-128). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Simón, M. (2002). *Accesibilidad y Rehabilitación: la accesibilidad en contextos rurales. Jornadas sobre la salud mental: problemas de adaptación e integración social de la persona con enfermedad mental crónica*. Madrid: IMSERSO.
- Twenge, J.M., Catanese, K.R. y Baumesiter, R.F. (2003). Social Exclusion and the Deconstructed State: Time Perception, Meaninglessness, Lethargy, Lack of Emotion, and Self-Awareness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, pp. 409-23.
- Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.