



Revista de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Badallo Carbajosa, Adrián; García-Arias, Susana; Yélamos, Laura

La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial.

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 33, núm. 120, 2013, pp. 737-747

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265028725005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial.

The situation of stigmatization in the environment of a psychosocial rehabilitation center.

Adrián Badallo Carabajosa ^a, Susana García-Arias ^b, Laura Yélamos ^c.

^a*Psicólogo Residencia Espartales Sur – Alcalá de Henares. Red de Atención Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. Consejería de Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid. España. Gestión técnica: Grupo 5, Gestión y Rehabilitación Psicosocial.* ^b*Directora Mini Residencia Cobeña. Red de Atención Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. Consejería de Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid. España. Gestión técnica: Grupo 5, Gestión y Rehabilitación Psicosocial.* ^c*Psicóloga Mini Residencia Alcobendas. Red de Atención Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. Consejería de Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid. España. Gestión técnica: Grupo 5, Gestión y Rehabilitación Psicosocial.*

Correspondencia: Adrián Badallo Carabajosa (adrian.badallo@grupo5.net)

Recibido: 09/01/2013; aceptado con modificaciones: 25/05/2013

RESUMEN: Introducción y objetivos: Conocer la situación de estigmatización en el entorno de los recursos de rehabilitación psicosocial permite diseñar y desarrollar intervenciones encaminadas a disminuir de forma efectiva, eficaz y eficiente la influencia del estigma asociado al trastorno mental severo y persistente que padecen los usuarios de los mismos. Con este objetivo se diseñó la presente investigación.

Método: Se desarrolló una investigación descriptivo-exploratoria teniendo en cuenta los principales grupos presentes en la situación (profesionales del recurso, usuarios y vecinos del municipio), recurriendo tanto a metodología cualitativa como cuantitativa.

Resultados: Los resultados muestran que: a) la estigmatización que se desarrolla en el entorno del recurso, aunque baja, influye en el proceso de recuperación de los usuarios; b) las principales conductas discriminatorias que se desarrollan en el municipio son la tolerancia fría y el paternalismo; c) las estigmatizaciones detectadas probablemente esté más relacionada con el desconocimiento respecto al centro que respecto a la enfermedad mental. Con estos datos se diseñó un programa de lucha contra el estigma basado en: a) fomentar interacciones normalizadas, b) dar a conocer el centro de rehabilitación, y c) disminuir los efectos del autoestigma.

PALABRAS CLAVE: estigma social; rehabilitación; psicosocial.

ABSTRACT: Introduction and Objectives: Being familiar with the situation of stigmatization within the psychosocial rehabilitation facilities makes it possible to design and develop measures aimed at diminishing the influence of stigma associated with severe and persistent mental illness suffered by their users in an effective, efficient and compelling way. To this aim the present investigation was designed.

Method: A descriptive exploratory research was carried out considering the main groups of people involved (Facility professionals, users and residents were the facility lies), using qualitative and quantitative methodology.

Results: Research results showed: a) the stigmatization has increased notoriously in the facility environment due to several causes in the recent years. b) Users are aware of this stigmatization situation and they are influenced in their rehabilitation process c) Facility professionals are an essential part of these stigmatizing situations.

KEY WORDS: social stigma; psychosocial; rehabilitation.

Introducción

El término estigma es utilizado para hacer referencia a atributos desacreditadores, que permiten colocar a sus portadores en una categoría social (1). Esto, a su vez, guía el intercambio social de la persona estigmatizada: los otros se comportarán con la persona estigmatizada en base a un conjunto de prejuicios y estereotipos (2). Al mismo tiempo el estigmatizado percibirá este comportamiento diferente, debiendo presentar diversas estrategias que le permitan sobrevivir en ese medio (el cumplimiento de las expectativas del otro, el encubrimiento de su identidad, la huída, etc.) (3-4). Por tanto, el estigma es una fuerza de resistencia que dificulta el proceso de cambio que supone toda rehabilitación psicosocial (5-8).

Desde este punto de vista, resulta importante conocer la situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial, con el objetivo de disminuir la influencia del estigma en el proceso de recuperación de los usuarios del centro.

Desde el recurso, se ha contrastado ampliamente que el aumento de la estigmatización se debe a la interacción de dos factores fundamentales: el aumento sociodemográficos producido en el municipio, con la llegada de parejas jóvenes sin vinculación previa, y el cambio en el perfil de los usuarios (plazas temporales en la actualidad vs. plazas indefinidas en el pasado) que habría producido un cambio en las relaciones sociales (9). Por tanto, se hacía necesario realizar una investigación que permitiera conocer cómo es la situación actual para desarrollar actuaciones eficaces, efectivas y eficientes que permitieran dar respuesta a esta realidad dialéctica. Con esta investigación se pretendía conocer la situación de estigmatización actual y determinar qué tipo de actuaciones serían necesarias para disminuir la influencia del estigma en el proceso de rehabilitación de los usuarios de la mini-residencia (MR). Teniendo de este modo unos datos que permitieran diseñar un programa de lucha contra el estigma que permitiera cubrir las necesidades detectadas.

Método

Se desarrolló una investigación descriptivo-exploratoria para identificar factores estigmatizantes y normalizadores. Se desarrolló en el municipio de Cobeña (Madrid) y la Mini-Residencia de Cobeña (perteneciente al Plan de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y duradera; gestionado por Grupo 5, Rehabilitación Psicosocial). Se articuló según el Modelo Jara (6, 10). Consta de tres ejes de estudio: Eje I: comparación sociodemográfica, Eje II: observación sistemática y Eje III: análisis cuantitativo de la situación de estigmatización. Desarrollándose durante un periodo de seis meses.

Los sujetos del estudio son los usuarios y profesionales del recurso, los vecinos del municipio y los trabajadores municipales. La selección de los participantes fue aleatoria en los Ejes II y III. Todos los usuarios del recurso participaron, al menos, en uno de los Ejes. Para el Eje I se recurrieron a informantes claves representativos de todos los grupos de estudio.

Para el análisis de datos se recurrió a estadísticos descriptivos (medidas de tendencia central), puesto que el tamaño de la población y las características del estudio no recomiendan análisis estadísticos más profundos (11).

Eje I

Dentro de este eje se incluye el estudio del perfil sociodemográfico de los usuarios del recurso y del municipio. Lo que permite obtener una comparativa de las características sociodemográficas de usuarios y vecinos. También se incluye el perfil sociodemográfico y profesional de los trabajadores de la residencia.

Eje II

Se empleó un registro de observación sistemático basado en las 8 categorías de Foot (12). Los grupos de observación se dividieron en función del rol en el lugar de observación (vecino o trabajador), el sexo (hombre o mujer) y la edad (≤ 20 , 21-40, 41-60 o >60), lo que da un total de 16 grupos. Las diferentes categorías de observación se dividen en área socio-emocional y área instrumental, diferenciándose entre inicio, desarrollo y fin de la situación (6, 10). Se pide discriminar si dicha reacción es normalizada o estigmatizante (13-15).

Como complemento se realiza una entrevista estructurada de siete ítems, que recogen información sociodemográfica sobre la situación, así como sobre el papel desempeñado por el observador participante (15).

La observación sistemática se realizó tras la finalización del Eje I. Se realizó un entrenamiento (sesión de 40 minutos dos días antes del comienzo de la observación) La observación se llevó a cabo durante un mes dentro del normal funcionamiento del recurso. En cada salida de usuarios con acompañamiento de profesionales, estos tomaban notas en un teléfono móvil. Una vez que se regresaba al recurso, el profesional completaba el registro de observación y se realizaba la entrevista.

Para el análisis de los datos se recurrió a medidas de tendencia central y porcentajes.

Eje III

Se utilizaron dos cuestionarios. El cuestionario de Percepción de Estigmatización de Pinel (16), dirigido a los usuarios del centro y adaptado a esta población (10). Se incluyen ítems complementarios que hacen referencia a aspectos sociode-

mográficos. Los resultados de los cuestionarios eran contrastados posteriormente mediante sesiones grupales e individuales.

El segundo instrumento empleado es el cuestionario de Estigmatización de Residencias, basado en el AQ-27 traducido por Muñoz y col. (17) y adaptado a la a los vecinos del municipio (10). El cuestionario compara la estigmatización por parte de los vecinos hacia la mini-residencia y un geriátrico del mismo municipio, evaluando la presencia de estereotipos asociados al trastorno mental: a) estereotipo de peligrosidad, b) sentimiento de preocupación, c) actitud paternalista, d) comprensión de la necesidad de ayuda, y e) probabilidad de conducta altruista. El cuestionario consta de tres apartados. El primero hace referencia a la residencia geriátrica y el segundo hace referencia a la residencia de rehabilitación psicosocial, midiéndose mediante una escala ordinal de -8 a 8, donde el signo indica sobre qué recurso recibe una mayor estigmatización (negativo para la residencia de rehabilitación psicosocial y positivo para la residencia geriátrica) y el valor el grado de estigmatización (siendo 0 el valor mínimo y 8 el máximo; donde 0 indicaría igualdad). La tercera parte hace referencia a aspectos sociodemográficos y al conocimiento del colectivo.

Se desarrolló tras la finalización del Eje II. La aplicación de ambos cuestionarios fue simultánea e individual. La selección de los sujetos fue aleatoria tanto en el grupo de usuarios como vecinos. En ambos casos se utilizaron para el análisis de datos medidas de tendencia central y porcentajes.

Resultados

Eje I

En la tabla 1 se refleja la comparativa entre los perfiles sociodemográficos de los vecinos y de los usuarios del recurso, encontrándose una alta disparidad en las características sociodemográficas de ambos colectivos.

Tabla 1.
Comparativa sociodemográfica vecinos-usuarios

	Vecinos	Usuarios
Población total (durante 2008)	4844	45
Población Mujeres	50.41%	28%
Población Hombres	49.58%	72%
Edad*	30-45 años	30-45 años
Nivel de ingresos económicos medio*	Alto	Bajo
Estado civil mayoritario*	Casado	Soltero
Nº hijos*	2-3	0
Nivel de estudios*	Enseñanza superior	Enseñanza primaria

* Se refleja el rango que contiene mayor porcentaje, siendo en todos los casos superior al 50%

La plantilla de la residencia está formada por un 73.68% de mujeres y un 26.32% de hombres, con una media de edad de 35.74 años (un 47.37% de profesionales tiene entre 30 y 39 años). Del total de profesionales, el 68.42% lleva menos de 3 años en el recurso, el 10.53% lleva entre 3.1 y 6 años en el recurso, el 15.79% tiene una antigüedad entre 6.1 y 9 años, y el 5.26% tiene una antigüedad de más de 9.1 años. Estos datos coinciden con la experiencia laboral de los profesionales en Salud Mental. Un 63.16% tiene experiencia laboral con más de algún colectivo.

Del total de la plantilla, el 89.47% posee algún título oficial de educación (incluyendo títulos de postgrado), de los cuales el 35.29% está relacionado con la Salud Mental, el 29.41% con la Inserción Social de personas en exclusión o riesgo de exclusión social, el 23.53% con la rehabilitación psicosocial y el 23.53% con algún otro ámbito relacionado con la enfermedad mental severa y persistente. El 23.53% posee uno o varios títulos relacionados con más de uno de los ámbitos antes mencionados. Además, el 84.21% posee algún título de formación complementaria no reglada.

Por tanto, se puede concluir que el equipo profesional es joven, con un buen nivel formativo, una trayectoria laboral intensa, y con poca antigüedad en el recurso.

Eje II

Se realizaron un total de 285 observaciones. Las reacciones normalizadas suponen el 69.32% del total de observaciones, mientras que se identificaron un 31.58% de reacciones estigmatizantes. En la tabla 2 se presentan los resultados de las observaciones en función del momento de observación.

Tabla 2.
Observaciones en función del momento de la situación

Momento	Reacción Normalizada	Reacción Estigmatizante	TOTAL
Inicio	74.74%	25.26%	100
Desarrollo	67.37%	32.63%	100
Fin	63.16%	36.84%	100

Según la categoría de observación, las reacciones estigmatizantes se reparten fundamentalmente entre la frialdad (49.55%) y el paternalismo (49.44%), estando el resto de reacciones contempladas repartidas en el 1.02% restante. No se encuentran diferencias significativas en la distribución de la categoría de respuesta en función del momento de observación.

Ante interacciones verbales, en un 7.37% de las observaciones se mostró acuerdo de manera normalizada. Siendo de manera estigmatizante en el 3.16%. En el 89.46% de las observaciones restantes no se desarrolló ninguna interacción verbal con los usuarios de la residencia. Es reseñable que tampoco se identifican interacciones en la que los vecinos y trabajadores del municipio mostraran desacuerdo

(ni de manera normalizada ni estigmatizante). En todas las situaciones con interacción verbal (10.54%), es el usuario quien comienza la conversación, entablándose una interacción rutinaria (39.74%) o asimétrico-contingente (60.25%). Por último, solamente en el 2.41% de las observaciones se identifica alivio de los participantes no usuarios al terminar la situación.

En la tabla 3 se muestran los resultados teniendo en cuenta variables relativas a los usuarios de la residencia presentes en la situación. No se observan diferencias significativas en el patrón de evolución de la situación, por lo que se muestran únicamente los totales respecto al tipo de reacción (estigmatizante o normalizada).

Tabla 3.
Observaciones en función de variables de usuarios

Número de usuarios presentes en la situación

Nº Usuarios	Reacción normalizada (n)	Reacción estigmatizante (n)	Total	Reacción normalizada (%)	Reacción estigmatizante (%)	Total
1	104	32	136	76.74	23.52	100
2	38	28	66	57.58	42.42	100
3	18	13	31	58.06	41.93	100
4	35	17	52	67.31	32.69	100
Total	195	90	285			

Tiempo de residencia

Tiempo de residencia	Reacción normalizada (n)	Reacción estigmatizante (n)	Total	Reacción normalizada (%)	Reacción estigmatizante (%)	Total
<6m	37	79	26	69.81	71.18	100
6 – 12m	41	183	16	71.93	30.19	100
12 – 24m	31	26	16	50	28.07	100
<24m	89	53	110	80.90	19.10	100
Total	52	57	272			

Nota: solo se incluyen observaciones en las cuáles el grupo de usuarios presente en la situación era homogéneo en la variable tiempo de residencia.

Grado de deterioro psicosocial de los usuarios presentes en la situación

Grado deterioro psicosocial	Reacción normalizada (n)	Reacción estigmatizante (n)	Total	Reacción normalizada (%)	Reacción estigmatizante (%)	Total
Severo	29	18	47	61,70	38,30	100
Medio	140	53	193	72,54	27,46	100
Ligero	14	8	22	63,64	36,36	100
Total	183	79	262			

Nota: solo se incluyen observaciones en las cuáles el grupo de usuarios presente en la situación era homogéneo en la variable deterioro psicosocial.

En cuanto a vecinos y trabajadores del municipio, se encuentra un patrón ascendente en las reacciones de estigmatización según avanza la situación. A diferencia del grupo menores de veinte años, donde la estigmatización aumenta al inicio de la situación pero termina disminuyendo según avanza la misma. Se observan diferencias en cuanto al porcentaje de reacciones normalizadas y estigmatizantes en las distintas variables estudiadas (tabla 4).

Tabla 4.
Observaciones en función de variables de participantes no usuarios

Edad de participantes no usuarios en la situación

Edad	Reacción normalizada (n)	Reacción estigmatizante (n)	Total	Reacción normalizada (%)	Reacción estigmatizante (%)	Total
<20	69	11	80	86,25	13,75	100
21-40	80	42	122	65,57	34,43	100
41-60	47	36	83	56,63	43,37	100
>60	0	0	0	0,000	0,000	0
Total	196	89	285			

Sexo de participantes no usuarios en la situación

Sexo	Reacción normalizada (n)	Reacción estigmatizante (n)	Total	Reacción normalizada (%)	Reacción estigmatizante (%)	Total
Hombre	142	38	180	78,89	21,11	100
Mujer	54	51	105	51,43	48,57	100
Total	196	89	285			

Rol de participantes no usuarios en la situación

Rol	Reacción normalizada (n)	Reacción estigmatizante (n)	Total	Reacción normalizada (%)	Reacción estigmatizante (%)	Total
Vecino	152	52	204	74,51	25,49	100
Trabajador	44	37	81	54,32	45,68	100
Total	196	89	285			

Por recurso comunitario, en aquellos de carácter privado se observa que el 10,71% de las observaciones en el inicio son estigmatizantes, mientras que en el desarrollo suponen el 11,58% y en el final el 12,94%. Los recursos de ámbito público, en el inicio se han realizado un 11,9% de observaciones calificadas de estigmatizantes, siendo en el desarrollo el 21,05% de las veces y de un 23,53% en el final. Es decir, se observa un mayor aumento de reacciones estigmatizantes en recursos comunitarios públicos.

Teniendo en cuenta la actuación de los profesionales, cuando se ha desarrollado algún tipo de intervención se observa que en el inicio las conductas estigmatizantes suponen el 20,24%, el 26,04% en el desarrollo y en el final el 32,94%. En aquellas observaciones donde no se ha referido intervención, el patrón de conductas estigmatizantes es 2,38%, 4,17% y 3,53%. Se debe indicar que en el 67,07% de

las observaciones se ha desarrollado intervención. Atendiendo a las características de los acompañamientos e intervenciones realizadas en la situación, aquellas en las que el profesional no ha intervenido se caracterizan por realizar un acompañamiento a un solo residente que lleva entre 6 y 12 meses en el centro y con un deterioro psicosocial ligero.

Eje III

Cuestionario de Estigmatización de Residencias

Se pasaron un total de 14 cuestionarios, lo que no permite obtener una muestra representativa de la población. Resultan reseñables los resultados en la variable “conocimiento del colectivo”. Tanto los resultados recogidos en el cuestionario (74.36% de desconocimiento del colectivo) como la información complementaria recogida en los demás ejes de intervención, y confirmada por la propia experiencia de profesionales y usuarios de la residencia de rehabilitación psicosocial, muestran un alto desconocimiento de la problemática de las personas que residen en el centro.

Cuestionario de Percepción de Estigmatización

Tras la validación de los cuestionarios, se obtuvo una muestra del 52% de la población total. La puntuación total media obtenida es de 2,42 ($DT=0.80$). Por sexo, los hombres tienen una puntuación media total de 2,41 ($DT=0.48$); frente a las mujeres que arrojan una puntuación de 2,44 ($DT=0.51$).

En cuanto al tiempo de residencia, los usuarios que llevan menos de seis meses en la mini-residencia arrojan una puntuación de 1,98 ($DT=0.36$); los que llevan entre 7 y 12 meses tienen una puntuación media total de 2,45 ($DT=0.16$); los usuarios cuyo tiempo de residencia está entre los trece meses y los dos años arrojan una puntuación de 2,67 ($DT=0.75$); y en el grupo de más de dos años la puntuación es de 2,90 ($DT=0.67$); con una distribución uniforme de los grupos.

En cuanto al análisis según el deterioro psicosocial, los usuarios con un deterioro psicosocial grave obtienen una puntuación media de 3,40 ($DT=0.70$); mientras que en los usuarios con un deterioro ligero y medio la puntuación es de 2,48 ($DT=0.45$) y 2,11 ($DT=0.53$) respectivamente; con una distribución uniforme de la muestra.

En la variable edad, el grupo de 18 a 30 años arroja una puntuación media total de 2,40 ($DT=1.18$). La puntuación del grupo 31-50 es de 2,47 ($DT=0.32$); y la del grupo 51-65 es de 2,36 ($DT=0.37$).

En las entrevistas realizadas tras la aplicación del cuestionario se detecta que el 80% de los entrevistados refiere sentimientos de malestar en situaciones de interacción en el pueblo. El 60% justifica su aislamiento respecto al resto de residentes como una estrategia para evitar el etiquetaje como “usuario”. Es destacable que en este último punto, ninguno de los usuarios lleva más de 12 meses en el centro. Aquellos usuarios que llevan más de 12 meses residiendo, justifican distintas si-

tuciones en las que perciben estigmatización por la presencia de otros usuarios (aunque lleven residiendo aproximadamente el mismo tiempo) o profesionales.

Discusión

Las observaciones constatan la presencia de dinámicas estigmatizantes en la interacción vecinos-usuarios y trabajadores-usuarios. Estas dinámicas mantienen el patrón encontrado por Muñoz y col. (17) basado en una tolerancia fría y el paternalismo. Lo que significaría que tanto vecinos como trabajadores toleran la presencia de usuarios, pero tienden a evitar el contacto con los mismos o sobreprotegerles (estas diferencias probablemente dependan de la situación en concreto). Estas dinámicas se iniciarían con la mera presencia de usuarios en una situación social, incrementándose la estigmatización según avanza la situación. En concordancia con la hipótesis del contacto, a mayor tiempo de permanencia de los usuarios en la residencia, menor es la probabilidad de que se desarrolle dinámicas estigmatizantes (18). Otro factor que parece muy relacionado con la aparición de dinámicas estigmatizantes es el número de usuarios. De modo que a mayor número de usuarios, mayor sería la probabilidad de desarrollo de dinámicas estigmatizantes. Este hecho se explicaría desde la hipótesis del terror, según la cuál ante grupos socialmente devaluados se dispara la ansiedad intergrupal, generándose reacciones de tipo defensivo (19). Aunque teóricamente la presencia del profesional debería disminuir dicha ansiedad, los datos permiten concluir que provoca el efecto contrario. Esto se explicaría porque el rol del profesional actuaría de clave para identificar al grupo como pertenecientes a la residencia (6, 10).

Respecto al impacto en los usuarios, los datos permiten concluir que las experiencias de discriminación serían vividas de manera muy intensa por los afectados (1). Esto generaría interferencias en el proceso de recuperación, configurándose como una fuerza de resistencia (6). Es destacable que a mayor tiempo de residencia en el recurso, mayor es la percepción de estigmatización. Esta discrepancia con lo observado puede explicarse por varios factores que merece la pena estudiar. Quizá uno de ellos sea la comparación entre experiencias pasadas, de manera que los usuarios que menos tiempo llevan residiendo en el recurso tienen más presentes experiencias de discriminación en entornos más hostiles (6).

Por último, es destacable el alto desconocimiento respecto a qué es la residencia, qué es la rehabilitación psicosocial y cuáles son las necesidades de los usuarios del recurso. En base a esto, sería importante plantearse la idoneidad de realizar una lucha contra el estigma asociado al trastorno mental, o bien asociado a la condición de residentes (6).

Estas conclusiones permiten determinar una serie de líneas básicas de intervención que permitirán desarrollar una lucha contra el estigma eficaz, efectiva y eficiente desde el recurso de rehabilitación psicosocial. De este modo, distintas propuestas realizadas por varios autores (6, 9, 10, 17-24) pueden ser adaptadas a la situación de estigmatización en el entorno del recurso (6, 9, 10):

- a) Línea de intervención centrada en el impacto del estigma en el proceso de recuperación de los usuarios. Esta intervención debería realizarse a nivel individual y grupal, centrada tanto en el desarrollo de estrategias de afrontamiento como en la construcción de una identidad recuperada (6, 20-24).
- b) Línea de intervención centrada en fomentar un contacto normalizado entre los vecinos, trabajadores y usuarios. Esto implicaría disminuir el impacto del profesional en la situación social mediante diversas estrategias (6), disminuir la presencia de grupos grandes de usuarios siempre y cuando no sea terapéuticamente beneficioso (es decir, priorizar la normalización de la situación sobre la funcionalidad del recurso) (20) y potenciar la participación de los usuarios en la vida del municipio (participación en actividades comunitarias, utilización de recursos comunitarios, etc.) (6, 8, 22-24).
- c) Línea de intervención centrada en dar a conocer la residencia. Esto implicaría priorizar el desarrollo de intervenciones que potencien la presencia del recurso en el municipio (6, 18, 19). También sería importante el desarrollo de intervenciones encaminadas a otorgar un valor añadido al centro (6).

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Goffman E. Estigma: la identidad deteriorada. (4^a ed.). Buenos Aires: Amorrortu, 1989.
- (2) González Fernández R, Lozano Maneiro B y Castien Maestro JI, editors. Psicosociología del estigma: ensayos sobre la diferencia, el prejuicio y la discriminación. Madrid: Editorial Universitas, 2008.
- (3) Crocker J y Quinn DM. Psychological consequences of devalued identities. En: Brown R, Gaertner S, editors. Blackwell handbook of social psychology: intergroup processes. Malden: Blackwell, 2002: 238-260.
- (4) Foucault M. Historia de la locura en la época clásica, vol. 1. (10^a ed.). México D. F.: Fondo de Cultura Económica, 2006.
- (5) Lippitt R, Watson J, Westley B. La dinámica del cambio planificado. Buenos Aires: Amorrortu, 1958.
- (6) Badallo Carbajosa, A. Estigma y Salud Mental. Madrid: Editorial Grupo 5, 2012.
- (7) Goffman E. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. (2^a ed.). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- (8) Uribe Restrepo M, Mora OL y Cortés Rodríguez AC.. Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. Universitas Médica, 2007;48(3):207-220.

- (9) Badallo Carabajosa,A. El estigma del enfermo mental severo y persistente: una investigación descriptivo-exploratoria para conocer la situación de estigmatización en Cobeña. Boletín Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, 2009;15(24):43-45.
- (10) Badallo Carabajosa,A. Modelo Jara: una estrategia de lucha contra el estigma asociado al trastorno mental severo y persistente. Madrid: UCM. Tesis inédita, 2011.
- (11) Cook TD, Reichardt CS. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. (4^a ed). Madrid: Ediciones Morata, 2000.
- (12) Anguera MT. Posibilidades y relevancia de la observación sistemática por el profesional de la Psicología. Papeles del Psicólogo 2010;31(1):122-130.
- (13) Morales JF. La observación sistemática. En: Morales JF, editor. Metodología y Teoría de la Psicología, vol. 2. Madrid: UNED, 1989; 51-78.
- (14) Anguera MT, Blanco A y Losada JL. Diseños observacionales, cuestión clave en el proceso de la metodología observacional. Metodología de las Ciencias del Comportamiento 2001;1(1):95-114.
- (15) Artamendi J.A. Aproximación a una taxonomía de los diseños observacionales. Psicothema 2000;12(2):56-59.
- (16) Pinel E. Stigma Consciousness: The Psychological Legacy of Social Stereotypes. Journal of Personality and Social Psychology 1999;76(1):114-128.
- (17) Muñoz M, Crespo M, Pérez-Santos E, Guillén AI. Estigma Social y Enfermedad Mental: Análisis de las Actitudes de Rechazo Social y Estigmatización que sufren las personas con enfermedad mental grave y crónica. Resumen de Resultados de la Investigación. Madrid: Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, 2006.
- (18) Morales JF, Huici C, Gómez A, Gaviria E, editors. Método, teoría e investigación en Psicología Social. Madrid: Pearson, 2008.
- (19) Morales, JF, Moya MC, Gaviria E, Cuadrado I. Psicología Social (3^a ed.). Madrid: MacGraw Hill, 2007.
- (20) González R. Psicosociología de los grupos pequeños. Madrid: Editorial Universitas 2005.
- (21) López SJ, Blanco F, Scandroglio B y Rasskin Gutman I. Una aproximación a las prácticas cualitativas en psicología desde una perspectiva integradora. Papeles del Psicólogo 2010;31(1):131-142.
- (22) López-Ibor, JJ, Cuenca, O. La esquizofrenia abre las puertas. Programa de la Asociación Mundial de Psiquiatría para combatir el estigma y la discriminación debidos a la esquizofrenia. Madrid: Lilly, 2000.
- (23) Quiles M, Rodríguez A, Navas M, Rodríguez R, Betancor V y Coello E. Variables moderadoras y mediadoras de la relación percepción de diferencias-ansiedad intergrupal. Psicothema 2006;18:105-111.
- (24) Ochoa S, Martínez M, Ribas M, García-Franco M, López E, Villellas R, Arenas O, Álvarez I, Cunyat C, Vilamala S, Autonell J, Lobo E, Haro JM. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2011;31(111):477-489.