

GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS

Contra el Estigma

CÁTEDRA
EXTRAORDINARIA
UCM – GRUPO 5
CONTRA EL ESTIGMA

GRUPO 5



2ª EDICIÓN
REVISADA Y AMPLIADA

GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS



Contra el
Estigma

CÁTEDRA
EXTRAORDINARIA
UCM – GRUPO 5
CONTRA EL ESTIGMA

2ª EDICIÓN
REVISADA Y AMPLIADA

GRUPO 5



GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS CONTRA EL ESTIGMA

ESTUDIO DE INDICADORES Y PROPUESTA DE UNA ESCALA

Director:

Manuel Muñoz

Equipo:

Aída López

Sara González

Carolina Ugidos

Sara Zamorano

Participa:

Equipo de la **Cátedra UCM-Grupo 5** Contra el Estigma

Web:

www.contraelestigma.com

ISBN:

978-84-120732-6-3

Depósito legal:

V-2801-2020

Diseño gráfico y maquetación:

Miguel Ángel Rejas del Hoyo

Impresión y edición:



REPROEXPRES
Ediciones

REPROEXPRES, S.L.
C/ Ramón Llull, 17 - bajo
46021 Valencia
Tel.: 96 361 29 39
Fax: 96 361 58 49
www.reproexpres.com
atencionalcliente@reproexpres.com

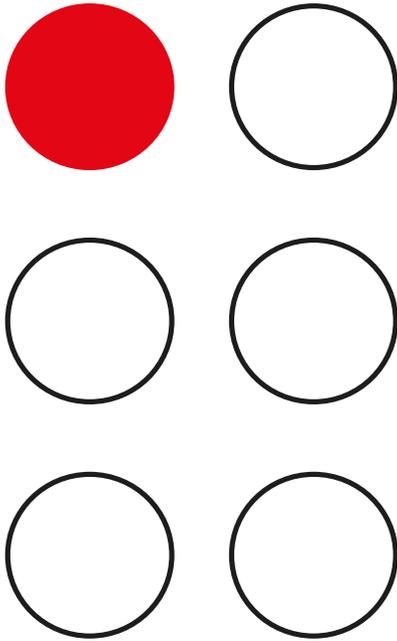
Reservados todos los derechos.

De acuerdo con la legislación vigente, y bajo las sanciones en ella previstas, queda totalmente prohibida la reproducción y/o transmisión parcial o total de este libro, por procedimientos mecánicos o electrónicos, incluyendo fotocopia, grabación magnética, óptica o cualquier otro procedimiento que la técnica permita o pueda permitir en el futuro.

ÍNDICE

PRÓLOGO Juan Carlos Doadrio Villarejo.....	5
PRÓLOGO Guillermo Bell Cibils.....	7
PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS	9
1. BUENAS PRÁCTICAS	13
1.1. Definición de buena práctica.....	13
1.2. Los estudios de buenas prácticas.....	14
2. EL ESTIGMA	15
2.1. Concepto de estigma.....	15
2.2. Principales modelos teóricos de estigma.....	17
2.3. Estigma y trastorno mental.....	21
2.4. Estigma y situación sin hogar.....	24
2.5. Estigma y discapacidad intelectual.....	29
3. METODOLOGÍA	33
3.1. Revisión de propuestas de indicadores de buenas prácticas.....	34
3.2. Revisión de la eficacia de las intervenciones contra el estigma.....	34
3.2.1. Eficacia de intervenciones contra el estigma social e internalizado.....	34
3.2.2. Estrategias con profesionales.....	35
3.2.3. Eficacia de las Tecnologías de la información y la comunicación en las acciones contra el estigma.....	36
3.2.4. Estudios de población general.....	36
3.2.5. Estudios cualitativos.....	36
3.3. Elaboración de la Escala de buenas prácticas contra el estigma Grupo 5 - UCM.....	37
4. PRINCIPALES PROPUESTAS DE INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS	39
5. PROPUESTA DE INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS CONTRA EL ESTIGMA	43
5.1. Metodología: calidad, replicabilidad y transferibilidad.....	43
5.1.1. Diseño y método científico.....	44
5.1.2. Evaluación de necesidades.....	45
5.1.3. Evaluación de resultados.....	45
5.1.4. Publicación de la práctica.....	46
5.2. Eficacia.....	47
5.2.1. Los estudios de evidencia.....	47
5.2.2. Eficacia de intervenciones contra el estigma social.....	49
5.2.3. Eficacia de las intervenciones contra el estigma internalizado.....	52
5.2.4. El punto de vista de las personas implicadas.....	61
5.2.5. Estrategias con profesionales.....	62
5.2.6. Eficacia de las estrategias culturales.....	64
5.3. Sostenibilidad.....	65
5.3.1. Sostenibilidad económica.....	65
5.3.2. Sostenibilidad medioambiental.....	66
5.3.3. Sostenibilidad social.....	66

5.4. Enfoque Ético	67	6. ESCALA DE BUENAS PRÁCTICAS CONTRA EL ESTIGMA	75
5.4.1. Aspectos legales y deontológicos.....	67	CONCLUSIÓN Y LÍNEAS FUTURAS	77
5.4.2. Aspectos formales.....	67	REFERENCIAS	79
5.5. Enfoque de género	68	ANEXOS	93
5.6. Enfoque inclusivo y participación	69	ANEXO 1:	
5.6.1. Trabajo en red.....	70	ESCALA DE BUENAS	
5.6.2. Accesibilidad	70	PRÁCTICAS CONTRA EL ESTIGMA	
5.6.3. Lenguaje inclusivo	70	GRUPO 5 - UCM	95
5.6.4. Interseccionalidad.....	71	ANEXO 2:	
5.7. Impacto social	71	MODELO DE FICHA PARA	
5.8. Innovación	72	DOCUMENTAR BUENAS PRÁCTICAS	
5.8.1. Tecnologías de la información y la comunicación en las acciones contra el estigma.....	72	CONTRA EL ESTIGMA	103
5.8.2. Innovación transformadora	73		



PRÓLOGO

Juan Carlos Doadrio Villarejo

*Vicerrector de Relaciones Institucionales
de la Universidad Complutense de Madrid*

Madrid, 2020

Como vicerrector de la Universidad Complutense, es para mí un honor prologar la publicación de este libro escrito bajo la dirección del profesor Manuel Muñoz, con la colaboración de las investigadoras Aída Muñoz, Sara González y Carolina Ugidos, integrantes todos ellos del Equipo de la Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma que existe en nuestra Universidad.

La Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, a la que permanece vinculada este Grupo contra el Estigma, ha estado siempre en la vanguardia a la hora de colocar a la psicología española en el lugar que le corresponde como ciencia natural y positiva. Gracias a la labor originaria de eminentes profesores, como fueron en su momento los casos de José Germain y José Luis Pinillos, este centro ha promovido desde su fundación el estudio y desarrollo de infinidad de actividades prácticas destinadas a llevar la ciencia psicológica a la realidad de ser, ante todo, un servicio público dedicado a solventar las demandas exigidas por la sociedad de nuestros días.

Las políticas de inclusión dentro de nuestra Universidad se dirigen, por igual, tanto a la resolución de las necesidades materiales que pueda tener una persona para el desarrollo de una actividad académica digna dentro de nuestros espacios e instalaciones, como al fomento de un vínculo social, a la promoción de relaciones de equidad entre las personas que tienen dificultades y a la consecución de una vida universitaria donde prime la igualdad y se reduzcan, hasta quedar eliminadas definiti-

vamente, las dificultades o problemas que se puedan dar por razones físicas o de salud.

Sin duda alguna, este libro supone la demostración práctica de todo lo anterior ya que el objetivo que buscan estas “Buenas Prácticas contra el estigma” es conseguir que la lucha contra el estigma social que acarrean personas con enfermedad mental, discapacidad, vulnerabilidad o exclusión social extrema, tengan una metodología para su corrección y asistencia sociosanitaria.

De ahí el acierto de haber escrito esta obra como una guía de “Buenas Prácticas” destinada tanto a profesionales, investigadores, estudiantes o cualquier persona cercana a circunstancias de estigmatización, ya que de su lectura y consulta se podrán obtener aspectos teóricos y prácticos que seguro ayudarán a su mitigación o solución definitiva.

El equipo rectoral al que me honro en pertenecer, tiene como uno de sus objetivos conseguir una Universidad cada vez más responsable respecto a los temas de inclusión, la atención a los estudiantes, la igualdad de oportunidades, la no discriminación y el comportamiento íntegro de nuestra gestión administrativa. Estos valores deben presidir, y estar presentes, en todos y cada uno de los momentos de nuestra actividad académica. Las políticas de inclusión dentro de nuestra Universidad se dirigen, por igual, tanto a la resolución de las necesidades materiales o de salud que pueda tener una persona para el desarrollo de una actividad académica digna dentro de nuestros espacios e instalaciones, como al fomento de un vínculo social, a la promoción de relaciones de equidad entre las personas que tienen dificultades y a la consecución de una vida universitaria donde prime la igualdad y se reduzcan, hasta quedar eliminadas definitivamente, las dificultades, estigmas o problemas que se puedan dar o aparecer en este sentido.

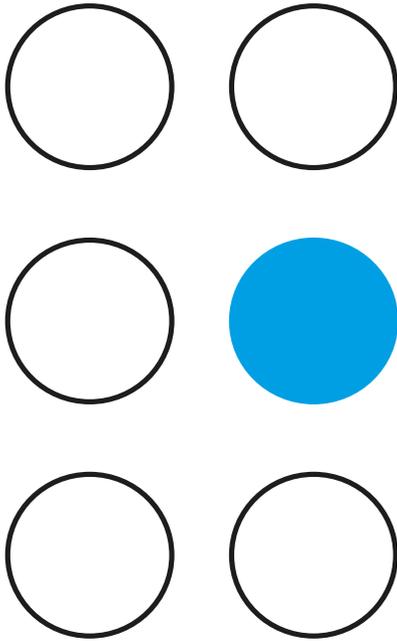
Reflexionaba el profesor José Luis Pinillos, padre de la psicología española, en torno a la palabra motivación, derivada del latín *motivus/motus*, que significaba “el motivo o la causa del movimiento”. No creo equivocarme si señalo que la motivación, la causa del movimiento que ha dado origen a este libro, tiene su origen en dos razones fundamentales: en primer lugar, el profundo conocimiento que tiene el profesor Manuel Muñoz en relación a todas las circunstancias de estigmatización social que se dan en nuestra sociedad; y, en segundo lugar, el acentuado amor que la Cátedra extraordinaria de la UCM – Grupo 5 Contra el Estigma tiene en todo lo relacionado con su faceta de especialistas científicos en estas materias.

Querido lector, tiene ante sus ojos una excelente guía que seguro le orientará y formará en algunos problemas relacionados con el estigma social que afectan desgraciadamente a la existencia de los más vulnerables de nuestra sociedad. Permítanme por ello, que agradezca nuevamente a su director y prestigiosas autoras, en nombre de la Universidad Complutense, por su excelente trabajo que contribuye a conseguir nuestro objetivo de una Universidad abierta e inclusiva para aquellos que más lo necesitan.

Juan Carlos Doadrio Villarejo

*Vicerrector de Relaciones Institucionales
de la Universidad Complutense de Madrid*

Madrid, 2020



PRÓLOGO

Guillermo Bell Cibils

Presidente Ejecutivo de Grupo 5

Madrid, 2020

Grupo 5 es una empresa española que lleva casi 35 años ofreciendo una atención profesionalizada e integral a todo tipo de colectivos en situación de vulnerabilidad o riesgo de exclusión social. Atendemos a personas con problemas de salud mental, con daño cerebral sobrevivido, sin hogar, mayores, con algún tipo de discapacidad o a familias socialmente vulnerables. Con una atención que tiene como objetivo común mejorar su calidad de vida de una manera integral, digna e inclusiva. Algo que solo puede conseguirse si, no solo nosotros como profesionales, sino toda la sociedad en su conjunto, cambia su mirada hacia ellas, reconociendo su diferencia como un valor, conviviendo con la diversidad de manera natural, respetando a cada una de ellas a nivel individual. En definitiva, luchando contra el estigma social.

Hace un año Grupo 5 decidió dar un paso más en su compromiso de lucha contra el estigma creando y financiando, junto a la Universidad Complutense de Madrid, la Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma. Una alianza entre el mundo académico y la empresa privada que tiene como objetivo fomentar la investigación, realizar formación especializada a profesiona-

les, poner en marcha acciones concretas en esta área y convertirse en una plataforma de comunicación y difusión de conocimientos científicos, tanto teóricos como aplicados, en la lucha contra el estigma en nuestra sociedad. Una Cátedra extraordinaria que está dirigida por el profesor Manuel Muñoz y en la que colaboran profesionales tanto del mundo universitario como de Grupo 5 y que en sus primeros meses de funcionamiento ya está generando resultados muy notables, como es esta guía de “Buenas prácticas Contra el Estigma”.

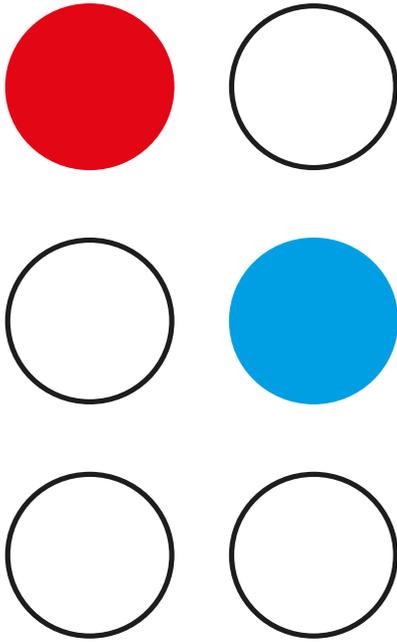
Este libro es importante por varios motivos. En primer lugar por su contenido, enmarcado dentro de los objetivos de la Cátedra, fundamentales para la sociedad en general como es evidente y no es necesario reiterar. En segundo lugar por su enfoque, que se centra en la creación de indicadores que midan de una manera objetiva su objeto de estudio. La intervención en servicios sociales muchas veces peca de ser excesivamente teórica pero en Grupo 5 apoyamos de manera decidida una intervención basada en datos, mediciones, evidencias y resultados que genere una huella positiva en las personas. Porque solo conociendo y evaluando de manera objetiva el impacto de nuestras acciones seremos capaces de garantizar esa mejora de calidad de vida que perseguimos como objetivo último. Y solo con este tipo de enfoque seremos capaces de abrir una pequeña brecha en los medios de comunicación, para conseguir que se ocupen de difundir y poner en valor nuestro trabajo. Y por último este libro es importante por su novedad. Hasta ahora no existía una guía como esta que propone una escala de medición que recoge a la vez toda la literatura científica existente sobre este tema y la valida enfrentándola a la realidad, a buenas prácticas recogidas de diferentes casos y de diferentes colectivos vulnerables que sufren estigma.

Desde aquí quiero felicitar y agradecer al equipo de la Cátedra, de Grupo 5 y de la Universidad Complutense que han colaborado en este trabajo y les animo para que sea solo el primero de muchos más. Desde Grupo 5 seguiremos apoyando firmemente este tipo de iniciativas de las que se beneficiarán estudiantes, profesionales del sector y, sobre todo, las personas que todavía siguen sufriendo estigma social.

Guillermo Bell Cibils

Presidente Ejecutivo de Grupo 5

Madrid, 2020



PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS

En 2020 la Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma publicó la Guía de Buenas Prácticas Contra el Estigma fruto de un trabajo de investigación y análisis de la realidad de las acciones contra el estigma de los trastornos mentales. La publicación ha sido un auténtico éxito y la edición se agotó en un tiempo récord para este tipo de obras. El equipo de la Cátedra ha considerado muy importante proceder a una segunda edición de la Guía y ha aprovechado la ocasión para revisarla y ampliarla en sus contenidos. De este modo, la presente edición es fruto de la experiencia y el éxito de la anterior. Se ha aprovechado para revisar y, sobre todo, para incluir la información nueva que ha ido surgiendo en estos tres años en el ámbito del estigma. Sin embargo, la mayor parte del trabajo de ampliación se ha concentrado en la inclusión del estigma en las situaciones sin hogar y en las personas con discapacidad intelectual,

dos condiciones fuertemente estigmatizadas y, aunque distintas, relacionadas directamente con la salud mental.

En la actualidad tenemos el convencimiento de que el estigma es uno de los factores psicológicos y sociales que tienen una mayor incidencia en la aparición y mantenimiento de estereotipos, prejuicios y discriminación en nuestras sociedades. Al contrario de lo que habitualmente se piensa, el estigma no se concentra en la discriminación de algunas minorías estigmatizadas, sino que se extiende a muy diversas características personales que terminan por afectar, de un modo u otro, a todas las personas que vivimos en una determinada sociedad. De este modo, se han identificado características sujetas a algún tipo de estigma como el género, la orientación sexual, el origen étnico, las discapacidades, la edad, la nacionalidad, los trastornos de salud y un largo etcétera que es casi imposible enumerar.

En este sentido, los trastornos mentales, la situación sin hogar y la discapacidad intelectual han sido una importante fuente de estigma a lo largo de los tiempos y siguen siéndolo en la actualidad. En los últimos años, se ha producido un cambio social muy relevante en este ámbito y la mayoría de las sociedades ha identificado el estigma como un problema de primera magnitud que merece toda la atención. De este modo, organizaciones internacionales como Naciones Unidas o la Unión Europea, entre otras, han promovido una lucha contra el estigma que persigue su completa eliminación de nuestras comunidades. En este mismo sentido, la investigación social, psicológica y psiquiátrica se ha incrementado en las últimas décadas y se han identificado algunas de las principales variables que contribuyen al nacimiento y mantenimiento del estigma. De forma paralela, se han desarrollado intervenciones sociales y psicológicas eficaces que permiten cierto optimismo a medio plazo.

En el presente trabajo se centra la atención en el estigma que afecta a las personas en el ámbito de la salud mental, de la exclusión social y de la discapacidad intelectual. Sin embargo, como el lector observará, todas las variables estudiadas pueden generalizarse más allá de estos contextos y, en la práctica, aplicarse a cualquier acción que trate de luchar contra el estigma en cualquiera de sus facetas. De este modo, un estudio de buenas prácticas en la lucha contra el estigma no puede pasar por alto todas estas características potencialmente estigmatizantes que determinarán, de forma interseccional, los procesos de exclusión. De la misma manera, cualquier estudio de buenas prácticas contra el estigma del trastorno mental, la situación sin hogar o la discapacidad será generalizable a muchos otros ámbitos generadores de estigma (orientación sexual, inmigración, edad, etc.). Es en ese sentido en el que pretendemos que se utilice la presente Guía, de forma amplia y abierta para la reducción y eliminación de todos los tipos de estigmas presentes en nuestra sociedad.

OBJETIVOS

Siguiendo las directrices internacionales, los recursos de atención a personas con trastornos psicológicos, en situación sin hogar y con discapacidad intelectual vienen desarrollando en los últimos años una importante actividad en la lucha contra el estigma de estas condiciones. Estigma que afecta a las personas usuarias de dichos centros, a sus familiares, a los profesionales y a la comunidad en que se integran los centros o servicios. En nuestro contexto se pueden encontrar buenos ejemplos en la Red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Con-

sejería de Familia, Juventud y Política Social de la Comunidad de Madrid, en el programa 1 de cada 4 de la Junta de Andalucía, en la campaña Obertament en Catalunya, en el Real Patronato sobre Discapacidad y Derechos Humanos, o en la Fundación Mundo Bipolar. Estas acciones son, sin duda, bienintencionadas y persiguen en todos los casos tener un impacto en la reducción del estigma. En los mejores casos, dichas acciones son recogidas y publicadas en repositorios o resúmenes de “buenas prácticas” que permiten conocer mejor las actividades realizadas y algunos de sus resultados. Sin embargo, la buena intención y la difusión no siempre son suficientes. Para diseñar acciones eficaces se hace necesario contar con estrategias de valoración que permitan identificar cuáles de las actuaciones abordadas, y de sus componentes, son realmente eficaces y aportan validez incremental a la lucha contra el estigma.

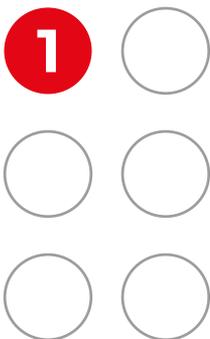
La **Cátedra UCM – Grupo 5 Contra el Estigma** es una plataforma ideal para la identificación de las principales características de las prácticas que pueden denominarse como buenas. En la Cátedra se combinan los acercamientos académico y de investigación básica, con los acercamientos propios de la práctica cotidiana de los servicios y recursos sociales y sociosanitarios y la investigación aplicada desarrollada en los mismos. La conjunción de ambas perspectivas potencia los resultados y los dota de una validez científica y profesional que asegura su calidad y su aplicabilidad inmediata en contextos sociosanitarios.

La presente guía pretende aportar información y directrices que puedan orientar la acción tanto de los profesionales como de las instituciones en el ámbito de la atención sociosanitaria y relacionados, favoreciendo la puesta en marcha de acciones eficaces y adecuadas para luchar contra el estigma en todas sus vertientes. Para lograrlo, esta guía tiene como **objetivo**

principal identificar y exponer aquellos indicadores que favorecen la creación y facilitan la evaluación de las buenas prácticas en la lucha contra el estigma. Como objetivos específicos se pueden señalar los siguientes:

- Llevar a cabo un **estudio de los indicadores** más útiles a la hora de identificar buenas prácticas en la lucha contra el estigma.
- Diseñar una **escala** que reúna el conjunto de indicadores y que pueda ser útil tanto para el diseño de futuras buenas prácticas, como para la evaluación de las ya implementadas.

Para conseguir estos objetivos, en los siguientes capítulos se revisa la idea de “buena práctica” y se define el estigma y se presentan los principales tipos y modelos explicativos que puedan ayudar a sustentar teóricamente las distintas acciones a emprender. Más adelante, se describe la metodología llevada a cabo para la realización de este documento, repasando los diferentes acercamientos a las “buenas prácticas” realizados en otros ámbitos y las revisiones de la literatura científica más actuales sobre la efectividad de las acciones anti-estigma. Seguidamente, se detalla el proceso seguido para la elaboración de la escala de evaluación creada para el presente documento y su validación inicial. Para favorecer una más fácil y rápida aplicación de la escala propuesta a la hora de diseñar o evaluar una práctica, en el Anexo 2 se incluye una Plantilla para documentar buenas prácticas anti-estigma.



BUENAS PRÁCTICAS

1.1. Definición de buena práctica

Profesionales, entidades e instituciones de diferente índole han dedicado sus esfuerzos a elaborar materiales para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos a su correspondiente sector. De esta manera surge la voluntad de identificar y denominar como “buenas”, aquellas acciones, que no meramente por su calificación, sino por sus resultados, han mostrado ser útiles y adecuadas. De modo que, se entendería por buena una práctica, que se ha probado y evaluado, y ha dado resultados satisfactorios, pudiendo y debiendo ser recomendada como referencia (Gradaille-Pernas y Caballo-Villar, 2016).

Además de esta definición práctica, se considerarán como buenas aquellas acciones que igualmente incluyan consideraciones de calado ético y formal, que favorezcan la inclusión y el respeto tanto por el colectivo al que se dirige, como por el resto de la sociedad.

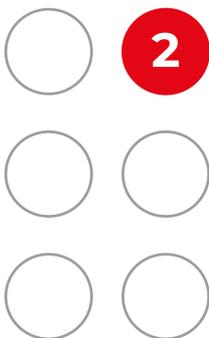
Desde la **Cátedra UCM - Grupo 5 Contra el Estigma** se ha hecho un esfuerzo por definir qué significa una buena práctica cuando se refiere a acciones de lucha contra el estigma. A lo largo del presente trabajo se revisan y definen los componentes esenciales que deben reunir las acciones de lucha contra el estigma que pretendan ser calificadas como buenas prácticas. Como punto de partida, se puede considerar que una **buena práctica en la lucha contra el estigma es aquella acción o proyecto que haya demostrado su utilidad en alguno de los diversos aspectos de la lucha contra el estigma y sea transferible a otros centros o instituciones, tanto por sus elementos prácticos como por los valores que la constituyen**. En las siguientes páginas se irá revisando esta definición, caracterizándola y concretando indicadores específicos que ayuden a diseñar y evaluar las acciones de lucha contra el estigma que se realizan desde los distintos recursos de atención que lo consideren de interés, y que tienen el objetivo de convertirse en “buenas prácticas”.

1.2. Los estudios de buenas prácticas

En los últimos años ha crecido mucho el interés por el desarrollo de guías y modelos de buenas prácticas que puedan servir como elemento de intercambio de experiencias exitosas entre agencias, empresas, profesionales, etc. De hecho, recientemente se han publicado diversos estudios que recogen los diferentes indicadores considerados por distintas entidades como “criterios de buenas prácticas”. Una de las revisiones más recientes a este respecto en nuestro contexto es el estudio de Gradaille-Pernas y Caballo-Villar (2016), en el que las autoras recogen y analizan algunas de las propuestas más interesantes realizadas por instituciones y entidades nacionales e internacionales como la UNESCO (2003), la Organización Internacional de Trabajo (OIT, 2003), la Agencia Andaluza de Evaluación Educativa (2012), la fundación CEPAIM (2014) y el Observatorio Internacional de Democracia Participativa (2015).

En el campo de la lucha contra el estigma relacionado con la salud mental, se dispone de investigación relevante sobre la eficacia de distintas intervenciones estructurales, sociales y personales que han sido recogidas en diversos trabajos académicos de revisión sistemática y meta-análisis sobre el tema llevados a cabo en los últimos años en la lucha contra el estigma (Corrigan Morris, Michaels, Rafacz y Rüsck, 2012; Mehta et al., 2015; Yanos et al., 2015; Thornicroft et al., 2016; Gronholm, Henderson, Deb y Thornicroft, 2017; González, 2020; Alonso, Guillén y Muñoz, 2019; Catthoor et al., 2020). En referencia al abordaje del estigma en personas sin hogar o con discapacidad intelectual, la investigación es más limitada. Actualmente no existen revisiones sistemáticas o meta-análisis que recojan la eficacia de las intervenciones de reducción de estigma hacia personas en situación sin hogar (Canham et al., 2022), contando con que estas intervenciones son escasas. Algo parecido ocurre cuando se realiza una búsqueda de revisiones sistemáticas o meta-análisis que recojan intervenciones contra el estigma hacia las personas con discapacidad intelectual, encontrando únicamente una revisión sistemática centrada en la eficacia de las intervenciones dirigidas a la inclusión social (Saran et al., 2023) y otra centrada en población infantil (Smythe et al., 2020). Este tipo de intervenciones son escasas, y usualmente no van dirigidas directamente a reducir el estigma (Corrigan, 2014). Esto deja un hueco en la investigación que es necesario cubrir de forma urgente, tanto en el desarrollo de intervenciones de reducción de estigma hacia estos dos colectivos, como de evaluación de su eficacia.

Los trabajos citados se han realizado principalmente desde una óptica de investigación científico-académica y presentan una evidencia sólida y muy interesante para los ámbitos de investigación. Sin embargo, no son tan numerosos los trabajos que trasladan esa investigación científico-académica a los ámbitos de aplicación social y atención directa a la comunidad. Los estudios de buenas prácticas sirven precisamente para cubrir ese espacio sociosanitario y de investigación-acción tan necesario para el traslado de la información del laboratorio a la sociedad. En el ámbito que nos ocupa, no se ha publicado ninguna guía que aborde directamente los indicadores de buenas prácticas para las acciones de lucha contra el estigma. De forma que la generalización de los resultados de investigación a la aplicación clínica o social no siempre es tan sencilla. En este sentido, cabe destacar la novedad y utilidad que aportaría la creación de una guía que ocupe este espacio y defina de forma operativa los principales indicadores de buenas prácticas anti-estigma.



EL ESTIGMA

Como paso previo a la definición e identificación de los indicadores de buenas prácticas contra el estigma, parece conveniente dedicar algún espacio a la definición y conceptualización del estigma que permita entender las prácticas y sus componentes desde una perspectiva integral y no como recetas carentes de fundamentación teórica. En el presente capítulo se ofrece una perspectiva del estado actual de los estudios sobre el estigma de los trastornos mentales, de la situación sin hogar y de la discapacidad intelectual. De este modo, se abordan las definiciones de estigma, sus principales tipos, los modelos teóricos en que se sustentan las acciones contra el estigma y se incluye un breve comentario sobre la interseccionalidad del estigma que afecta a las personas con varias características potencialmente estigmatizantes (trastornos mentales, sin hogar, minorías, etc.).

2.1. Concepto de estigma

La palabra estigma proviene del griego στίγμα (estigma), que hacía referencia a una marca grabada con hierro candente o a cortes realizados en el cuerpo de las personas, para simbolizar el castigo por un delito o su condición de esclavitud, de esta forma se indicaba que la persona debía ser evitada. Contando con estos orígenes, se puede intuir que el estigma tiene que ver con algún tipo de marca, de identificativo, de **etiqueta**. En uno de los trabajos más influyentes en este ámbito, Erving Goffman (1963) define el estigma como “una situación del individuo inhabilitado para la plena aceptación social”. Es decir, el estigma convierte a alguien en diferente con connotaciones negativas y produce descrédito asociado a un fallo o una desventaja. Otros autores lo consideran una característica de las personas que resulta contraria a la norma de una unidad social, considerando como “norma” una creencia compartida dirigida a comportarse de una forma determinada en un momento preciso (Stafford y Scott, 1986).

La definición del estigma ha evolucionado ampliamente desde la concepción del término, y su conceptualización ha demostrado ser una tarea compleja. El estigma no es simplemente una etiqueta que devalúa a la persona y la discrimina, también es una dinámica, es decir, una serie de procesos psicosociales basados en el intercambio de conductas entre dos grupos, el estigmatizante y el estigmatizado. Siguiendo la revisión realizada por González (2020), se observa cómo algunos autores enfatizan el hecho de que el estigma no se halla en el interior de las personas, sino que se trata de una asignación o etiqueta que otros, dentro de un sistema de relaciones de poder, imponen a una persona o a un grupo (Hebl y Dovidio, 2005). Desde las teorías basadas en el etiquetado, el estigma es entendido como un proceso sociocultural mediante el cual los miembros de un grupo marginado son etiquetados por otras personas como anormales, vergonzosos o indeseables (Michaels, López, Rüsck y Corrigan, 2012). Concretamente, Link y Phelan (2001) lo han definido como el proceso que ocurre cuando elementos de etiquetado, estereotipado, separación, pérdida de estatus y discriminación se producen al mismo tiempo, en una situación de poder, permitiendo el despliegue de los componentes del estigma. Además, Ottati, Bodenhausen y Newman (2005) ampliaron el concepto de estigma al entenderlo como un proceso de construcción social dinámico que se manifiesta en tres aspectos del comportamiento social: estereotipos, prejuicios y discriminación.

Los **estereotipos** hacen referencia a las estructuras de conocimiento aprendidas por la mayoría de la sociedad sobre diferentes grupos, son, por lo tanto, la dimensión cognitiva del estigma. En relación con las personas con trastornos mentales, los estereotipos suelen incluir la responsabilidad por el padecimiento del trastorno, la peligrosidad, la incompetencia o incapacidad para realizar tareas básicas, la impredecibilidad de sus reacciones y la falta de control. En cuanto a las personas en situación sin hogar, se les asocian estereotipos como la suciedad, la pereza o la adicción a sustancias. Con respecto a las personas con discapacidad intelectual, los estereotipos van más dirigidos a la infantilización, la incompetencia, la asexualidad o el bajo rendimiento. No obstante, tener conocimiento de estos estereotipos no implica estar de acuerdo con ellos, por eso, cuando las personas los aceptan y generan reacciones emocionales negativas hacia ese grupo, se produce el **prejuicio**. Allport definió el prejuicio como aquella actitud hostil o de desconfianza hacia una persona que pertenece a un grupo, simplemente debido a su pertenencia a dicho grupo (Allport, Clark y Pettigrew, 1954). En el caso de las personas con trastorno mental, o de las personas sin hogar, estas emociones suelen ser de miedo, temor, desconfianza, etc. Si se piensa en personas con discapacidad intelectual, las emociones que despiertan se relacionan, sobre todo, con la pena y el paternalismo (Estudio Nacional Sobre Estigma, Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma). Los estereotipos y prejuicios pueden llevar a la **discriminación**, que hace referencia a los comportamientos de rechazo hacia ese grupo. Para las personas con diagnóstico de trastorno mental esto puede suponer mayores dificultades para acceder al trabajo o la vivienda, limitación en las relaciones sociales y de pareja, etc. (Twenge, Catanese, y Baumeister, 2003). En el caso de las personas en situación sin hogar, esas dificultades se unen a la exclusión social extrema, lo cual empeora las posibilidades de acceso a servicios básicos (Piat et al., 2014). Por otra parte, las personas con

algún tipo de discapacidad intelectual se ven habitualmente marginadas en su contexto social, encontrando también dificultades para acceder a salud, empleo, educación o vivienda (Ditchman et al., 2013).



Figura 1: Componentes o dimensiones del estigma.

Una característica más a considerar al hablar del estigma reside en la posibilidad de que una misma persona pueda ser etiquetada desde distintas condiciones. Por ejemplo, persona con trastorno mental, persona en situación sin hogar, grupo étnico, condición sexual, edad, etc. Cuando esto ocurre, se observa una superposición o intersección entre los distintos estigmas, colocando a las personas afectadas en una situación de máxima vulnerabilidad y exclusión. Kimberlee Crenshaw en 1989, al estudiar la situación de las mujeres negras en los Estados Unidos, empleó el término **estigma interseccional** y puso de manifiesto que el estigma no puede entenderse como un concepto unitario, sino todo lo contrario: los distintos tipos de estigmas mantienen intersecciones entre sí. El estigma que afecta a una persona concreta no viene determinado por una única variable como puede ser un trastorno mental o una condición étnica. A una persona con un trastorno mental no se le aplicará el mismo estigma si es varón o mujer; si es de origen europeo o subsahariano; si es pobre o rico, etc. De este modo, el estigma no se aplica del mismo modo a un varón, de origen europeo, rico, de mediana edad, estadounidense; que, a una mujer, pobre, afroamericana, mayor de 70 años, inmigrante en los Estados Unidos. La misma situación se puede generalizar a nuestro contexto, la situación es prácticamente la misma. Las personas nos vemos afectadas por distintos tipos de estigmas, un mayor número de características estigmatizantes (por ejemplo, salud mental, edad, sexo, clase social) generará un mayor estigma.

2.2. Principales modelos teóricos

La prevalencia del estigma, presente en todas las sociedades occidentales y su resistencia a desaparecer, sugiere que la estigmatización puede cumplir alguna función importante para las personas que la llevan a cabo, para su grupo o su sociedad (Crocker Major y Steele, 1998). Entre estas funciones del estigma cabe destacar, por un lado, su función simplificadora y agilizadora, facilitando la percepción de los acontecimientos que nos rodean. Como expone **la teoría de la categorización social**, para incrementar nuestra capacidad

de predicción y control ante las situaciones diarias resulta necesario construir principios generales que las caractericen para poder hipotetizar y decidir sobre ellas más rápidamente (Tajfel y Turner, 1986). Esto también se aplica a las situaciones sociales, al permitir reconocer rápidamente a grupos e individuos potencialmente peligrosos para el bienestar, los valores o para la propia vida, disminuyendo así la ansiedad e incrementando la sensación de control. De este modo, pueden desarrollarse conductas de exclusión, evitación o marginación que podrían resultar protectoras en estas situaciones de potencial peligro (Dovidio, Major y Crocker, 2000). Además, así se preserva el status quo socioeconómico, los privilegios y beneficios del grupo dominante (Ashmore y Del Boca, 1981).

En la misma línea de esa función “protectora” del estigma, está la teoría de los **orígenes evolutivos de la estigmatización** expuesta por Kurzban y Leary (2001). Los autores proponen que el estigma implica un conjunto de distintos sistemas psicológicos diseñados por la selección natural para resolver problemas específicos asociados al contexto social. En concreto, sugieren que el ser humano posee adaptaciones cognitivas diseñadas para evitar el contacto social inadecuado o negativo para su supervivencia. En este sentido, estos procesos cognitivos, en particular el estigma, promueve que las personas se unan a grupos cooperativos (con fines de competencia y explotación entre grupos) y eviten a aquellas otras personas en las que se prevé una pobre capacidad de intercambio social, no pertenecen a nuestro grupo (tribu) o se estima que pudieran tener una probabilidad de ser portadoras de patógenos transmisibles o de características indeseables.

Dentro de los **modelos explicativos** del estigma social se encuentra el **enfoque atribucional**, basado en un modelo social cognitivo que permite analizar cómo las personas explican su comportamiento y el de los demás a través de diferentes procesos atributivos. Dichos procesos atributivos se dividen en tres dimensiones: el locus de control, la estabilidad y la controlabilidad (Corrigan et al., 2000). Por un lado, el locus de control puede ser interno (atribución de las conductas a causas internas como pueden ser la inteligencia) o externo (atribución de las conductas a causas externas como la suerte). Por otro lado, la estabilidad hace referencia a la percepción de la posibilidad de cambio que existe y, por último, la controlabilidad se relaciona con la percepción del grado de control que tiene la persona o su entorno acerca de la situación. Según este enfoque, las personas asumen que quienes se encuentran estigmatizadas son responsables de padecer dicho estigma y de las consecuencias generadas a partir de su condición.

Por otro lado, entre las **teorías socio-cognitivas**, merece especial atención la propuesta sobre la construcción de la identidad social de Tajfel (1984). Según este autor, los tres procesos para la formación de la identidad social son la categorización social, la identificación y la comparación social. El primero trae como consecuencia la simplificación de la realidad, incrementando la semejanza intragrupal y maximizando la diferencia intergrupala. Durante el proceso de identificación los sujetos aumentan su percepción como miembros de un grupo, reforzando esto su sentido de pertenencia y asociando su propia autoestima a dicha pertenencia. Finalmente, con la comparación social, el

exogrupo es comparado con el endogrupo (de pertenencia); con el objetivo de mantener una autoestima positiva, el exogrupo será visto como diferente y peor. Esto explicaría actitudes de rechazo y discriminación hacia los grupos diferentes y, en este caso, estigmatizados.

En relación con el **estigma internalizado**, distintos autores han identificado las **etapas del proceso de auto-estigmatización**, según las cuales el estigma internalizado tiene lugar como resultado final de la interiorización del estigma público. Se trata de un proceso multinivel, en el cual distintos niveles interrelacionados entre sí se suceden progresivamente, siendo el conjunto de todos ellos lo que se denominaría auto-estigma. Concretamente en un primer momento, el modelo considera cuatro niveles sucesivos comenzando con la conciencia del estereotipo o **estigma percibido**, el conocimiento de los estereotipos, prejuicios y discriminación de los demás hacia el propio grupo. Posteriormente, si la persona considera que esos estereotipos y prejuicios son correctos, se produce la **aprobación del estereotipo**. Cuando se dan estos dos procesos, la persona determina si estos estereotipos y prejuicios se aplican a ella; al aceptar que estos describen a la propia persona, se produce el **estigma internalizado**. Por último, se encuentra el daño que esta internalización supone para la propia **autoestima y autoeficacia** (Corrigan y Rao, 2012).



Figura 2. Modelo explicativo del estigma internalizado (Corrigan y Watson, 2002b).

Corrigan y Watson (2002b) proponen un **modelo situacional de respuesta al estigma**. En este modelo, el empoderamiento y el estigma internalizado son considerados polos opuestos de un continuo. Las personas con una condición estigmatizante, intentarán darle sentido a ese estigma y a las reacciones negativas de los demás. Si consideran que esas respuestas negativas son legítimas, probablemente internalizarán el estigma. Como consecuencia, presentarán una menor autoestima y autoeficacia. Por el contrario, si creen que estas reacciones son ilegítimas y se identifican con el grupo estigmatizado, mostrarán, lo que estos autores denominan ira justificada. Esta ira está asociada a un mayor empoderamiento. Por último, quienes no consideren legítimo el estigma y no se identifiquen con el grupo estigmatizado, permanecerán relativamente indiferentes al estigma internalizado.

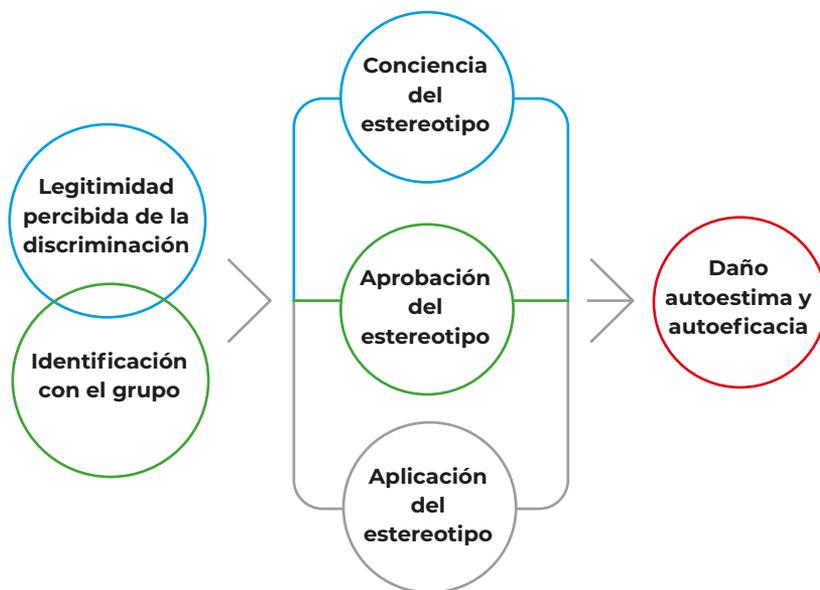


Figura 3. Reformulación del modelo explicativo de estigma internalizado (Watson, Corrigan, Larson y Sells, 2007 recuperado de González, 2020).

En nuestro contexto, se ha propuesto el **modelo socio-cognitivo-comportamental** (Muñoz, Sanz, Pérez-Santos y Quiroga, 2011). Este modelo combina variables sociales, cognitivas y comportamentales que se suceden en distintos momentos temporales. Entre las variables sociales se incluyen las experiencias de discriminación. Como variables cognitivas se encuentran las creencias estigmatizantes y el estigma internalizado, así como, las expectativas de recuperación. Por último, entre las comportamentales destacan el funcionamiento psicosocial y la autonomía personal. Así las experiencias de discriminación ejercida por el entorno social más próximo (pareja/familia/amistades) y el acuerdo de la propia persona con las creencias estereotipadas sobre las personas con trastorno mental, predicen tanto el estigma internalizado como las expectativas de recuperación. Estas variables cognitivas a su vez se relacionan con los niveles de funcionamiento social y de autonomía personal; a mayores niveles de estigma internalizado y menores expectativas de recuperación, se encuentran peores niveles de funcionamiento social y autonomía personal (Muñoz, Sanz, Pérez-Santos y Quiroga, 2011).

2.3. Estigma y trastorno mental

Cuando se habla del estigma asociado a los trastornos mentales, no existe un único estigma, sino diferentes niveles de este. De acuerdo con Livingston y Boyd (2010) el estigma opera en tres niveles: el estigma estructural, el estigma social o público y el estigma personal. Por su parte, Fox, Earnshaw, Taverna y Vogt (2018) realizan una revisión completa del área y resumen los diferentes tipos de estigma en lo que han denominado **Marco del estigma de la enfermedad mental** (MISF por sus siglas en inglés, Mental Illness Stigma Framework) (ver Figura 4). Se incluye la visión de la persona o agente estigmatizante y la de la persona estigmatizada. Igualmente, se incluye la perspectiva interseccional que puede influir en todos los componentes del modelo. Aunque el trabajo actual se centra en el estigma social e internalizado, a continuación, se realiza un breve comentario de los tres tipos básicos de estigma (Livingston y Boyd, 2010).

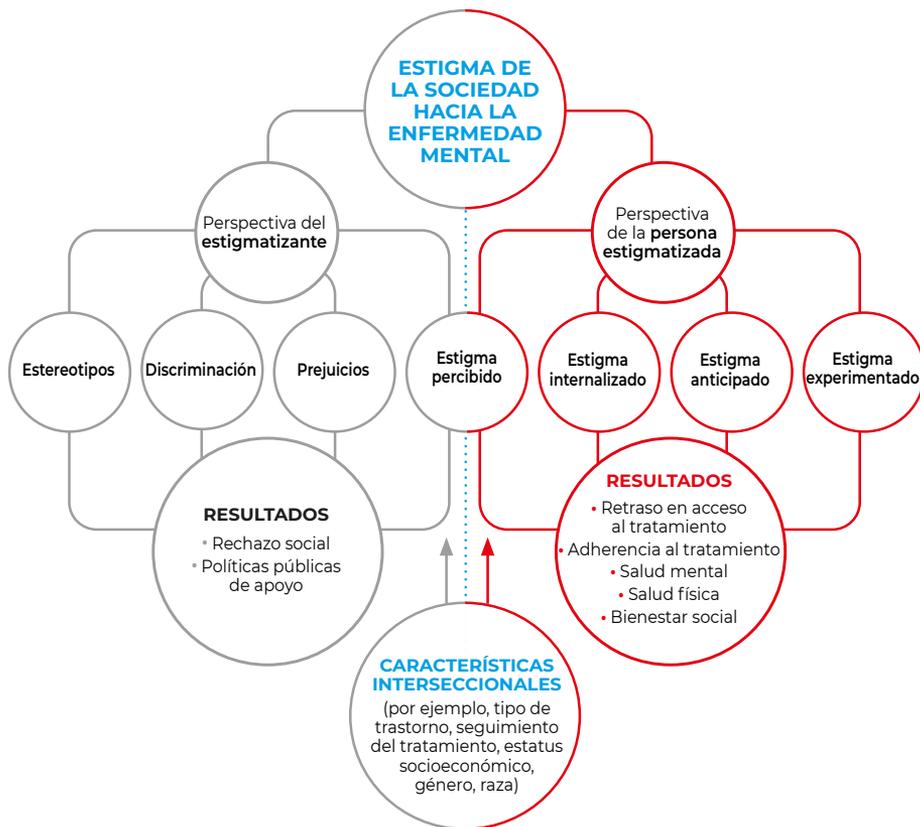


Figura 4: Marco del estigma de la enfermedad mental (a partir de Fox et al., 2018).

De este modo, el **estigma estructural** forma parte de las instituciones, imponiendo barreras que restringen la participación de un grupo de personas en la sociedad, se relaciona con el nivel macro del sistema. Este hace referencia a las reglas, leyes y procedimientos políticos, que aplican las entidades públicas y privadas en posiciones de poder, para restringir los derechos y oportunidades de las personas estigmatizadas. Esto permite legitimar las diferencias de poder entre personas con y sin trastorno mental y perpetuar a gran escala las desventajas y la exclusión social (Corrigan, Kerr, y Knudsen, 2005). Como un ejemplo claro de estigma estructural, se puede mencionar que la Organización Mundial de la Salud (2013) recomienda que el gasto en salud sea proporcional a la carga de enfermedad y que haya paridad entre los aspectos físicos y mentales de la atención sanitaria. La realidad actual es que los gobiernos de todos los países del mundo gastan cerca de un **2% de sus presupuestos totales** de salud en el tratamiento y prevención de problemas de salud mental. El reparto no igualitario de la financiación viene acompañado de la escasez de recursos humanos. En el mundo, la media es de 13 profesionales de salud mental por cada 100.000 habitantes. En los países de ingresos bajos-medios, la ratio no llega ni a un profesional por cada 100.000 habitantes (OMS, 2022).

El **estigma social** hace referencia al que parte de la población general; es el que está respaldado por grandes grupos sociales, que actúan en función de los estereotipos imperantes sobre los trastornos mentales (Corrigan et al., 2005). El estigma social en salud mental implica que las personas con diagnóstico de trastorno mental se enfrentan a los estereotipos y prejuicios que resultan de las ideas erróneas sobre su trastorno. Como ya se ha comentado previamente, estas ideas tienen que ver con la peligrosidad de estas personas, con la creencia de que se comportan de una forma impredecible, o con la idea de que tienen una falta de control sobre su comportamiento. Pero los prejuicios y estereotipos sociales también tienen que ver con comportamientos paternalistas y sobreprotectores, o incluso con la creencia de que las personas con trastornos mentales se adhieren peor a tratamientos tanto físicos como psicológicos (Knaak et al., 2017). Estos comportamientos tienen especial importancia en el marco de esta Guía de Buenas Prácticas, porque se dan en los **contextos de atención sociosanitaria**. Como resultado de todas estas variables, las personas con trastornos mentales se ven privadas de las oportunidades que definen una vida de calidad: vivienda segura, atención médica satisfactoria, empleo de calidad y afiliación a un grupo diverso de personas (Corrigan y Watson, 2002b).

Por último, el **estigma personal** es aquel experimentado por la propia persona estigmatizada, y está formado por el estigma **anticipado**, el **experimentado** y el **internalizado**. Este último podría definirse como el proceso de interiorización de aquellos mensajes negativos, estereotipos y prejuicios presentes en la sociedad relativos a una etiqueta. Aparece debido a la existencia del estigma estructural y social, puesto que la persona que tiene un trastorno mental pertenece a la misma sociedad que estigmatiza a las personas con problemas de salud mental y desarrolla los mismos

estereotipos y prejuicios hacia este colectivo. De un modo más operativo, el **estigma internalizado** se define como *"un proceso subjetivo, inculcado en un contexto socio-cultural, que se caracteriza por sentimientos negativos sobre uno mismo, comportamientos desadaptativos y una transformación de la identidad o una adherencia a los estereotipos; que resultan de una vivencia individualizada acerca de la propia experiencia de percepción o de la anticipación de reacciones sociales negativas derivadas de su enfermedad mental"* (Livingston et al., 2010). Este estigma tiene un fuerte impacto en la calidad de vida, el desempeño personal y la capacidad de recuperación de personas con diagnóstico de trastorno mental (Yanos, Lucksted, Drapalski, Roe y Lysaker, 2015). Como se ha visto, en el trabajo de Fox, et al. (2018) (ver figura 4) la investigación parece haber puesto de manifiesto que los mecanismos más relevantes a través de los que se experimenta el estigma de los trastornos mentales son: el estigma experimentado (padecer prejuicios, estereotipos y discriminación por parte de los demás), el estigma anticipado (hasta qué punto la persona espera ser víctima de estereotipos, prejuicios o discriminación en el futuro), y el estigma internalizado (la aplicación de los estereotipos negativos y prejuicios a la propia persona). Estos procesos tienen consecuencias negativas para esta población. El estigma experimentado y anticipado han mostrado ser estresores, que generan respuestas psicológicas y fisiológicas al estrés, causando un impacto dañino en la salud mental y física (Link y Phelan, 2006). Del mismo modo el estigma internalizado está asociado a la depresión, menor autoestima y un empeoramiento de los síntomas (Boyd, Adler, Otilingam y Peters, 2014). Aunque la mayoría de la investigación se ha realizado con personas con trastornos mentales graves, no resulta difícil pensar en la generalización a otros grupos estigmatizados.

Desde un punto de vista complementario, Corrigan y Watson (2002) resumen los componentes del estigma social e internalizado para los tres grupos de factores fundamentales: cognitivos, emocionales y conductuales (ver Tabla 1). Se pasa de las creencias erróneas y negativas (probablemente relacionadas con el conocimiento sobre el trastorno mental), al acuerdo con dichas creencias y la consecuente reacción emocional negativa (miedo, etc.), para terminar con una respuesta perjudiciada (rechazo, evitación, etc.). El estigma internalizado sigue el mismo camino al ser la interiorización del estigma social, solamente que los estereotipos, prejuicios y discriminaciones se hacen sobre uno mismo.

COMPONENTES	ESTIGMA SOCIAL O PÚBLICO	ESTIGMA INTERNALIZADO
COGNITIVO ESTEREOTIPOS	Creencias erróneas y negativas sobre las personas con trastorno mental	Creencias erróneas y negativas sobre sí mismo por tener un trastorno mental
	Ejemplos: peligrosidad, incapacidad...	Ejemplos: peligrosidad, incapacidad...
EMOCIONAL PREJUICIOS	Acuerdo con las creencias y reacción emocional negativa derivada	Acuerdo con las creencias, aplicación de la creencia a uno mismo y reacción emocional negativa
	Ejemplos: ira, miedo, desconfianza...	Ejemplos: vergüenza, culpa, decepción...
CONDUCTUAL DISCRIMINACIÓN	Respuesta conductual al prejuicio sobre los demás	Respuesta conductual al prejuicio sobre uno mismo
	Rechazar, negar la ayuda, no contratar para un trabajo, sobreproteger...	Aislamiento, rechazo a buscar ayuda, abandono de los tratamientos...

Tabla 1. Resumen componentes cognitivo, emocional y conductual del estigma asociado a los trastornos mentales graves (Corrigan y Watson, 2002; recuperado de González, 2020).

2.4. Estigma y situación sin hogar

Hasta la inclusión en el Sistema Público de Servicios Sociales de la atención a personas en situación sin hogar, este colectivo se consideró como “falsos pobres”, personas que vivían al margen de las normas sociales, sin trabajo por elección propia, inmorales, indignas de merecer ninguna atención, más allá del castigo, la reclusión y el aislamiento de una sociedad que las consideraba peligrosas (Rubio-Martín, 2022). Hasta muy entrado el siglo XX, las políticas de atención se centraron en la represión y el encierro de estas personas, para “proteger” al resto de la sociedad, sin que esa atención tuviera ningún tinte de mejora del bienestar o de inserción social. Estas políticas tuvieron como consecuencia la reclusión de las personas en situación sin hogar en campos de desinfección, depósitos y campos de

mendigos, refugios, asilos y albergues. No es hasta el **reconocimiento de la situación sin hogar como un problema social** (años 80 del siglo XX) cuando se deja de lado la idea de que es simplemente un problema de orden público.

No obstante, en esta nueva corriente de atención social de las personas en situación sin hogar, se abordó el problema como el resultado de “una serie de déficits personales” (Rubio-Martín, 2022, p. 35). Esto generó que, en lugar de trabajar desde un punto de vista preventivo e inclusivo, se centraran los esfuerzos en “resocializar” a las personas sin hogar, entrenando en conductas y habilidades psicosociales mediante proyectos personalizados. Este proceso, que individualizó y patologizó la pobreza, derivó en esta diferenciación entre un nosotros (“los integrados”) y un ellos (“los excluidos”) que, como se ha visto, es una de las características típicas del estigma social. Y la realidad a la que se enfrenta este colectivo, formado por un número importante de personas (los últimos datos de España hablan de más de 40.000 personas en situación sin hogar) (Rubio-Martín, 2022) es, cuanto menos, compleja. **La situación sin hogar viene precipitada por una serie de factores** que no solo tienen que ver con elementos personales, sino que van a englobar también factores psicosociales y estructurales (ver figura 5). Es necesario entender que la exclusión social es un proceso dinámico, por lo que una persona puede estar excluida en un momento dado y volver a ser incluida en otro momento de su vida (Muñoz, 2022). Comprender este marco de referencia es vital para poder trabajar desde el punto de vista de las Buenas Prácticas Contra el Estigma en población en situación sin hogar.



Figura 5. Marco para el estudio de los factores psicosociales relacionados con la situación sin hogar (a partir de Muñoz, 2022).

Los diferentes tipos de estigma, desgranados en apartados anteriores con respecto a los problemas de salud mental, también se aplican en el contexto de las personas en situación sin hogar. En primer lugar, el rechazo y el estigma hacia las personas en esta situación está presente de forma estructural en todos los sistemas sociales (siendo así el **estig-**

ma estructural una de las variantes a las que se enfrenta este colectivo). Este rechazo se concreta en políticas estructurales que perjudican directamente los derechos fundamentales de las personas en situación sin hogar, violando en muchas ocasiones sus derechos humanos más básicos (Bennett et al., 2018). En el caso de los colectivos en exclusión social extrema, un ejemplo claro de estigma estructural es la **dificultad que tienen las personas en situación sin hogar para acceder a cuidados médicos básicos** (Andrysiak et al., 2022). En concreto, deben enfrentar barreras de acceso a cuidados médicos integrales, teniendo pocos conocimientos de cómo acceder a ellos y encontrándose con estigma cuando tratan de buscar ayuda. Una idea clarificadora de lo que supone este estigma estructural para las personas sin hogar es que, para poder acceder a un/a profesional de atención primaria (medicina, enfermería, fisioterapia, etc), es necesario estar empadronada en algún lugar, es decir, tener casa.

Por otra parte, el **estigma social** también tiene una serie de características diferenciales cuando se trata de personas en situación sin hogar. El colectivo ha sido estigmatizado, como se ha descrito al inicio de este apartado, desde tiempos históricos. Dentro de los estereotipos más comunes asociados a las personas en situación sin hogar, se encuentran la creencia de que están en la situación en la que están debido a adicciones a sustancias o a problemas de salud mental, que son más propensas a cometer crímenes, son peligrosas o incluso se aprovechan de ayudas sociales porque no quieren trabajar (Muñoz, 2022; Phelan et al., 1997). El estereotipo de persona sin hogar se sigue asociando a la suciedad, la inmoralidad y la falta de motivación por salir adelante (Rubio-Martín, 2022). Estas creencias falsas conducen a prejuicios relacionados con el miedo hacia estas personas, e incluso se las llega a culpabilizar de su situación, olvidando todos los factores que se conjugan para derivar en la exclusión social extrema (Belcher y DeForge, 2012). En definitiva, el mayor prejuicio al que se enfrentan las personas en situación sin hogar es el de una sociedad que entiende que esta situación deriva de problemas personales como el consumo de sustancias, los trastornos mentales o la delincuencia, olvidando los factores psicosociales y estructurales que convergen en la exclusión. Todas estas creencias y prejuicios desajustados conducen a **discriminaciones flagrantes** hacia el colectivo, con un mayor deseo de mantenerlos alejados de la sociedad (Phelan et al., 1997). Esta exclusión dificulta su acceso a empleo o vivienda, y merma sus relaciones sociales y su inclusión en la comunidad (Andrysiak et al., 2022).

Como ocurría con el trastorno mental, las personas en situación sin hogar no son impermeables al estigma social que sufren, por lo que también van a experimentar un **estigma internalizado** asociado a su condición. Desde el punto de vista de las propias personas en situación sin hogar, **el estigma representa uno de los principales retos**, con implicaciones muy negativas para su situación. La internalización de los prejuicios y estereotipos de la sociedad supone el aislamiento o alejamiento de las redes sociales de apoyo, debido a la vergüenza, el estigma y la incomprensión que genera su situación (Andrysiak et al., 2022). Además, estas personas manifiestan sentimientos de fracaso por no ajustarse a las normas sociales. Todo esto desemboca en pérdida de autoestima, angustia emocional, ideación suicida y dificultades en las relaciones sociales (Andrysiak et al., 2022; Kidd,

2009). De hecho, el estigma internalizado es especialmente importante en las personas en situación sin hogar con un trastorno mental (Boyd et al., 2022). En este sentido, algunos comportamientos observados con frecuencia en estas personas son el autoaislamiento y la autoexclusión (conductas heredadas de la propia exclusión por parte de la sociedad), la pasividad y el aplanamiento afectivo y emocional.

Así, Canham y Humphries (2020) propusieron recientemente un **modelo conceptual** del estigma hacia las personas en situación sin hogar, que incluye muchas de las características ya citadas del estigma asociado al trastorno mental. Como **precursores** de ese estigma, estarían las percepciones negativas sobre el uso de sustancias o sobre el comportamiento de las personas sin hogar, y el *burnout* de los profesionales que atienden a estas personas. Dentro de la propia **experiencia** de estigma, se daría en los tres niveles ya citados: *estructural* (políticas discriminatorias); *social* (sociedad, vecinos, familia, amigos, sanitarios, caseros); e *internalizado* (auto-estigma). Como **consecuencia** (Figura 6), el “homeismo” generaría un peor estado de salud.



Figura 6. Modelo de estigma hacia personas sin hogar (a partir de Canham y Humphries, 2020).

Después de haber dibujado las características del estigma hacia las personas en situación sin hogar, es necesario destacar la especial relevancia del estigma **interseccional** en este colectivo. Así, el estigma asociado a la situación sin hogar se entiende como la intersección entre el estigma asociado a la pobreza (de un origen histórico) y otros estigmas ligados a diferentes características comúnmente asociadas con la situación sin hogar (consumo de sustancias, trastorno mental, etnia, género o edad) (Muñoz, 2022). Esto significa que el estigma asociado a una persona en situación sin hogar puede ser mayor que el asociado

a otra que tiene una gran exclusión, pero está domiciliada, o que tiene trastorno mental, o es de una etnia minoritaria de forma aislada. En definitiva, **los estigmas asociados a distintas situaciones de vulnerabilidad se van sumando**, potenciando la discriminación de las personas en situación sin hogar que además pertenecen a varios de esos colectivos (ver figura 7). Sabiendo esto, es importante entender que la falta de recursos es solo una de las múltiples fuentes de estigma que tendrá que afrontar una persona en situación sin hogar a lo largo de su vida. Por ello, considerar una perspectiva interseccional al hablar de estigma en personas en situación sin hogar es necesario, especialmente en relación con el origen étnico. Varios estudios apuntan a que las personas sin hogar que son de un origen étnico distinto al del país en el que se encuentran experimentan más estigma y comportamientos discriminatorios que el resto (Andrysiak et al., 2022; Muñoz, 2022).

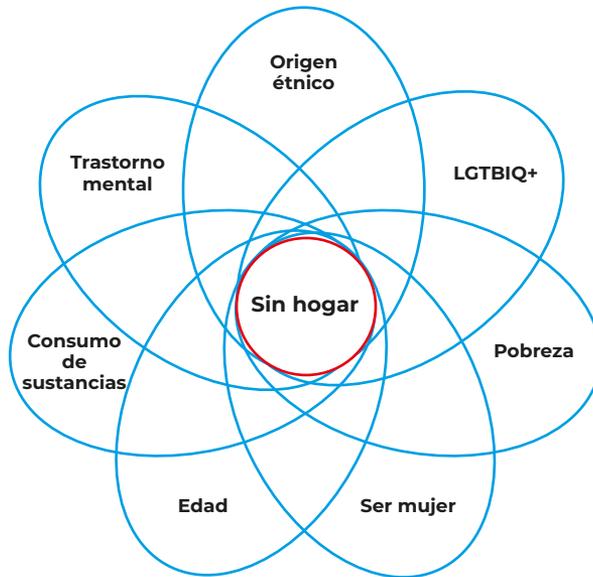


Figura 7. Diagrama del estigma interseccional en personas sin hogar (a partir de Muñoz, 2022).

Tal y como se observa en el gráfico del estigma interseccional, el hecho de **ser mujer** en situación sin hogar desencadena una serie de problemáticas que es necesario abordar, desde el punto de vista del enfoque de género que caracteriza las Buenas Prácticas Contra el Estigma. En primer lugar, muchos de los estudios sobre personas en situación sin hogar reflejan una realidad mucho más cercana a la de los hombres sin hogar que al de las mujeres en la misma situación, debido a que no se ha tenido en cuenta el enfoque de género (Gámez-Ramos, 2017). Tradicionalmente, las mujeres, por el simple hecho de serlo, han sido discriminadas en diferentes religiones, países y comunidades. En el caso

de las mujeres en situación sin hogar, sufren una doble discriminación, la de ser mujer y la de estar sin hogar (lo que se contrapone con el rol tradicional de mujer persistente en muchas culturas). Así, las dificultades más limitantes a las que se enfrentan las mujeres en situación sin hogar se vinculan al mercado de trabajo (el acceso al trabajo y al sostenimiento económico), el rol cultural asignado (la mujer tiene una relación más estrecha con el ámbito familiar, el cuidado de las personas dependientes); así como una mayor vulnerabilidad ante situaciones de violencia (Damonti, 2014). Además, esta última variable, la de la violencia de género, empeora su situación, aportando una vulnerabilidad extra que mantiene la exclusión social (Reid et al., 2021). Por todo lo expuesto, incluir la perspectiva de género en el análisis de la situación sin hogar y en el desarrollo de Buenas Prácticas en este contexto contribuye a visibilizar el alcance global de la exclusión de las mujeres sin hogar, y a mejorar su situación de discriminación.

2.5. Estigma y discapacidad intelectual

Históricamente, las personas con discapacidad intelectual se han encontrado siempre entre los grupos menos aceptados por la sociedad (Werner y Roth, 2014). En este sentido, en el campo de la discapacidad intelectual se han vivido **cambios y revoluciones con respecto a la terminología utilizada**, teniendo en cuenta la importancia del lenguaje en la lucha contra el estigma en este colectivo. Hasta 1900, se definía a las personas con una discapacidad intelectual como “idiotas”, “imbéciles” o “mongolas”. A partir del siglo XX, se utilizaron términos como “retraso mental” o “subnormalidad mental”. Todos estos términos se utilizaban para definir la discapacidad intelectual como lentitud mental, aunando diferentes condiciones muy distintas que lo único que tenían en común era esa etiqueta estigmatizante con connotaciones negativas universales (Werner y Roth, 2014). La descripción de esta circunstancia vital era imprecisa, poco clara y un caldo de cultivo perfecto para la discriminación. De nuevo, aparece la separación entre “ellos” (los lentos mentales) y “nosotros” (el resto de la sociedad). No obstante, aunque los términos han evolucionado, el estigma asociado al constructo en sí sigue siendo el mismo. No es inherente a la etiqueta que se le ponga a la condición, sino a la condición en sí, por lo que no es suficiente con buscar cambios de lenguaje, hay que ir más allá. De hecho, estos cambios de terminología a lo largo de la historia no están sometidos únicamente a reformulaciones lingüísticas, sino que van tomados estrechamente de la mano con la necesidad de reducir ese estigma asociado a la discapacidad intelectual.

Un problema que surge con el tema de la discapacidad intelectual es que se confunde de forma recurrente con el trastorno mental y, por desgracia, esto genera estigma debido a los prejuicios asociados a los problemas de salud mental. La American Association on Intellectual and Developmental Disabilities ([AAIDD] Schalock et al., 2021) describe la discapacidad intelectual como una condición caracterizada por limitaciones importantes tanto en el funcionamiento intelectual como en el comportamiento adaptativo (ver figura 8).

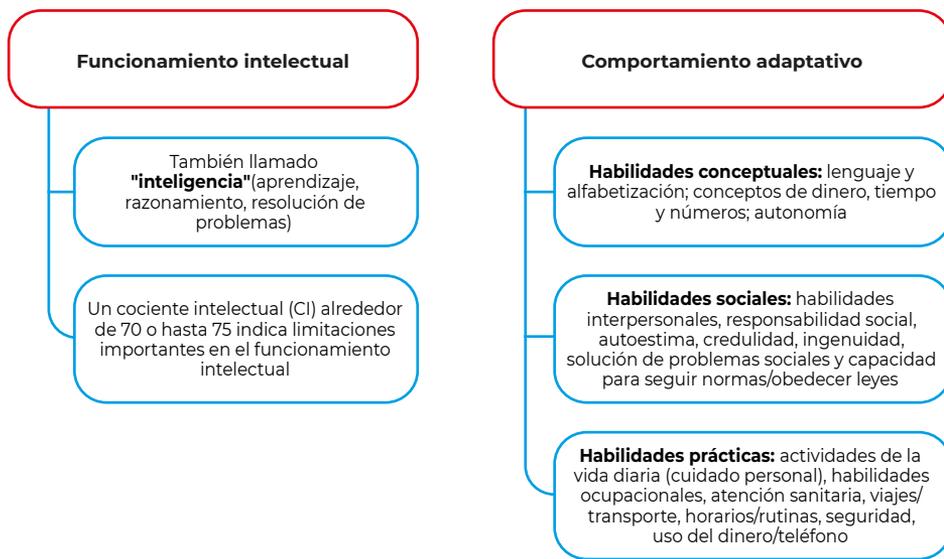


Figura 8. Criterios definitorios de la discapacidad intelectual (a partir de Schalock et al., 2021).

Siendo conscientes de la estigmatización sufrida por este colectivo, la AAIDD insta a tener en cuenta **factores adicionales más allá de las dificultades**, como el entorno comunitario, la cultura, el idioma y, sobre todo, los puntos fuertes de la persona que coexisten con esas limitaciones expuestas. Por ello, la AAIDD (2021) deja claro que la discapacidad intelectual está estrechamente relacionada con los contextos en los que se desenvuelve la persona con esas dificultades en su vida cotidiana, lo que afecta de forma muy importante a su participación e inclusión social. En este sentido, este cambio no solo de terminología, sino también del concepto, es un paso muy importante hacia un enfoque más dimensional, en el que el ambiente de la persona cobra un papel muy significativo. Por tanto, la discapacidad no es una variable que dependa únicamente de factores personales, sino también de las posibilidades de apoyos que preste la comunidad o sociedad en la que la persona se desarrolla.

De nuevo, las diferentes tipologías de estigma se pueden aplicar al ámbito de la discapacidad intelectual. Contraviniendo la mayoría de las legislaciones y acuerdos sobre derechos humanos de las personas con discapacidad intelectual, el **estigma estructural** al que se tiene que enfrentar este colectivo es claro. En este caso, ese estigma se concreta en salarios mucho más bajos que el resto de población, dificultades de acceso a empleo, vivienda y recursos sanitarios, e incluso legislaciones que restringen los derechos de estas personas con respecto a su propia autonomía (Werner y Scior, 2022). Es así como el estigma afecta a todas las áreas importantes de la vida de la persona, creando una brecha de oportuni-

dades muy evidente con respecto a otras personas que no conviven con la etiqueta de la discapacidad intelectual (ver figura 9). De esta forma, reciben peor atención médica, se les excluye de oportunidades educativas inclusivas, se les segrega en lugares de trabajo especiales o se les niega el acceso a una vivienda autónoma. Se pueden encontrar ejemplos claros de estigma estructural en las **leyes gubernamentales, en las organizaciones empleadoras e, incluso, en las Constituciones de algunos países** (entre ellos España, sin ir más lejos). En mayo de 2021 se propuso en el Congreso de los Diputados eliminar de la Constitución Española la palabra “disminuidos” para referirse a personas con discapacidad. No fue hasta enero de 2023 que se alcanzó un acuerdo para, por fin, eliminar ese término estigmatizante de un documento que es la norma suprema del ordenamiento jurídico de un país.



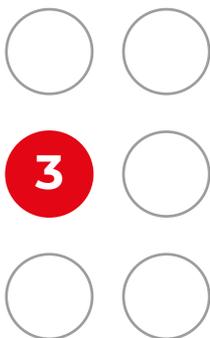
Figura 9. Áreas de la vida afectadas por el estigma hacia la discapacidad intelectual (a partir de Werner y Roth, 2014).

Además de enfrentar un claro estigma estructural, las personas con discapacidad intelectual se enfrentan a situaciones sociales de subestimación, exclusión y marginación. Estas situaciones componen el **estigma social**, de nuevo caracterizado por una serie de estereotipos, prejuicios y discriminación dirigida a este colectivo por parte de la sociedad. En el campo de la discapacidad intelectual, los estereotipos más comunes son las creencias de que estas personas son infantiles, agresivas, dependientes, inocentes, que no tienen potencial de mejoría, que necesitan ayuda siempre, o que sus capacidades intelectuales son siempre muy limitadas (Werner y Scior, 2022). Este tipo de creencias desembocan en reacciones emocionales (prejuicios) por parte de la sociedad, que tienen que ver mayoritariamente con la lástima, la incomodidad y el miedo. De nuevo, como ocurría con las personas con trastorno mental o sin hogar, estas creencias y prejuicios derivan en una serie de comportamientos discriminatorios como la evitación y el distanciamiento social, el rechazo y la segregación, la toma de decisiones en su nombre, la sobreprotección, o incluso el abuso y la violencia. En definitiva, **se les excluye de la vida social y cívica**, negándoles un rol de ciudadanía que se ve opacado por el rol de discapacidad (Ditchman et al., 2013).

Por otra parte, las personas con discapacidad intelectual también son conscientes de que portan una etiqueta con connotaciones negativas para los demás, y de que la sociedad los percibe como “diferentes” (Werner y Scior, 2022). El **estigma internalizado** lleva a estas personas a ocultar su discapacidad, con el objetivo de ser tratadas de una forma igualitaria con respecto al resto de personas de su entorno. No obstante, los escasos estudios que existen sobre estigma internalizado en personas con discapacidad intelectual han arrojado resultados inconsistentes (Werner y Scior, 2022). Por ejemplo, algunos trabajos encuentran relación entre la presencia de estigma internalizado y una auto-degradación unida a un sentimiento de injusticia, mientras que otros no encuentran relación entre este tipo de estigma y la percepción de auto-valoría de la persona. Por otra parte, el estigma internalizado **deriva en auto-aislamiento y distanciamiento** de los demás en algunas ocasiones, y en adhesión a roles “normalizados” y normas sociales (como ser amable, limpio y callado) con la intención de encajar en la sociedad. Teniendo esto en cuenta, se podría afirmar que otra muestra del estigma que viven las personas con discapacidad intelectual es la escasa investigación relativa a esta condición en particular.

Como último apunte, es necesario mencionar el relevante papel del estigma por asociación que afrontan las familias de las personas con discapacidad intelectual. El **estigma por asociación** (o estigma familiar) se refiere a la situación en la que se transfiere el estigma y la discriminación asociados a las personas con discapacidad intelectual a sus familias (Goffman, 1963; Werner y Scior, 2022). En este sentido, los miembros de la familia pueden ser objeto de burlas, culpabilizados, acusados de maltrato, rechazados o considerados responsables de la discapacidad de la persona. Un constructo relacionado con este tipo de estigma es el estigma por afiliación, que se refiere a una internalización de ese estigma por asociación por parte de los miembros de la familia. Es decir, los familiares acaban creyéndose que son culpables de la situación de la persona con discapacidad (Werner y Scior, 2022). Al final, la familia se acaba encontrando en una situación similar de exclusión y aislamiento que la de sus familiares estigmatizados. El estigma por asociación puede tener consecuencias muy negativas para las familias, generando malestar y peor salud general. Además, la internalización del mismo deriva en sentimientos de vergüenza y culpa por la persona con discapacidad intelectual, y en comportamientos de auto-aislamiento o de mantenimiento de la discapacidad del/la familiar en secreto (Werner y Scior, 2022).

Existe una consecuencia, muy nociva, común a todas las actitudes y conductas estigmatizantes y discriminatorias, ya sean hacia personas con trastorno mental, en situación sin hogar o con discapacidad intelectual. Esta consecuencia es la reducción o evitación de la **búsqueda de ayuda** por parte de las personas estigmatizadas. Es por ello, entre otras cosas, que es tan necesario llevar a cabo intervenciones de reducción del estigma basadas en unas pautas de Buenas Prácticas claras y accesibles.



METODOLOGÍA

En el diseño del estudio para la elaboración de la escala de indicadores de buenas prácticas en la lucha contra el estigma se ha seguido una perspectiva integral al incluir distintos tipos de información relevante: la evidencia acumulada por la investigación nacional e internacional relativa a los indicadores de buenas prácticas y la eficacia de las acciones de lucha contra el estigma ha sido complementada con el punto de vista de las personas usuarias, sus familiares y profesionales aportados por los trabajos incluidos en la tesis doctoral de Sara González (Director: Manuel Muñoz; González, 2020) y los datos disponibles sobre la población general aportados por el estudio Estigmatismo (Martín y Ahaoual, 2019). De este modo, la investigación se organiza de acuerdo al esquema que se presenta en la figura 10.



Figura 10: Diseño metodológico del estudio de indicadores de buenas prácticas.

3.1. Revisión de propuestas de indicadores de buenas prácticas

En primer lugar, se lleva a cabo una búsqueda incidental de materiales de las principales propuestas de indicadores de buenas prácticas desarrolladas en el ámbito social. Posteriormente, se elabora con ellas una tabla, que se encuentra en el apartado 4 de esta guía, en la que se incluyen los indicadores propuestos por UNESCO (2003), OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2003), Agencia Andaluza de Evaluación Educativa (2012), Fundación CEPAIM (2014), Fundación Pilares (recuperado de página web en 2020), FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura) (2015), manual de buenas prácticas de los Centros de Incorporación Social de Bizkaia (Aburto, 2004) y National Institute for Health and Care Excellence, Great Britain (NICE) (2019). A partir de la información recogida en esta tabla, se desarrollan los indicadores específicos de buenas prácticas para acciones contra el estigma.

3.2. Revisión de la eficacia de las intervenciones contra el estigma

En paralelo a lo anterior, se procede a revisar la literatura científica sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas y sociales contra el estigma. Se revisa la evidencia acumulada de las intervenciones eficaces para reducir el estigma social, el estigma internalizado, el estigma de los profesionales, las aportaciones de las nuevas tecnologías a la lucha contra el estigma. La revisión se completa con las opiniones de la población general incluidas en el estudio Estigmatismo (Martín y Ahaoual, 2019), en el Estudio del estigma en la población española de la Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma (Muñoz, et al., 2022. Ver: <https://www.contraelstigma.com/estudio-estigma/>), y las de las personas con trastornos mentales, sus familiares y los profesionales identificadas por González (2020). Además, se valoran las experiencias en primera persona de las personas en situación sin hogar y con discapacidad intelectual extraídas de estudios cualitativos.

3.2.1. Eficacia de intervenciones contra el estigma social e internalizado

Se realiza una revisión de fuentes bibliográficas relacionadas con las intervenciones eficaces para la reducción del estigma. Concretamente, se consultan las revisiones sistemáticas y meta-análisis más recientes sobre la eficacia de las intervenciones contra el estigma, tanto social como internalizado.

Personas con trastorno mental. Para ello, se lleva a cabo una búsqueda de los siguientes términos: stigma AND mental illness, self-stigma AND mental illness, stigma AND intervention, stigma intervention AND mental illness, mental illness stigma intervention AND family, mental illness stigma intervention AND professionals; en las bases de datos bibliográficas PubMed, Medline, ProQuest, PsychArticles y Google Scholar. Se tienen en cuenta las publicaciones desde el año 2010 hasta el 2020. Se seleccionan las siguientes

revisiones sistemáticas y meta-análisis, que identifican variables clave para reducir el estigma: Corrigan Morris, Michaels, Rafacz y Rüsche (2012), Mehta et al. (2015), Yanos et al. (2015), Thornicroft et al. (2016), Gronholm, Henderson, Deb y Thornicroft (2017), González y Muñoz (2020), Alonso, Guillén y Muñoz (2019), Cathoor et al. (2020) y se completa la búsqueda con los estudios más recientes hasta la actualidad. Además, se consulta a profesionales y académicos expertos en el área de la atención a la diversidad y la exclusión social y de la innovación en actividades y programas psicoeducativos relacionados con el arte.

Personas en situación sin hogar. Se lleva a cabo una búsqueda en las bases de datos bibliográficas PubMed, Medline, ProQuest, PsychArticles y Google Scholar utilizando los términos: stigma AND homeless*, self-stigma AND homeless*, stigma AND intervention, stigma intervention AND homeless*, homeless* stigma intervention AND family, homeless* stigma intervention AND professionals. Como ya se ha comentado anteriormente, no existen revisiones sistemáticas hasta el momento sobre la eficacia de intervenciones de reducción de estigma hacia personas en situación sin hogar (Canham et al., 2022). Por esta razón, las recomendaciones de Buenas Prácticas irán en la línea de las intervenciones de reducción de estigma sobre las que hay conocimiento de su eficacia.

Personas con discapacidad intelectual. Se lleva a cabo una búsqueda en las bases de datos bibliográficas PubMed, Medline, ProQuest, PsychArticles y Google Scholar utilizando los términos: stigma AND "intellectual disability*", self-stigma AND "intellectual disability*", stigma AND intervention, stigma intervention AND "intellectual disability*", "intellectual disability*" stigma intervention AND family, "intellectual disability*" stigma intervention AND professionals. Tal y como ocurre con las personas en situación sin hogar, no existe actualmente ninguna revisión sistemática o meta-análisis que describa la eficacia de las intervenciones de reducción del estigma hacia la discapacidad intelectual. Se contará con la información extraída de un reciente manual publicado por la Universidad de Cambridge (Werner y Scior, 2022), y del, ya clásico, editado por Patrick Corrigan (Werner y Roth, 2014). Ambos libros recogen las estrategias más efectivas para la reducción del estigma en el campo de la discapacidad intelectual

3.2.2. Estrategias con profesionales

Una de las fuentes de estigmatización para las personas con diagnósticos psiquiátricos, en situación sin hogar o con discapacidad intelectual son las propias personas que trabajan con ellas. Por este motivo, es necesario conocer la eficacia de las intervenciones enfocadas a reducir el estigma en profesionales. Para ello, se consulta la revisión sistemática llevada a cabo por Gómez-Heredia y Muñoz (2020, TFM no publicado). En esta revisión se analizan 22 estudios, en los cuales aparecen profesionales con diferencias en cuanto al perfil profesional, el ámbito de trabajo, la experiencia, el contacto y el tipo de población con la que trabajan. También se contará con la información de una reciente revisión sistemática y meta-análisis sobre intervenciones efectivas para reducir el estigma en contextos sanitarios (Lien et al, 2021).

3.2.3. Eficacia de las Tecnologías de la información y la comunicación en las acciones contra el estigma

Para conocer la eficacia y el modo de empleo adecuado de las tecnologías de la información y la comunicación se consulta la revisión sistemática de Gómez-Merino y Muñoz (2020, TFM no publicado). En ella se analizan 21 publicaciones en las que se utilizan dispositivos de telecomunicación como la realidad virtual, realidad aumentada, vídeos, podcast, programas web y videojuegos formativos, con el objetivo de conocer los beneficios y limitaciones de las TICs en la reducción del estigma y establecer cuál es la alternativa más efectiva. También se tiene en cuenta la información extraída de una reciente revisión sistemática y meta-análisis sobre intervenciones innovadoras de reducción de estigma basadas en la tecnología (Rodríguez-Rivas et al., 2022). Además, se contará con la información extraída de una reciente revisión narrativa sobre intervenciones innovadoras para la reducción del estigma asociado a la discapacidad intelectual (Lim et al., 2021).

3.2.4. Estudios de población general

Además, se revisa el estudio Estigmatismo, elaborado en el marco de Grupo 5 (Martín y Ahaoual, 2019). En este estudio, que cuenta con encuestas a 1.714 participantes, se analiza el estigma social de la población española hacia personas con trastorno mental, personas sin hogar, mayores y personas con daño cerebral adquirido. Los resultados muestran el efecto del grado de familiaridad en el nivel de estigmatización, así como las diferencias en actitudes estigmatizadoras en relación con la proximidad a un centro de atención social para cada colectivo. Además, se valoran también los datos del Estudio del estigma en la población española de la Cátedra UCM – Grupo 5 Contra el Estigma. Este estudio cuenta con una muestra representativa de la población española de 2755 personas. Los datos extraídos de esta muestra destacan la existencia de estigma hacia los tres colectivos en la población española, y la importancia de la cercanía, el contacto y el conocimiento de estas realidades en la reducción del estigma. Con estos datos se puede valorar mejor el impacto del estigma comunitario y el papel que juegan los centros de atención social en él.

3.2.5. Estudios cualitativos

A la hora de identificar las variables que pudieran estar influyendo en la eficacia de las intervenciones para disminuir el estigma internalizado es muy relevante tener en cuenta la opinión de las personas expertas en primera persona, personas con trastorno mental grave (TMG), y la de los profesionales que abordan directamente este tipo de intervenciones en su práctica cotidiana. El trabajo de González (2020) supone una aproximación cualitativa al estudio de las variables que influyen en la eficacia de los programas de lucha contra el estigma internalizado. González (2020) lleva a cabo dos estudios. El primero está dirigido a profesionales que constituyen un panel de expertos, y en él se aplica la metodología Delphi. Y en el segundo, se desarrollan grupos de discusión de personas que tienen un TMG y se encuentran empoderadas ante el

estigma al presentar bajos niveles del mismo. Se completa el trabajo con entrevistas individuales a personas que, aunque también presentan un TMG tienen elevados niveles de este. Todo el trabajo se desarrolla en la Red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid. Por otra parte, también se cuenta con la información recogida directamente de personas con trastorno mental, en situación sin hogar o con discapacidad intelectual de los distintos recursos de Grupo 5, mediante entrevistas cualitativas y grupos de discusión, como parte del Estudio del estigma en la población española de la Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma. Esta información en primera persona es de vital importancia para poder desarrollar unas Buenas Prácticas Contra el Estigma centradas en la persona y enfocadas en los contextos específicos.

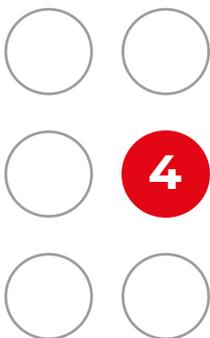
3.3. Elaboración de la Escala de buenas prácticas contra el estigma Grupo 5 - UCM

Después de estudiar las diferentes fuentes documentales mencionadas anteriormente, se integra la información en una tabla resumen y se procede a confeccionar un primer borrador de la escala de indicadores de buenas prácticas para acciones contra el estigma.

La escala se somete a revisión por un grupo de expertos en estigma social e internalizado, académicos y profesionales para optimizar su legibilidad y establecer sus contenidos definitivos.

Posteriormente, se realiza un acercamiento al funcionamiento de la escala, aplicándola a 20 prácticas contra el estigma llevadas a cabo por Grupo 5 durante el año 2019. En este caso, el equipo técnico que ha elaborado esta guía puso en práctica la escala para valorar el correcto funcionamiento de esta.

Finalmente, se redacta la escala definitiva que se encuentra en el capítulo 6. La escala tiene como objetivo facilitar una lista de indicadores de buenas prácticas y de actividades que han demostrado su eficacia en la lucha contra el estigma para que pueda ayudar en el diseño y evaluación de las acciones anti-estigma.



PRINCIPALES PROPUESTAS DE INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS

En los últimos años, viene desarrollándose una tendencia que insiste en la evaluación de la calidad y la ética de las intervenciones, en los diferentes ámbitos de intervención psicológica y social. De este modo se han hecho diversas propuestas de criterios o indicadores de calidad y de contenido ético y social que se han agrupado bajo el epígrafe de *buenas prácticas*. La revisión de Gradaille-Pernas y Caballo-Villar (2016), mencionada anteriormente, parte de las primeras guías de buenas prácticas como la de la UNESCO, auténtica referencia en el área para incluir algunas más actuales y completas (OIT, 2003; Agencia andaluza de evaluación educativa, 2012; CEPAIM, 2014; Observatorio internacional de la democracia participativa, 2015). De forma complementaria, en el presente trabajo se han añadido diferentes propuestas para definir aquellos indicadores que discriminen las buenas prácticas, en concreto se revisan propuestas de otras entidades, como la FAO (2015), el manual de buenas prácticas de los Centros de Incorporación Social de Bizkaia (Aburto, 2004); NICE (2019) y Fundación Pilares (recuperado de página web en 2020). Igualmente se han consultado otras fuentes que, aunque no se incluyen en la tabla por centrarse en indicadores más específicos, tienen gran relevancia en el análisis (Criterios de buenas prácticas de Cruz Roja, 2003; Consenso sobre la promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma de la AEN, 2008; Indicadores para la evaluación del estigma de Grupo 5, Vaquero, documento no publicado), Bridging the Gap II The Empowerment of Women and Girls with Disabilities; Guía de Buenas Prácticas contra la discriminación, los discursos de odio y la aporofobia).

Un caso especialmente relevante es el del Proyecto de buenas prácticas de enfermería y salud mental: erradicación del estigma del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Sampietro, 2014), el cual es uno de los escasos ejemplos de guías de buenas prácticas centrados principalmente en la lucha contra el estigma de los trastornos mentales.

En la tabla 2 se han incluido las clasificaciones de indicadores consideradas de mayor interés y se han ordenado en función de las concordancias observadas entre ellas.

Aunque no en todas las guías se definen de igual manera los indicadores, y entendiendo la naturaleza propia de cada una, orientadas a ámbitos tan distintos como la educación, la alimentación o la intervención psicosocial, cabe destacar que se observan indicadores comunes a la mayoría de las propuestas: **innovación, efectividad/eficacia y sostenibilidad**. Otro grupo de indicadores obtienen un menor consenso, pero son igualmente relevantes para las prácticas anti-estigma: **metodología** (*calidad técnica, replicabilidad, transferibilidad*) e indicadores éticos y deontológicos.

UNESCO 2003	OIT 2003	CIS 2003	Agencia Andaluza de Evaluación Educativa 2012	CEPAIM 2014
Innovación	Innovación- creatividad	Innovación: avance, calidad	Innovación Secuenciada y reflexiva	Innovación y Transferibilidad
Efectividad	Eficacia- impacto Eficiente		Efectiva y eficiente Documentada	Efectividad
Sostenibilidad	Sostenibilidad	—	Recursos suficientes y definidos	Sostenibilidad
Replicabilidad	Replicabilidad	Sentido: Calidad, mejora, innovación	Seguimiento riguroso; retroalimentación Hechos constatables	—
—	Pertinencia	—	Responde a las necesidades	—
—	Ética y responsable	—	Código ético	—
—	Trabajo en red	Características: Carácter de acción global, y operativas	Participación ciudadana	Redes sociales Potencia el empoderamiento Genera cohesión
—	—	—	—	—
—	—	—	—	Perspectiva de género

Tabla 2. Resumen de indicadores de buenas prácticas.

FAO 2015	NICE 2019	Fundación Pilares 2020	Cátedra UCM - Grupo 5 Contra el Estigma
—	—	Innovación	Innovación
Efectividad y éxito	—	Diseño o resultados de evaluación	Eficacia y efectividad
Sostenibilidad ambiental, económica y social Reduce los riesgos de desastres (si es aplicable) Técnicamente posible	Factibilidad Riesgo	Sostenibilidad	Sostenibilidad
—	—	Transferibilidad	Metodología: calidad, replicabilidad y transferibilidad
—	Importancia Especificidad Aceptabilidad	Pertinencia	
—	—	Criterios complementarios	Enfoque Ético-deontológico
Resultado de un proceso participativo	—	Trabajo en red Liderazgo en equipo	Enfoque inclusivo y Participación
—	—	Impacto social	Impacto social
Sensibilidad a los asuntos de género	—	Impacto de género	Enfoque de género

Otro grupo relevante de indicadores se asocian a los conceptos de **participación**, que incluyen perspectivas *inclusivas* (abordaje de factores diferenciales como la edad, la cultura, el origen, la identidad LGBTBI, la religión, etc.) e *interseccionales* que consideran las principales intersecciones entre las condiciones biológicas, identitarias, sociales y de salud que pueden afectar a las personas en el momento de tener trastornos mentales, de encontrarse en situación sin hogar o de tener una discapacidad intelectual. También resulta clara la presencia de indicadores relacionados con el **impacto social** que pueda provocar una práctica determinada. Finalmente, resulta de especial relevancia la inclusión del **enfoque de género** que interactúa con todos los indicadores para garantizar prácticas igualitarias y garantistas respecto a las mujeres.

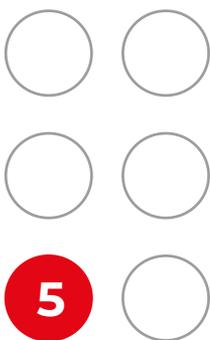
Hasta aquí los indicadores podrían considerarse comunes a los distintos tipos de buenas prácticas que pudieran generarse en la intervención psicológica y/o social. Sin embargo, debe recordarse el carácter específico del presente trabajo, la lucha contra el estigma. Teniendo esto en cuenta, es obligado hacer un especial hincapié en la eficacia de las intervenciones diseñadas para reducir o eliminar el estigma. Como se ha adelantado en el capítulo de metodología, en el presente informe se ha realizado una revisión específica sobre la efectividad de las intervenciones para reducir el estigma social, el internalizado, el que afecta a los profesionales, el papel que pueden jugar las tecnologías de la información y la comunicación. En la mayoría de los casos se han podido completar los estudios cuantitativos con resultados cualitativos y los resultados internacionales con datos obtenidos en nuestro contexto, que reflejan una realidad más próxima. Todos esos resultados se han agrupado en el indicador de efectividad, dotando a éste de un contenido específico relacionado directamente con la reducción de los distintos estigmas.

Como conclusión, se propone el siguiente listado de indicadores de buenas prácticas, el orden no se relaciona con su relevancia a la hora de diseñar o evaluar una práctica.

INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS CONTRA EL ESTIGMA

1. Metodología: calidad, replicabilidad y transferibilidad
2. Eficacia y efectividad
3. Sostenibilidad
4. Enfoque Ético-deontológico
5. Enfoque de género
6. Enfoque inclusivo y Participación
7. Impacto social
8. Innovación

Tabla 3. Indicadores de buenas prácticas propuestos por la Cátedra Contra el Estigma.



PROPUESTA DE INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS CONTRA EL ESTIGMA DE LOS TRASTORNOS MENTALES

En el presente capítulo se aborda una descripción de los indicadores identificados en el capítulo anterior: metodología, efectividad, sostenibilidad, enfoque ético, enfoque inclusivo, participación, impacto social e innovación. De este modo, se pasa revista a cada uno de los indicadores propuestos y en cada caso se identifican componentes clave y posibles subáreas de interés que determinarán los contenidos de la escala de indicadores que se presenta en el capítulo siguiente. Además, en muchos casos se verá cómo los diferentes componentes de cada indicador pueden presentar intersecciones entre ellos que, en algunos casos, hace difícil su inclusión en uno u otro indicador. Estas intersecciones se comentan en cada caso y se trata de justificar la inclusión en uno u otro indicador desde una perspectiva práctica.

5.1. Metodología: calidad, replicabilidad y transferibilidad

Para que una acción se considere buena práctica debe ajustarse a las directrices y limitaciones impuestas por el método científico. De este modo, cualquier intervención debe partir de la observación de la realidad y de la identificación de la necesidad (evaluación de necesidades), generar una hipótesis de trabajo considerando la información científica y la evidencia (diseño), y proceder a contrastar dichas hipótesis con las herramientas de medida adecuadas (evaluación de resultados). Además, las intervenciones se pueden **evaluar** en base a indicadores de carácter cuantitativo y cualitativo que analizan la situación anterior al desarrollo de una acción y la comparan con la posterior; se considera que

ha habido impacto (cambio, resultados) cuando la situación posterior presenta diferencias significativas positivas respecto a la previa en alguna de las medidas tomadas. Por lo tanto, es imprescindible contar con un sistema de evaluación con el que testar los efectos producidos por las actuaciones desarrolladas en relación con los objetivos previstos, y así, constatar las posibles desviaciones y redefinir los objetivos y las medidas propuestas (Gradaille-Pernas y Caballo-Villar, 2016).

En el ámbito científico, se entiende por un proyecto, programa o acción **replicable**, aquel que dispone de instrucciones precisas y facilita la posibilidad de ser contrastado por otro servicio y que, por tanto, sirve de referencia para desarrollar políticas, iniciativas y actuaciones similares en otros lugares. Por otro lado, la **transferibilidad** hace referencia a la capacidad de una experiencia de ser repetida, con elevadas probabilidades de éxito, en un contexto diferente al de su creación, manteniendo sus elementos esenciales. El criterio de transferibilidad, por tanto, evalúa la capacidad de una iniciativa para ser repetida en realidades diferentes a la originaria (Gradaille-Pernas y Caballo-Villar, 2016). Para que se cumpla con el criterio de transferibilidad es recomendable que las organizaciones que realicen prácticas para reducir el estigma cuenten con un repositorio público de las mismas y se publiquen manuales y materiales de apoyo que dirijan las nuevas aplicaciones.

5.1.1. Diseño y método científico

El método científico suele identificarse con el procedimiento hipotético-deductivo de contrastación empírica de teorías o enunciados, aunque, en la actualidad, prácticamente cualquier procedimiento de contraste de hipótesis suele considerarse como método científico, aunque utilice únicamente la inducción (clasificación, sistematización y teorización a partir de los datos observados) o la estrategia deductiva (deriva de las hipótesis el proceso de observación de los hechos).

La aplicación de la metodología científica a ámbitos sociales es compleja y precisa de una formación específica. De forma muy esquemática se puede decir que cualquier práctica que pretenda contar con una calidad metodológica, ser replicable y transferible, debería contar, al menos, con los siguientes apartados: **evaluación de las necesidades** del colectivo con el que se va a intervenir, para ello, además de la información obtenida de la bibliografía existente y del juicio de los profesionales, es recomendable contar con la experiencia en primera persona del colectivo con el que se va a intervenir; **establecer objetivos** en términos operativos, por lo menos un objetivo general (ej. reducir el estigma internalizado de las personas con trastorno mental que acuden a un centro de día; reducir el estigma social hacia las personas en situación sin hogar de un barrio concreto; aumentar la integración laboral competitiva de las personas con discapacidad intelectual de un centro ocupacional) y uno específico (ej. que las personas que participan en la intervención muestren una menor aceptación de los estereotipos sobre el trastorno mental y una mayor autoestima; que las personas del barrio elegido reduzcan su nivel de distancia social hacia las personas sin hogar; que el porcentaje de personas con discapacidad intelectual con un trabajo competitivo aumente en un 50%); dividir a participantes por lo menos en

dos **grupos**, uno experimental (al que se le aplica la intervención) y uno control o placebo (al que no se le aplica la nueva intervención y sirve para comparar la eficacia de la misma); **evaluación de resultados**, para lo que habrá que medir las variables que se pretenden modificar (ej. estigma) antes y después de la intervención; **seguimiento** posterior de los resultados; y **publicación** de los resultados y la evaluación.

Se puede obtener una información más detallada respecto a la aplicación de la metodología científica en las intervenciones psicosociales en manuales de referencia como los siguientes:

García Ferrando, M., Alvira, F., Alonso, L.E. y Escobar, M. (comps.) (2015) *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación (4ª edición)*. Madrid, Alianza Editorial.

Martínez Arias, M. R.; Castellanos López, M. Á.; Chacón López, J. C. (2014) *Métodos de investigación en Psicología*. Madrid: EOS.

5.1.2. Evaluación de necesidades

Los criterios de replicabilidad y transferencia mencionados anteriormente se encuentran estrechamente relacionados con los criterios de viabilidad y factibilidad. La **factibilidad** hace referencia a las posibilidades de éxito que una práctica tendrá en su implementación, para lo que debe tener en cuenta el contexto económico, técnico, organizacional y sociopolítico en el diseño de dicha práctica. El criterio de factibilidad evalúa la adaptación de la iniciativa desarrollada a las necesidades y a los recursos del contexto. Por otro lado, para que una práctica sea **viable** han de evaluarse la viabilidad económica (eficacia y economía de los recursos disponibles), interna (consenso en el equipo responsable de la iniciativa y aceptación entre los miembros de la organización), técnica (adecuación de las propuestas efectuadas a los medios técnicos disponibles), medioambiental (sostenibilidad, preservación de los recursos medioambientales) y social (adecuación a las necesidades derivadas del contexto físico y del contexto temporal, así como a las necesidades y demandas expresadas por la ciudadanía) (Gradaille-Pernas y Caballo-Villar, 2016; Muñoz, Panadero y Rodríguez, 2010a).

La evaluación de necesidades puede ser dirigida por los profesionales para identificar necesidades sociales, personales o de cualquier otro tipo. Sin embargo, los movimientos de investigación-acción participativa (Ander-Egg, 2003) están poniendo de manifiesto que es muy relevante el que las propias personas implicadas (estigmatizadas), tengan la oportunidad de expresar sus necesidades y demandas y que estas se tengan en cuenta en el diseño de la práctica. Claramente esta es una de las intersecciones mencionadas, en este caso entre el indicador metodológico y el de participación que promueve la participación de los distintos agentes sociales en las pretendidas buenas prácticas.

5.1.3. Evaluación de resultados

Se puede decir que toda intervención busca unos resultados determinados. Por ello, independientemente de otros tipos de valoraciones, el análisis de los efectos de la acción, de su impacto en la población meta, es uno de los tipos de evaluación clave (Muñoz, Panadero

y Rodríguez, 2010b). Este tipo de evaluación supone la comprobación empírica de que el programa ha causado los cambios previstos, en la dirección deseada y con la intensidad adecuada. Además, este tipo de evaluación no debe centrarse tan solo en los resultados inmediatos, sino también debe considerar los resultados a medio y largo plazo. Es decir, habrá que evaluar los resultados próximos (inmediatos) de la acción (por ejemplo, disminución de pensamientos y comportamientos estigmatizantes; aumento del número de personas con discapacidad intelectual en el mercado laboral) y sus resultados más a medio y largo plazo (de generalización, por ejemplo, al reducirse el estigma, aumenta el bienestar y la red social; al entrar en el mercado laboral, el estatus económico de las personas con discapacidad mejora). Esto quiere decir que en las intervenciones anti-estigma, habrá que evaluar el estigma y valorar su reducción, pero también habrá que medir los cambios en el bienestar de la persona, su funcionamiento psicosocial o su salud y calidad de vida.

De este modo, la evaluación de resultados debe convertirse en parte de la propia acción. Para ello, han de explicitarse los dominios o variables a evaluar, las técnicas utilizadas para medirlas y los procedimientos diseñados para su aplicación (tiempos, agentes sociales implicados, etc.). Se considera buena práctica aquella que cumple con los objetivos planteados, comparando los resultados de la intervención con un grupo control tanto antes como después de la intervención, mostrando un cambio significativo en el grupo experimental. Además, este efecto debe mantenerse en el tiempo, por lo que una buena práctica deberá evaluar de nuevo el estigma, idealmente a los 6 y 12 meses, para conocer los efectos de la intervención a medio y largo plazo.

5.1.4. Publicación de la práctica

Para cumplir con el objetivo de **transferibilidad** es necesario que la información relativa a la práctica y sus resultados se sintetice y se haga pública. Esto implica que pueda demostrar lo que es nuevo o único en la experiencia – sus resultados y procesos - y las oportunidades que tiene de ser reproducida en otros contextos. Para ello, debe sistematizar la práctica, formular sus conclusiones y comunicar los aprendizajes obtenidos (CEPAIM, 2014). Se debe adjuntar toda aquella documentación (fotografías, folletos, póster, noticias de prensa, etc.) que permita visualizar el desarrollo e implementación de la iniciativa, con el objetivo de servir como modelo para otras organizaciones (Gradaille-Pernas y Caballo-Villar, 2016). Por este motivo, se recomienda la publicación de la práctica en forma de manuales, catálogos o artículos científicos en diversos lugares, por ejemplo, en la página web de la organización o enviándolo a asociaciones, medios de comunicación, instituciones políticas, etc. Asimismo, es importante tener en cuenta que las publicaciones pueden realizarse en medios de carácter más divulgativo o científico. Los medios divulgativos son los medios de comunicación, páginas web, revistas profesionales, etc. Mientras que los medios científicos hacen referencia a las revistas científicas donde los artículos son revisados por pares, proporcionando una mayor credibilidad a la eficacia de la práctica. Siempre que sea posible se debería publicar en diversos tipos de medios.

5.2. Eficacia

Al hablar del cambio que producen las prácticas en las personas, grupos o sociedades implicadas es necesario hacer una breve aclaración terminológica entre los conceptos de eficacia, efectividad y eficiencia. La **eficacia** consiste en la capacidad de alcanzar un objetivo fijado en condiciones ideales (generalmente de laboratorio o investigación); mientras que la **efectividad** se refiere al cambio que se consigue al aplicar estrategias eficaces en situaciones naturales (centros sociales, sanitarios, etc.), tomando en cuenta no sólo los efectos deseados sino también, los posibles efectos no planificados; finalmente, **eficiencia** es la relación existente entre los recursos invertidos en una acción y los resultados conseguidos (Muñoz, Panadero y Rodríguez, 2010b). Existen técnicas de intervención que han demostrado una gran eficacia en el laboratorio, pero que su traslado a la práctica real es complejo y las puede hacer poco efectivas. Igualmente, existen estrategias efectivas, pero que suponen altos costes económicos o humanos. En el caso ideal, se trataría de buscar estrategias que hayan demostrado su eficacia en la investigación básica, para luego aplicarlas potenciando su efectividad en medios naturales-sociales de aplicación; y hacerlo con una perspectiva económica que garantice su eficiencia y sostenibilidad. Es decir, una práctica efectiva y eficiente ha de lograr el objetivo establecido de forma demostrable, optimizando los recursos necesarios para su implementación. Los estudios de buenas prácticas son una estrategia muy adecuada para facilitar el traslado de la investigación de laboratorio (eficaz) a la práctica real (efectividad) de manera económicamente sostenible (eficiencia).

5.2.1. Los estudios de evidencia

Si una técnica o estrategia no es eficaz, difícilmente podrá ser efectiva y eficiente. Por tanto, el primer paso al planificar cualquier intervención psicológica, social o sanitaria consiste en fundamentarla sobre evidencias de eficacia que puedan apoyar las distintas estrategias a emplear en la misma.

En el ámbito de la investigación científica se vienen desarrollando criterios para clasificar los distintos tipos de evidencias y asegurarse la calidad científica de los estudios realizados (APA, 1998; 2015; NICE, 2000). En el ámbito psicológico y social uno de los esfuerzos de mayor relevancia realizado en este ámbito es, sin duda, el de la Asociación Americana de Psicología (APA). Desde hace más de 20 años la APA viene preocupándose por la evidencia de los tratamientos psicológicos en lo que ha venido a denominar **tratamientos validados empíricamente** (Chambless y Hollon, 1998; Tolin, McKay, Forman, Klonsky y Thombs, 2015). En estas guías figuran algunos criterios relacionados con la calidad metodológica y la medida de los resultados entre otros. Uno de los primeros trabajos al respecto fue el llevado a cabo por Chambless y Hollon (1998), tratando de definir características que identificasen los tratamientos “bien establecidos” o “probablemente eficaces”. En este sentido, para lograr esa calificación, un tratamiento debe ser apoyado por al menos dos estudios técnicamente correctos e independientes o por una amplia serie de experimentos de caso único controlados con especial cuidado. Tolin et al. (2015) avanzan en el tipo de condiciones que deben considerarse al estudiar los tratamientos empíricamente validados, destacando la

importancia de considerar que cualquier estrategia debe ser adaptada a la experiencia del profesional y a las características del cliente; incluyendo estudios cualitativos, junto a los cuantitativos; y proponiendo una serie de criterios de evidencia más complejos, que quedan fuera del alcance del presente estudio.

En paralelo, en Gran Bretaña se ha desarrollado uno de los proyectos más ambiciosos que persiguen conseguir el rigor científico en las intervenciones psicológicas y de salud. Se trata del proyecto desarrollado por el NICE (Baker y Kleijnen, 2000), que se ha centrado en la redacción de guías de intervención que revisan la eficacia de las distintas intervenciones. Hasta el momento no se dispone de una guía NICE sobre el estigma que pueda ayudar en este ámbito. Por otra parte, los criterios empleados han sido descritos anteriormente y considerados en la revisión realizada para la definición de los criterios en el presente documento.

Las clasificaciones de criterios de evidencia superan los propósitos del presente estudio, pero ofrecen algunas directrices básicas a considerar a la hora de elegir una estrategia o técnica concreta para incluir en una práctica o acción. De este modo, sería recomendable que al seleccionar una técnica, estrategia o programa de intervención para incluirlo en una nueva práctica se tuviera en cuenta la evidencia que la sustenta. Al menos, se debería distinguir si la técnica dispone de:

- **Evidencia basada en la opinión de los expertos.** Se trata de estrategias que son consideradas efectivas por los profesionales expertos en el área, aunque no se disponga de evidencia empírica contrastada para sustentar dichas opiniones. De forma complementaria, un enfoque inclusivo debe atender también a las opiniones y experiencias de los expertos en primera persona (a los que va dirigida la práctica). Se trata de un primer nivel de evidencia que puede tener cierta utilidad al orientar algunas intervenciones y ayudar a incluir a los participantes en un enfoque inclusivo de investigación. Pero no sería correcto justificar prácticas exclusivamente con este nivel de evidencia.
- **Evidencia basada en estudios incidentales.** Se trata de la existencia de estudios iniciales o incidentales que parecen indicar la eficacia de una técnica. Sin embargo, no son totalmente experimentales o no han sido replicados. Pueden ser estudios de caso, buenas prácticas no evaluadas adecuadamente, estudios iniciales de una nueva técnica, etc. Las técnicas que disponen de este tipo de evidencia pueden emplearse, pero deben someterse a un control estricto de su efectividad durante la aplicación.
- **Evidencia basada en estudios experimentales.** Evidencia que proviene de estudios experimentales controlados (doble ciego, aleatorización, toma de medias, etc.). Sería deseable que los estudios hubieran sido replicados por equipos independientes y, mejor, en distintas ocasiones, poblaciones, etc. Este tipo de estudios pueden ser agrupados en revisiones sistemáticas, revisiones Cochrane o meta-análisis que analicen los efectos en distintas poblaciones, grupos, momentos, situaciones, etc. Sin duda, este es el tipo de evidencia que garantiza mejor la efectividad de las prácticas a emprender en los distintos servicios y recursos.

La inmensa mayoría de los estudios incluidos en las revisiones mencionadas hasta ahora hacen hincapié en la **eficacia**. Se trata de estudios de laboratorio, con condiciones muy elevadas de control experimental, etc., pero no abordan en igual medida la complejidad del traslado de esa evidencia a la práctica en ámbitos sociales. Para ello hacen falta estudios de **efectividad** que valoren la eficacia conseguida por las técnicas en su aplicación cotidiana en condiciones no tan ideales como las del laboratorio (por ejemplo, clientes que no asisten a consulta, instrucciones que no se ajustan a la persona, profesionales no entrenados o motivados suficientemente, etc.). Aunque la APA y otras instituciones insisten en la necesidad de realizarlos, los estudios de efectividad son todavía escasos. Los informes de buenas prácticas realizados con metodología y calidad exigente pueden ser un instrumento muy adecuado para llevar a cabo este traslado de la evidencia desde el laboratorio a la realidad social. Como puede deducirse, la aplicación de cualquier estrategia culminará con un estudio de su **eficiencia** en términos económicos como se verá más adelante en el capítulo de sostenibilidad económica.

5.2.2. Eficacia de intervenciones contra el estigma social

En el caso de las intervenciones para reducir el estigma social o público hacia las personas con trastorno mental se cuenta con la excelente revisión de evidencia realizada por Corrigan et al. (2012). Corrigan revisa 72 estudios con más de 38.000 participantes en 14 países. Las principales conclusiones identifican intervenciones moderadamente positivas con tamaños del efecto que oscilan entre 0,10 y 0,70. Los autores agrupan las estrategias empleadas que han demostrado cierta eficacia en tres categorías: estrategias basadas en el contacto, estrategias basadas en la educación y las campañas de protesta o de activismo social o político (Corrigan et al., 2012). Estas estrategias de reducción de estigma que se definen a continuación han sido prioritariamente investigadas en el ámbito de las personas con trastornos mentales. En este sentido, la investigación en el área de las personas en situación sin hogar o con discapacidad intelectual es, como ya se adelantó previamente, muy escasa. Siendo así, y aunque se profundizará en estudios desarrollados en los distintos ámbitos, las estrategias de contacto, educación y activismo son generalizables para las tres poblaciones que ocupan esta Guía de Buenas Prácticas.

- Se entiende por intervenciones basadas en el **contacto**, aquellas en las que se produzca una interacción entre personas con y sin diagnóstico de trastorno mental, en situación sin hogar o con discapacidad intelectual, diferenciándose entre contacto directo (interacción presencial) e indirecto (interacción a través de otros soportes, mayoritariamente tecnológicos). Para que las intervenciones basadas en el contacto sean beneficiosas, este debe producirse entre dos grupos que tengan el *mismo estatus* durante la intervención y que *compartan un objetivo*. Además, deberían tener la oportunidad de *llegar a conocerse* durante la interacción, debe servir para desmentir estereotipos negativos y tiene que incluir una *cooperación activa* y una *estructura orientativa* (Cronholm et al., 2017).
- Por otro lado, las estrategias de **educación** consisten en desmontar aquellos estereotipos no fundamentados acerca de los trastornos mentales, la situación sin hogar o la discapacidad intelectual, reemplazándolos por información factual. Algunas de las di-

ferentes estrategias que pueden clasificarse dentro de esta categoría serían anuncios, libros, flyers, películas o vídeos; siendo algunas de sus ventajas su bajo coste y amplio alcance (Corrigan et al., 2012). Para que los programas de educación basada en el contacto provoquen un cambio actitudinal deben tener en cuenta lo siguiente: el contacto social debe incluir el testimonio personal de alguien que haya tenido la experiencia del trastorno mental, la situación sin hogar o la discapacidad intelectual, múltiples formas o puntos de contacto social, centrarse en el cambio del comportamiento enseñando habilidades para que sepan qué decir y cómo actuar, desmontar mitos, la persona que guía el programa debe tener un enfoque centrado en la persona (en lugar de la patología), y se debe enfatizar la recuperación como una parte elemental del mensaje (Gronholm et al., 2017).

- Por último, las **campañas y el activismo** destacan las injusticias generadas por el estigma (Corrigan et al., 2012). Algunas campañas de sensibilización pública recientes han mostrado una mejora en las actitudes hacia personas con trastorno mental (Thornicroft et al., 2016). Un magnífico ejemplo son los trabajos de evaluación de eficacia realizados alrededor de la campaña England Time to Change que han mostrado cambios de hasta un 5% en un año en algunas de sus actuaciones (Henderson et al., 2012). Sin embargo, este cambio actitudinal ha sido pequeño o moderado y han mostrado ser más eficaces en mujeres. Puede destacarse cómo algunas de las acciones de activismo pueden llegar a ser muy eficaces para modificar el estigma estructural en forma de políticas, iniciativas parlamentarias, acciones sindicales, etc.

Al comparar la eficacia-efectividad (muchas de las campañas y acciones sociales se evalúan en su ámbito social de aplicación y, por tanto, es muy difícil distinguir entre eficacia y efectividad en el sentido que se ha comentado más arriba) de las acciones mencionadas se encuentra que, al menos a corto plazo, tanto las intervenciones educativas como las basadas en el contacto aumentan el conocimiento sobre las personas estigmatizadas y sus problemáticas y mejoran las actitudes, sin que ninguna de las dos muestre una clara ventaja sobre la otra (Catthoor et al., 2020). No obstante, hay estudios que indican una ligera ventaja de las intervenciones basadas en contacto en la población adulta y de la educación en población adolescente (Corrigan et al., 2012). Por otra parte, la combinación de estas dos estrategias en intervenciones multicomponente parece ser el mejor camino para reducir el estigma, al menos el que se asocia tanto al trastorno mental como a la discapacidad intelectual (Werner y Scior, 2022). No obstante, es necesario tener en cuenta que no se conocen los efectos en el comportamiento real de las personas que participan en estas intervenciones, ni los efectos de estas a largo plazo dada la escasez de estudios de seguimiento más allá de unos meses (Mehta et al., 2015; Thornicroft et al., 2016).

En cuanto a las intervenciones en **grupos específicos** de la población se encuentran dos grupos de especial relevancia por su cercanía y contacto con las personas estigmatizadas, son los grupos de **profesionales** y la **familia**. Las intervenciones con profesionales se detallan en el punto 5.2.5. Por otro lado, en cuanto a las intervenciones dirigidas a reducir el estigma social en familiares, no se han encontrado meta-análisis que evalúen su eficacia, pero sí se han encontrado algunos ejemplos específicos de las mismas. Un estudio realiza-

do por Shrivastava, Johnston, De Sousa, Sonavane y Shah (2014) muestra la opinión de los familiares con respecto a las intervenciones contra el estigma, que consideran deben seguir dos tipos de estrategias. Por un lado, resaltan que el estigma proviene del desconocimiento y las actitudes negativas de la sociedad y las propias familias, por lo que mejorar la opinión pública sobre los trastornos mentales, la situación sin hogar o la discapacidad intelectual es considerado un factor esencial. No obstante, añaden la necesidad de mejorar el tratamiento clínico, por ejemplo, facilitando el acceso al mismo, mejorando los programas de prevención y la detección temprana, puesto que consideran que la sintomatología puede ser un factor de estigma social. Recientemente, Shamsaei, Nazari y Sadeghian (2018) mostraron la eficacia de una intervención para reducir el estigma en familiares. Esta consistía en cuatro sesiones educativas llevadas a cabo en grupos pequeños. En la primera sesión, se explicó en qué consistía la intervención, se enseñaron algunos elementos básicos de salud psicológica y se pidió a las personas que participaban que compartieran alguna experiencia relacionada con el estigma, en caso de tenerla. En la segunda sesión, se dio información sobre los trastornos mentales, sus causas, tratamientos y cómo cuidar de personas con trastorno mental. En la tercera sesión, se proporcionó información sobre los roles de la familia en el cuidado de las personas con trastorno mental. Por último, en la cuarta sesión, se habló de cómo reconocer el estigma y se enseñaron habilidades para manejarlo. Los resultados muestran una reducción del estigma tras la intervención. En el ámbito de la discapacidad intelectual, las intervenciones familiares deberían ir dirigidas a reducir las actitudes negativas que los miembros de la familia puedan tener hacia la persona con la discapacidad. Además, se busca mejorar la habilidad de la familia para enfrentar ese estigma que sufren tanto ellos como la persona con la discapacidad (Werner y Scior, 2022). No obstante, actualmente no existe ninguna intervención publicada que aborde el estigma de las familias de las personas con discapacidad intelectual, dato muy preocupante debido al impacto que puede tener el estigma en un nivel tan privado.

Como ya se ha expuesto, las estrategias de reducción de estigma social definidas por la investigación en salud mental son generalizables tanto a la situación sin hogar como a la discapacidad intelectual, y por tanto pueden ser herramientas de desarrollo de Buenas Prácticas. No obstante, merece la pena resaltar algunas particularidades de estas dos poblaciones, puesto que las situaciones que afrontan pueden ser muy distintas, y la imagen social de cada una de ellas también dista mucho entre sí y se diferencia en puntos importantes de la situación de los trastornos mentales. La primera característica diferencial que merece la pena destacar es que apenas existe investigación que reúna datos de la eficacia de las intervenciones de reducción de estigma en personas en situación sin hogar o con discapacidad intelectual (Canham et al., 2022, Scior et al., 2020). Esto puede deberse, en parte, a que realmente no existen muchos datos de evidencia en estos campos, y las intervenciones de reducción de estigma en estas poblaciones son muy escasas. Es por tanto necesario **fomentar el trabajo** en estas áreas para poder desarrollar Buenas Prácticas Contra el Estigma que garanticen su efectividad, y que estén **adaptadas a las necesidades específicas** de cada colectivo o población.

Por un lado, para reducir el estigma social hacia las personas en **situación sin hogar** es necesario potenciar la inclusión y no promover la segregación de estas personas.

Esto es, por ejemplo, promover políticas públicas de inclusión, invertir en capital social y luchar contra la segregación urbana en barrios marginales (Reina-Peral, 2019). Además, como estrategias propuestas por las mismas autoras que proponen el modelo conceptual de estigma en personas en situación sin hogar o “Homeism” (Canham y Humphries, 2020), destacan la necesidad de eliminar los mitos y generar una visión de **respeto y acompañamiento** de estas personas. En este sentido, es necesario promover la defensa de los derechos de las personas en situación sin hogar mediante el **activismo**, para que puedan recuperar y mantener su estatus de ciudadanía de pleno derecho. Y para promover esa recuperación de la ciudadanía, es necesario que las personas en situación sin hogar participen en procesos de intervención social. Por ello, es de vital importancia llevar a cabo intervenciones que potencien sus capacidades, para que puedan llegar a ejercer su libertad y autonomía en una sociedad que estigmatiza la situación en la que se encuentran (Jordi-Sánchez, 2018). Por último, en el ámbito de la situación sin hogar también se ha descrito la importancia del **contacto** como estrategia contra el estigma. Una forma de llevarla a cabo es mediante el apoyo entre iguales, es decir, mediante el trabajo con pares (personas que han pasado por la situación sin hogar) en las intervenciones de reducción de estigma. Pero en este caso, si bien los hallazgos respaldan la idea de implicar a personas con experiencias vividas en la prestación de apoyo entre iguales, también instan a la cautela y a tener en cuenta la necesidad de reconocer y compensar el trabajo de estas personas, para evitar generar mayor vulnerabilidad (Miler et al., 2020).

En el ámbito de la **discapacidad intelectual**, la investigación encuentra mayores similitudes con la situación de estigma que viven las personas con trastornos mentales. En este sentido, las estrategias de **educación y contacto**, basadas en la eliminación de mitos y en el conocimiento de la realidad de las personas con discapacidad intelectual de forma directa, se han mostrado eficaces para reducir el estigma (Seewooruttun y Scior, 2014). Además, tal y como ocurría con los trastornos mentales, la estrategia de contacto parece tener una ligera ventaja sobre la educación (Werner y Scior, 2022). Teniendo esto en cuenta, es importante señalar que una de las principales estrategias de reducción del estigma social en discapacidad intelectual es la inclusión de estas personas de forma completa en la **participación social y comunitaria** (Werner y Roth, 2014). Por otra parte, también se insta a las personas con discapacidad intelectual a participar en campañas de activismo y de autodeterminación, permitiendo que puedan ejercer su libertad de elección individual, comunitaria y legal. Además, existe una consecuencia importante relacionada con el estigma hacia las personas con discapacidad intelectual, y esta es la **exclusión social**. Las estrategias que se han mostrado eficaces para reducirla tienen que ver con la mejora de las habilidades sociales y de comunicación de las personas con discapacidad intelectual, aunque esta efectividad queda pendiente de una investigación más rigurosa, que también incluya intervenciones de reducción del estigma social (Saran et al., 2023).

5.2.3. Eficacia de las intervenciones contra el estigma internalizado

En el caso de las intervenciones contra el estigma internalizado (esto es, el estigma que

sienten las propias personas que conviven con un problema de salud mental, están en situación sin hogar o tienen una discapacidad intelectual), es necesario delimitar cada campo de investigación, ya que las emociones y malestares asociadas a cada una de estas situaciones son distintas, y también lo es, por tanto, la vivencia de ese estigma internalizado.

No sorprende, no obstante, que de nuevo el área con mayor investigación y más datos de eficacia sea el de la salud mental. Los estudios centrados en investigar el estigma internalizado asociado con el trastorno mental son numerosos y han ido aumentando en los últimos años. Cuando se analizan las principales revisiones y los estudios de evidencia relacionados con el estigma internalizado se encuentran distintas categorías de trabajos: los centrados en la identificación de variables relacionadas con el estigma internalizado que ofrecen indicaciones respecto a las variables a incluir en las buenas prácticas; y los estudios centrados en contrastar directamente la eficacia de las intervenciones en el estigma internalizado.

Existen diferentes revisiones y meta-análisis que han incluido los principales estudios realizados en el campo del **estigma internalizado asociado al trastorno mental** y que identifican las principales relaciones de este con las variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales (Curcio y Corboy, 2020; Gerlinger et al., 2013; Livingston y Boyd, 2010; Del Rosal et al., 2020). Tomando los estudios en conjunto, en general es posible afirmar que el estigma internalizado tiene importantes relaciones con las variables **psicosociales**, como la autoestima, la calidad de vida o las que se refieren al funcionamiento social de la persona. En el caso de las personas en situación **sin hogar**, estas variables incluyen, además de una peor autoestima, la exposición a violencia, abuso de sustancias, victimización sexual y desempleo (Cumming et al., 2022). Por su parte, en el ámbito de la **discapacidad intelectual**, las variables psicosociales implicadas tienen que ver con una autoimagen devaluada y una peor autoestima, llegando a enfrentar incluso delitos de odio (Scior et al., 2022). Por otro lado, en relación con las variables **clínicas**, se destacan las relaciones del estigma internalizado con la gravedad de los síntomas, y es posible afirmar que los casos más graves tienen una tendencia a presentar un mayor estigma internalizado tanto en personas con trastorno mental como en personas con discapacidad intelectual (Scior et al., 2022). En el caso de estas últimas, el estigma internalizado parece estar asociado con mayores niveles de ansiedad y depresión. Finalmente, en las variables **sociodemográficas**, las más estudiadas han sido el género, la edad, la educación y el estado ocupacional, aunque la mayoría ha mostrado relaciones complejas y poco consistentes con el estigma internalizado a lo largo del tiempo. De hecho, los principales resultados sugieren que estas variables no parecen ser clave para explicar tanto la aparición del estigma internalizado como sus consecuencias.

La importancia que se otorga al estigma internalizado en los últimos años ha determinado que se haya puesto en marcha un número importante de trabajos sobre las **intervenciones eficaces para reducir el estigma internalizado** en poblaciones de personas con trastornos mentales de distinta gravedad. Se han publicado varios estudios meta-analíticos y revisiones sistemáticas que recogen un extenso conjunto de trabajos que cumplen con

este objetivo (Griffiths, Carron-Arthu, Parsons y Reid, 2014; Mittal, Sullivan, Chekuri, Allee y Corrigan, 2012; Wood, Byrne, Varese y Morrison, 2016; González, 2020; Yanos, Lucksted, Drapalski, Roe y Lysaker, 2015). En la mayoría de los casos los resultados son moderadamente positivos, con tamaños del efecto de entre 0,30 y 0,50. En una de las revisiones más recientes y completas (González, 2020) se muestra que un 58% de los trabajos encuentran una mejora en el estigma (o en alguna de sus dimensiones). El resto de los programas revisados no consiguen ningún efecto en la reducción del estigma internalizado, aunque sí lo hagan en otras variables (autoestima, sintomatología, etc.) (Fung, Tsang y Cheung, 2011; McCay et al., 2007; Knight, Wykes y Hayward, 2006). En esa misma línea se muestra el meta-análisis de Butcher y Messer (2017) que encuentran tamaños del efecto que varían entre 0,0 (por ejemplo, cambios en estigma percibido o autoestima) y 4,47 (por ejemplo, cambios en calidad de vida). Los autores concluyen que en el momento de su revisión la evidencia es insuficiente para avanzar conclusiones definitivas. De forma más específica, González (2020) revisa los principales **ensayos controlados aleatorizados** que suponen, como se ha visto anteriormente, el máximo nivel de evidencia. En dicha revisión se identifican 6 programas con eficacia demostrada, al que habría que añadir el propio programa de González, González-Sanguino y Muñoz (2019).

Programa de Afrontamiento y Reducción del Estigma Internalizado (PAREI) (Díaz-Mandado, 2015)

PAREI es un programa de intervención psicológica de 8 sesiones de duración. Emplea estrategias psicoeducativas, cognitivo conductuales, motivacionales y basadas en el análisis de experiencias de otras personas con diagnóstico de trastorno mental grave mediante el uso de lecturas. En cuanto a sus resultados, aunque no se halló una reducción del estigma internalizado total, ni de su dimensión cognitiva o conductual, se logra la reducción significativa del estigma internalizado en su dimensión emocional, expresada por la subescala alienación al estereotipo de la Escala de *Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental* (ISMI) (Ritsher et al., 2003).

Honest Opened Proud Program (HOP) (Corrigan et al., 2015)

Es un programa aplicado por pares. Personas con problemas de salud mental que pueden ser un ejemplo de empoderamiento ante el estigma y que han revelado ya a otros su problema de salud mental. Los objetivos principales son: (1) valorar los pros y los contras que tendría para cada persona dar a conocer su propio problema de salud mental; (2) aprender formas seguras de revelar que minimicen los riesgos; y (3) ayudar a las personas a crear su propia historia de revelación. En el programa se subraya la importancia de no forzar a la persona a revelar ya que ella siempre cuenta con esa decisión. Este programa consigue una **disminución en los estereotipos sobre uno mismo**, así como en el daño del estigma sobre la propia autoestima, evaluados mediante la *Escala de Auto-estigma en la enfermedad Mental (SSMIS)* (Corrigan et al., 2006). Sin embargo, no ha podido demostrar cambios respecto de la conciencia de los estereotipos ni tampoco una mejora en las estrategias de afrontamiento del estigma.

Narrative Enhancement/ Cognitive Therapy” (NECT) (Hansson et al., 2017; Roe et al., 2014; Yanos et al., 2012).

Sin ninguna duda es una de las intervenciones contra el estigma internalizado con una mayor evidencia y una base teórica más sólida. Es una intervención grupal pensada para trabajar el estigma internalizado de personas con trastornos mentales graves. De este modo está diseñada para ayudar a las personas con trastornos mentales a reconocer los efectos del estigma sobre sí mismas, a identificar y reconsiderar las creencias auto-estigmatizadoras, y a construir una narrativa personal más rica. El programa tiene una duración de 8 semanas e incluye distintos tipos de sesiones psicoeducativas sobre el estigma, de reestructuración cognitiva y las más representativas del enfoque: sesiones en las que se trabaja con técnicas narrativas.

Antistigma Photovoice (Russinova et al., 2014)

Se trata de un programa de 10 sesiones aplicado por pares, por personas con problemas de salud mental. En este programa se utilizan estrategias de psicoeducación sobre el estigma y ejercicios vivenciales diseñados para reducir los estereotipos sobre los trastornos mentales. En cuanto a los resultados, demuestra eficacia en la reducción del estigma internalizado total y mejoría en la dimensión cognitiva del estigma internalizado, evaluada por la subescala de adherencia al estereotipo de la *Escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental* (ISM1) (Ritsher et al., 2003).

Programa de Psicoeducación de Cuharar y Cam (2014)

Es un programa de 7 sesiones de psicoeducación aplicado por personal de enfermería psiquiátrica. En cuanto a sus resultados, el programa es eficaz en la reducción del estigma internalizado total. Además, mostró eficacia en las dimensiones cognitiva, emocional y conductual en personas con trastorno bipolar. Se encontraron mejoras en el funcionamiento psicosocial de este grupo de personas.

Programa de Psicoeducación de Shin y Lukens, 2002

Un programa psicoeducativo de 10 sesiones creado por Shin y Lukens (2002). Sólo se evaluó la eficacia del estigma internalizado mediante la reducción del estigma percibido. Destaca en este programa la importancia del papel activo de los participantes mediante el fomento de la facilitación de las discusiones grupales. Los resultados reflejan una reducción significativa en el estigma percibido así como una mejoría en la sintomatología positiva y en algunas habilidades de afrontamiento.

Programa de Autoafirmación y Revelación (PAR) (González, González-Sanguino y Muñoz, 2019)

Los autores proponen un programa de intervención manualizado de 9 sesiones en formato grupal, en el que se combinan distintas técnicas terapéuticas. El contenido específico del programa se organiza en seis bloques que se corresponden con distintos objetivos terapéuticos y con el empleo de distintas estrategias de intervención que han demostrado su eficacia en trabajos anteriores. A continuación se describe brevemente cada uno de ellos:

- **Primer bloque.** Equivale a la primera sesión y pretende aumentar los **conocimientos** de los/las participantes sobre conceptos relacionados con el estigma asociado a los trastornos mentales graves mediante el empleo de **estrategias psicoeducativas**.
- **Segundo bloque.** Está compuesto por la 2ª y 3ª sesión y tiene como objetivo cuestionar y **modificar las creencias disfuncionales y distorsionadas** que presenta la persona, tanto aquellas que corresponden a estereotipos sobre los TMGs como aquellas otras más personales que reflejan necesidad de aprobación o perfeccionismo. Se apoya en el uso de la **reestructuración cognitiva**.
- **Tercer bloque.** Complementa mediante una sola sesión al segundo bloque. Para ello usa estrategias derivadas de la **Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)**, tales como la **defusión cognitiva, el uso de metáforas y el mindfulness**, con el propósito de que la persona aprenda a relacionarse desde la aceptación y el distanciamiento con aquellos pensamientos negativos resistentes a la reestructuración cognitiva, bien por su carácter de realidad o de recurrencia.
- **Cuarto bloque.** Igualmente está formado por una sola sesión y tiene como objetivo específico **aumentar la autoestima, la autoeficacia e identificar metas vitales personales** que guíen el desempeño de roles valiosos y significativos lejanos al rol de enfermo.
- **Quinto bloque.** Es el bloque más largo y está compuesto por 3 sesiones. Pretende que las personas aumenten su **percepción de autoeficacia** a la hora de enfrentarse a situaciones estigmatizantes. Para ello se entrena en **estrategias de afrontamiento** adaptativas ante situaciones sociales estigmatizantes. Entre estas estrategias se da especial énfasis a la estrategia de dar a conocer el propio trastorno mental, para cuyo entrenamiento se dedica una sesión completa, que se basa en una adaptación del programa Honest, Open, Proud de Corrigan (Corrigan et al., 2015). Esta sesión es liderada, como en el programa original, por un par que actúa como facilitador de esta, y se centra en valorar las ventajas e inconvenientes de revelar, o no, el propio trastorno mental. Además en ella se emplean técnicas derivadas de la **terapia narrativa**, que tratan de propiciar que cada participante pueda narrar su propia historia de recuperación para, en el caso de considerarlo, poder apoyarse en ella a la hora de revelar su propio trastorno mental a los demás.
- **Sexto bloque.** Se corresponde con la última sesión del programa y tiene como objetivo el **mantenimiento de los logros, la prevención de recaídas y la generalización de los resultados**.

Los principales resultados mostraron mejoras en el estigma internalizado total y en todas sus dimensiones: cognitiva, emocional y conductual, en el grupo experimental tras la fase de tratamiento, así como en la sintomatología depresiva. Por otro lado, se observa una tendencia de mejora en la variable de recuperación subjetiva. En conclusión, los resultados apoyan que el programa PAR resulta eficaz para mejorar el estigma internalizado en todas sus dimensiones en personas con TMG. El grupo se encuentra trabajando en la actualidad en la generalización a otros tipos de trastornos.

Intentando hacer un resumen de la situación, Yanos y cols. (2015) publican uno de los estudios de referencia en este ámbito, que tiene como principal objetivo el de comparar y revisar las diferentes intervenciones dirigidas a combatir el estigma internalizado disponibles hasta el momento. De acuerdo con este estudio (Yanos et al., 2015), los mecanismos comunes utilizados en las intervenciones revisadas serían los siguientes:

- 1. Psicoeducación e información** para desmontar mitos acerca del trastorno mental, siendo común a todas las investigaciones revisadas. El desarrollo de un pensamiento crítico constituye una herramienta necesaria para poder rechazar en lugar de internalizar aquellas ideas, emociones y pensamientos que pueden ser atribuidos a una persona a través del estigma social. Intervenciones como Healthy Self-Concept (Autoconcepto saludable) (MacCay et al., 2006), una intervención grupal con participantes que habían tenido de manera reciente su primer episodio psicótico, en la cual, durante 12 sesiones, los participantes participaban en grupos de discusión con el objetivo de desarrollar una interpretación personal de aceptación de la experiencia con el trastorno y minimizar las actitudes de autoestigma. Cada tema, que estaba apoyado por el folleto, se discutía en dos sesiones. Durante esta intervención, la información y psicoeducación no eran presentadas de manera explícita. Los participantes contaban con folletos con información correspondiente a cada tema que revisaban y discutían durante dos sesiones en dos semanas consecutivas.
- 2. Técnicas cognitivas** que favorezcan el aprendizaje de habilidades para identificar y combatir los pensamientos autoestigmatizantes, estrategias esenciales en las investigaciones revisadas. Estas estrategias pueden formar parte de las intervenciones de manera explícita o pueden estar presentes implícitamente en actividades. El Programa de Reducción de Estigma Internalizado, creado por Fung y sus colaboradores en 2011, pone de relieve la importancia de la utilización de técnicas cognitivas. Esta intervención diseñada para modalidad grupal e individual tiene como objetivo desmontar los mitos y resistencias que los participantes puedan tener acerca de la participación en intervenciones psicosociales así como la reducción del estigma internalizado. En este programa se incluyen diferentes mecanismos, entre ellos la reestructuración cognitiva y la entrevista motivacional. Además de incluir dos primeras sesiones con grupos de psicoeducación e información, durante las cinco siguientes se dedican a la aplicación de estas dos técnicas, incluyendo la discusión sobre el estigma social e internalizado de manera aplicada, así como la identificación y eliminación de barreras cognitivas que puedan existir en relación con la recuperación y las estrategias para combatir el autoestigma.
- 3. Narración**, con el objetivo de favorecer la capacidad de darse cuenta y de elaborar un significado de aquellas experiencias pasadas, así como para fomentar que se identifiquen como agentes activos de su propia vida. En este sentido, la intervención diseñada por Yanos y sus colaboradores, Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (Mejora de la Narrativa y Terapia Cognitiva) o NECT (2011) hace especial hincapié en la capacidad de los participantes para reelaborar su forma de entender y expresar su experiencia en relación a sus experiencias pasadas y a su diagnóstico y en el impacto de estas circuns-

tancias en su identidad. En esta intervención grupal de 30 sesiones, se incluyen 5 etapas. En la primera de ellas se invita a los participantes a que se describan a sí mismos, y su experiencia con el trastorno mental así como la interacción de estas dos facetas a lo largo del tiempo. Durante esta fase, se mantiene un tono flexible y reflexivo, muy acorde al enfoque constructivista de la intervención. Durante la segunda y la tercera fase se implementa psicoeducación y técnicas cognitivas respectivamente. En la cuarta fase, el núcleo de la intervención, se trabaja la mejora de la narrativa mediante ejercicios de relato de historias personales que los participantes llevan a cabo, invitándoles a reflexionar sobre ellas. El objetivo de esta etapa es ayudar a los participantes a construir un significado a partir de sus experiencias y desarrollar narraciones que son personalmente significativas, comprensibles para los demás y libres de autoestigmatización. Se favorece el feedback constructivo de otros participantes.

4. Toma de decisiones así como herramientas que eliciten sentimientos como esperanza, empoderamiento y motivación hacia la actuación y consecución de sus objetivos, de acuerdo con sus valores personales. Intervenciones como la llevada a cabo por Rusinova y colaboradores (2014) podrían ser un ejemplo. En su intervención, Anti-Stigma Photovoice Intervention proponen a los participantes que se tomen fotos y graben videos contando su experiencia en relación con su diagnóstico. La intervención comprendía 10 sesiones de intervención grupal, las cuales eran guiadas por otro igual (persona usuaria del recurso) entrenado en la intervención. Durante estas sesiones, además de aplicar otros mecanismos ya mencionados como la psicoeducación, técnicas cognitivas y ejercicios de narración, se entrenó a los participantes en el uso de estrategias de afrontamiento proactivo para manejar el estigma internalizado.

A los resultados señalados por Yanos cabría añadir aquellos derivados de la revisión de González (2020) que muestran que, junto a la psicoeducación, las estrategias cognitivas, las narrativas y las tomas de decisiones, puede señalarse que los programas que incluyen **la terapia de aceptación y compromiso, el apoyo mutuo entre pares y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, especialmente la estrategia de revelación del propio diagnóstico**, muestran igualmente una eficacia contrastada.

En referencia a las **personas en situación sin hogar**, como ya se ha comentado, la evidencia disponible es muy escasa también en el ámbito del estigma internalizado. De nuevo, no existe revisión o meta-análisis que aúne la evidencia de la eficacia de los programas de reducción de estigma internalizado en esta población. De hecho, estos programas son tan escasos que podría resultar casi imposible realizar un resumen de la evidencia a grandes rasgos. No obstante, se ha realizado una búsqueda de este tipo de programas y se han encontrado algunos ejemplos que es necesario mencionar. Y para encuadrar estos ejemplos, es interesante rescatar la información de una reciente revisión sistemática que explora el grado de aceptación que tienen las personas en situación sin hogar de las intervenciones sociales y sanitarias (Magwood et al., 2019). En esta revisión, los autores exponen que las personas en situación sin hogar se sienten marginadas, deshumanizadas y excluidas por su experiencia. En este sentido, para trabajar desde el punto de vista del estigma internalizado, es vital recuperar la confianza y la seguridad personal. Desde este prisma, el

mejorar la autopercepción de estas personas y el minimizar su estigma internalizado se ha mostrado eficaz para mejorar sus vínculos sociales, con los servicios de atención y el apoyo entre iguales. Teniendo esto en cuenta, se identifican 2 programas que se exponen a continuación.

The My Strengths Training for Life™ program ([MST4Life], Cumming et al., 2022)

Es un programa que utiliza las fortalezas de las personas participantes (en este caso jóvenes en situación sin hogar) para ayudarlas a desarrollar habilidades esenciales, para utilizar, desarrollar y reconocer sus puntos fuertes y también para mejorar su bienestar. Si bien no es un programa dirigido específicamente a la reducción del estigma, se centra en el desarrollo de la confianza, la resiliencia y la auto-regulación de los y las participantes. Por otra parte, centrarse en “arreglar” los defectos de una persona puede limitar su autonomía y capacidad de acción, conduciendo a una mayor estigmatización y marginación. Es por ello que el programa MST4Life se pueden encuadrar dentro de las Buenas Prácticas contra el Estigma en el ámbito de las personas sin hogar. Este programa ha demostrado ser eficaz para aumentar la confianza en uno mismo, el bienestar y las habilidades de enfrentar eventos estresantes (Quinton et al., 2021).

Proyecto especial de Importancia Nacional de reducción longitudinal de estigma (Maskay et al., 2018)

Es un programa centrado en la reducción del estigma asociado a padecer Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), del estigma asociado a la situación sin hogar, y del estigma asociado a tener un trastorno mental. En este caso, es un proyecto multicomponente que aborda el estigma de forma interseccional. Se lleva a cabo en varios lugares de Estados Unidos, pero todas las intervenciones tienen elementos comunes: (1) contar con orientadores de las intervenciones que trabajasen con los participantes para proporcionar una atención centrada en el cliente; (2) acceso y vinculación a una atención y unos servicios integrales para el VIH; (3) generación de hábitos y atención médica primaria para el VIH y (4) establecimiento o fortalecimiento de relaciones con servicios de viviendas para permitir el acceso a una vivienda estable. De nuevo, estas estrategias no van dirigidas específicamente a reducir el estigma, sino que lo abordan trabajando otra serie de características asociadas, teniendo como eje conductor una filosofía de trabajo centrada en la persona, y como herramienta principal un componente de mejora de la confianza y de reducción de barreras. Esta intervención mostró un descenso significativo en el estigma percibido asociado a la situación sin hogar.

En el caso de las **personas con discapacidad intelectual**, la evidencia disponible con respecto al estigma internalizado es tan escasa como en el ámbito de la situación sin hogar. Tampoco existen revisiones sistemáticas o meta-análisis que recojan intervenciones eficaces contra el estigma internalizado en discapacidad intelectual. No obstante, una búsqueda de este tipo de programas ha arrojado resultados interesantes que se deben señalar. Y antes de presentar los ejemplos, es necesario dibujar el encuadre desde el que se viene trabajando en el ámbito de la discapacidad, centrado en la defensa de los derechos humanos. “Nada sobre nosotros sin nosotros” es una declaración realizada por las

personas con discapacidad hace más de 30 años (Werner y Roth). En esta línea, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2007) aboga por garantizar la participación de estas personas en su toma de decisiones y en su auto-determinación mediante, entre otras estrategias, **la defensa activa de sus derechos** (Anderson y Bigby, 2017). Todo esto implica la necesidad de trabajar estos objetivos en las intervenciones de reducción del estigma internalizado incluyendo esta estrategia. Por otra parte, estrategias como la psicoeducación, la mejora de la autoeficacia o la mejora de las relaciones sociales han mostrado una reducción subjetiva del estigma en personas con discapacidad intelectual (Scior et al., 2022). Teniendo esto en cuenta, se identifican 2 programas que se exponen a continuación, ambos con un enfoque y una evaluación cualitativa y sin datos de eficacia.

'We Just Help Them, Be Them Really' (Anderson y Bigby, 2017)

Este estudio examina el papel de los grupos de defensa de los propios derechos de las personas con discapacidad intelectual en la lucha contra el estigma. Su idea principal es que estos grupos están caracterizados por el compañerismo y cooperación entre personas que comparten responsabilidades, y que además proveen a sus participantes de una sensación de pertenencia y control. En este sentido, los grupos de defensa de los propios derechos ayudan a las personas con discapacidad intelectual a desarrollar oportunidades de cambio (ayudar a otras personas, tener poder sobre la propia vida, divertirse, etc.) e identidades positivas (defensor/a de los propios derechos, experto/a, persona de negocios, persona independiente). En definitiva, estos grupos contribuyen a la mejora de la confianza y al compromiso con la propia vida. Los resultados de este estudio respaldan la idea de que la "autodefensa" puede ser un camino hacia el empoderamiento, pero el carácter cualitativo de su evaluación requiere de prudencia a la hora de interpretar estos datos.

'Standing up for Myself' ([STORM], Scior et al, 2022)

Este programa grupal tiene el objetivo de desarrollar formas eficaces de promover la resistencia al estigma y abordar la vulnerabilidad al auto-estigma entre las personas con discapacidad intelectual. Es una intervención manualizada que comprende 4 sesiones, con frecuencia semanal y de 90 minutos con diferentes mensajes clave abordados en cada sesión, con una quinta sesión de seguimiento aproximadamente 4 semanas después de la cuarta sesión. Las tres primeras sesiones se basan en vídeos con testimonios en primera persona de gente con discapacidad intelectual como estímulo para generar debates en grupo. Además, se realizan preguntas e indicaciones guiadas por el manual del programa. La cuarta sesión se basa en la planificación de acciones, con el objetivo de ayudar a los y las participantes a planificar una acción y a transmitir el mensaje de que todo el mundo puede actuar en defensa de sus derechos. En la sesión de seguimiento se revisan las acciones puestas en marcha y se resuelven problemas y barreras encontradas. La intervención Standing up for Myself (STORM) tiene componentes de la terapia cognitivo-conductual (examina los beneficios y desventajas de diferentes formas de responder al estigma); la terapia narrativa (separándose de una etiqueta estigmatizada y desarrollando nuevas identidades); la psicología de la liberación (reconociendo los actos de opresión); y el apoyo de pares (promueve la participación de las personas con discapacidad intelectual).

tual y genera vínculos). Los beneficios percibidos por los participantes incluyen una mejor comprensión de la discapacidad, una mejora de los vínculos con otras personas, impulso para la defensa de sus derechos, mayor actividad, más autoeficacia y mejor afrontamiento de situaciones difíciles. No obstante, tal y como ocurría con la intervención previamente expuesta, la evaluación cualitativa de los resultados requiere prudencia al interpretar los datos, y los autores no ofrecen datos de eficacia, sino datos de impacto subjetivo de la intervención.

Por último, hay que destacar que la propia idiosincrasia de las intervenciones y de los problemas abordados puede hacer que unas intervenciones se ajusten mejor a ciertas personas y contextos.

5.2.4. El punto de vista de las personas implicadas

De forma complementaria a la evidencia aportada por la investigación cuantitativa resulta de la máxima utilidad contar con el punto de vista de las propias personas implicadas en las acciones de lucha contra el estigma: las personas con trastornos mentales, en situación sin hogar o con discapacidad intelectual, sus familiares y los profesionales que les atienden.

Aunque los estudios son muy escasos en este ámbito, en nuestro contexto, y en el área de las personas con trastorno mental, se cuenta con los trabajos cualitativos llevados a cabo por González (2020). En ellos la autora organiza un panel de expertos profesionales en salud mental y estigma y grupos de discusión con personas con estigma relacionado con su trastorno mental.

Los hallazgos más relevantes de este estudio cualitativo señalan que en opinión de los expertos profesionales y en primera persona resultan imprescindibles para reducir el estigma internalizado estrategias o abordajes terapéuticos que fomenten la autonomía personal y un papel activo de la persona en lo relativo a su propio proceso de recuperación, donde se propone que dejen de ser meros receptores de las intervenciones, para pasar a participar activamente en la planificación y ejecución de las mismas (enfoque participativo). Ejemplo de ello son los grupos de apoyo entre iguales, donde es la propia persona con trastornos la que dirige la intervención sin la ayuda de un profesional (Chamberlin, 2006). También es importante destacar, por la importancia concedida en los grupos, la estrategia de dar a conocer el propio trastorno mental. Además de encontrarse en programas precedentes de reducción del estigma internalizado (Corrigan et al., 2015; Russinova et al., 2014) también ha sido empleada con resultados prometedores en otros grupos de población que también han sufrido y sufren la estigmatización, como por ejemplo el colectivo de personas LGTBI (Hunter, 2007).

Se identifican como útiles también técnicas derivadas de la **terapia cognitivo conductual**, la **terapia narrativa** y la **terapia de aceptación y compromiso**. Así como estrategias dirigidas a la reducción del estigma social como la **sensibilización** o la **terapia familiar**. Y finalmente con menos validez identificada aparecen estrategias como la **psicoeducación** o las **estrategias de regulación emocional**.

Desde la perspectiva de las **personas en situación sin hogar**, los estudios son todavía más escasos que en personas con trastorno mental. Existe un reciente estudio cualitativo centrado en la conceptualización del trauma en población en situación sin hogar, que de forma indirecta aborda el tema de la estigmatización y la discriminación (Gilmoor et al., 2020). El estigma puede ser una fuente de experiencias traumáticas de forma parecida a como lo son la exposición a la violencia, la falta de refugio o el trastorno mental. En este sentido, las estrategias enfocadas al trauma, como la **terapia narrativa**, pueden ser de utilidad para reducir el estigma en esta población. Los participantes de este estudio señalaron que “si la gente entendiera por lo que están pasando, las cosas serían diferentes”. Por ello, puede ser útil también emplear estrategias de **concienciación y educación** sobre la situación sin hogar. Otras estrategias que las personas en situación sin hogar utilizan para afrontar el estigma son el contar la forma en la que llegaron a esa situación, el verse a sí mismos/as como diferentes al resto de personas en su situación, o poner distancia entre su autoconcepto y los estereotipos a los que se enfrentan (Rayburn y Guittar, 2013).

En el caso de las personas con **discapacidad intelectual**, de nuevo encontramos escasez de evidencia desde el punto de vista cualitativo y en primera persona. Un reciente estudio cualitativo con personas con discapacidad intelectual (Lifshitz y Shahar, 2022) mostró que una de las fuentes de estigmatización es que estas personas expresen su discapacidad en términos negativos (“soy estúpido/a”, “no me funciona el cerebro”). De nuevo, las **técnicas narrativas** y de expresión positiva de la discapacidad pueden ser útiles para abordar el estigma desde esta perspectiva. Por otra parte, las personas participantes en este estudio destacaron la importancia de desarrollar sus actividades diarias y su rutina, y la necesidad de promover su independencia y autonomía. Estas actividades proporcionan a las personas participantes un sentido de significado existencial, una sensación de logro, calma y control sobre sus vidas. Por ello, de nuevo se señala la importancia de que las personas con discapacidad intelectual puedan participar de forma activa en programas de defensa de sus derechos. Otras estrategias que las personas con discapacidad intelectual refieren como útiles para reducir el impacto de su discapacidad y del estigma asociado son tomar parte en actividades comunitarias significativas, distanciarse de sus etiquetas, o hablar del tema con otras personas y con personal de atención socio/sanitaria (Robinson et al., 2016). Las personas participantes en este estudio señalaron que todas estas estrategias les ayudan a mejorar su autoestima, su motivación y su bienestar psicológico.

5.2.5. Estrategias con profesionales

Las estrategias enfocadas en reducir el estigma en profesionales de la salud son poco comunes y suelen basarse en la educación. Una reciente revisión sistemática muestra la persistencia del estigma hacia personas con trastorno mental en este colectivo, siendo los profesionales del ámbito de la salud mental, los que trabajan en centros comunitarios y los que tienen más años de experiencia, quienes presentan mejores actitudes, en comparación con el personal médico y de enfermería, de centros hospitalarios y con menor experiencia (Gómez-Heredia y Muñoz, 2020, TFM no publicado). En general, las intervenciones realizadas muestran mejoras en las actitudes, conocimiento sobre la salud mental y las intenciones de comportamiento. Además se ha comprobado que el contacto social

en vídeo puede ser tan efectivo como en persona (Cattthor et al., 2020; Gronholm, Henderson, Deb y Thornicroft, 2017; Thornicroft et al., 2016). Asimismo, un estudio reciente que combina diferentes estrategias como son: tres talleres educativos basados en el contacto, campañas antiestigma con posters que promueven la autorreflexión para cambiar comportamientos estigmatizantes y talleres de arte basados en la recuperación, demostró una mejora de las actitudes a corto plazo, una mayor comprensión de los factores sociales que inciden en la salud mental, la importancia de las creencias culturales, el poder del lenguaje, etc. (Khenti, Bobbili y Sapag, 2019). Por otra parte, en un reciente estudio de metodología cualitativa se consultó a un panel de personas expertas en estigma y en práctica clínica sobre las estrategias más útiles para reducir el estigma en contextos socio/sanitarios. La formación de los y las profesionales en habilidades de comunicación y empatía fue la estrategia más útil señalada por los y las expertas. Le siguieron las estrategias de trabajo multidisciplinar, la supervisión de las prácticas clínicas y el desarrollo de espacios de reflexión. En este sentido, se considera necesario promover la implementación de estrategias de comunicación y empatía en la educación y formación de los y las profesionales sanitarios y sociales para reducir el estigma hacia los problemas de salud mental en estos ámbitos (Chávez et al., en revisión). Por último, como evidencia más reciente, se cuenta con un meta-análisis sobre intervenciones en profesionales de salud cuyos resultados sugieren que la educación combinada con el contacto social es la intervención contra el estigma más eficaz. Esta puede aplicarse en la práctica clínica para ayudar a reducir este estigma y mejorar los servicios sanitarios para las personas con trastorno mental (Lien et al., 2021).

En el ámbito de las **personas en situación sin hogar**, tampoco existe una amplia base de evidencia que aborde el estigma en contextos socio/sanitarios. Es cierto que la recomendación general es trabajar desde un enfoque centrado en la persona, que promueva su autonomía, su intimidad y el cuidado de la autoimagen de las personas que se encuentran en situación sin hogar (Reina-Peral, 2019). Otro estudio centrado en el cuidado médico que reciben las personas en situación sin hogar en el momento del alta hospitalaria reveló la preocupación de los pacientes por la estigmatización que supone revelar su situación de vivienda. Que los profesionales puedan abordar esta situación de vivienda evitando la estigmatización puede mejorar la atención al alta de los pacientes en situación sin hogar.

Por su parte, en relación con las personas con **discapacidad intelectual**, se han utilizado diferentes estrategias de mejora de la atención dirigidas a profesionales, aunque no son estrategias dirigidas exclusivamente a reducir el estigma (Rotenberg et al., 2021). Entre ellas, se encuentran la educación sobre el tema, la utilización de pares con discapacidad intelectual como profesores/as en programas de entrenamiento para profesionales, el trabajo con estudios de caso, o el aprendizaje experiencial comunitario (ejercicios de contacto directo con personas con discapacidad intelectual). Las estrategias como incluir a personas con discapacidad en la formación de profesionales, las prácticas en la comunidad o las sesiones interactivas resultaron ser las más eficaces para mejorar los conocimientos, la confianza, la competencia y la autoeficacia. De hecho, el trabajo de campo con personas con discapacidad intelectual, que incluye el contacto directo, ha demostrado mejorar las

actitudes que los profesionales dirigen hacia estas personas (Sullivan y Mendonca, 2017). De esta forma, estas son estrategias fundamentales para construir sistemas socio/sanitarios inclusivos y para mejorar la atención en salud de las personas con discapacidad.

5.2.6. Eficacia de las estrategias culturales

No son muchos los trabajos que se han centrado en el estudio de las relaciones entre estigma y arte, sólo en los últimos años empieza a acumularse cierta evidencia respecto a las relaciones existentes entre arte y salud mental y, por extensión, entre arte y estigma. En el presente capítulo se siguen las indicaciones ofrecidas por los trabajos de Eloísa Pérez-Santos (Pérez-Santos, 2018; Pérez-Santos, 2019; Pérez-Santos, 2020). La autora nos indica que numerosas investigaciones han puesto de manifiesto que las actividades culturales, en general, y los museos en particular, son capaces de generar bienestar, satisfacción y, en último caso, salud. La fundación Wallace y la *RAND Corporation* publicaron un interesante estudio en 2004 (Wallace Foundation y RAND Corporation, 2004), donde se demostraban los beneficios acumulativos de la participación en actividades culturales en el contexto individual (madurez emocional, autorrealización, bienestar), pero también en el interpersonal (cohesión social, empatía, aumento de la red social) y el comunitario (compromiso, memoria compartida, tolerancia). En 2013, Chatterjee y Noble recopilaron, revisaron y analizaron cientos de proyectos, informes, publicaciones, etc., para averiguar si los museos realmente podían hacer a la gente más feliz y saludable, concluyendo que los museos benefician la salud y el bienestar, proporcionando experiencias sociales positivas que, entre otras consecuencias, reducen el aislamiento social, proporcionan oportunidades de aprendizaje y adquisición de nuevas habilidades, provocan experiencias relajantes que disminuyen la ansiedad y favorecen emociones positivas, como optimismo, esperanza y disfrute, aumentando la autoestima y el sentido de la identidad (Chatterjee y Noble, 2013). Fomentar la visita a los museos y apoyar la participación en actividades culturales puede ser una forma de luchar contra hábitos de comportamiento que perpetúan las situaciones de soledad, aislamiento social, desesperanza, desarraigo y baja autoestima, aunque ello requiera evaluaciones rigurosas de cómo se pueden conseguir estos objetivos a través de programas diseñados al efecto. El proyecto *Happy Museum Project*, liderado por 50 museos de Reino Unido, analiza desde 2011, cómo los museos pueden responder al desafío de crear un futuro más sostenible investigando el impacto del bienestar y la sostenibilidad en la resiliencia individual, organizativa y de la comunidad (Happy Museum Project, 2011). Estos museos se reúnen en torno a un programa dinámico de investigación-acción y aprendizaje de pares con apoyo, respaldado por un sistema de evaluación e investigación que utiliza la metodología LIFE (investigación a través de una sofisticada encuesta centrada en el aprendizaje, la interacción, los sentimientos y el cuidado ambiental) que se realiza antes y después de la actividad para identificar sus resultados.

Las investigaciones sobre la experiencia museística no sólo han confirmado que los museos son capaces de generar estos estados positivos de bienestar, sino que han demostrado que producen experiencias que contribuyen a la formación de nuestra identidad (Falk, 2009). El encuentro de las personas con las obras de arte y los objetos en los museos

puede activar formas de introspección y reflexión creativa que favorece la conexión entre la identidad personal y la memoria (Kavanagh, 2000), lo que genera la aparición de la sensación de significación de lo vivido y el sentido de la trascendencia personal de la experiencia museística. Esta capacidad de los museos para fortalecer los procesos identitarios se ha venido relacionando con su valor terapéutico, su utilidad para la reconstrucción de la identidad y su potencial para generar empoderamiento en personas con discapacidad o con problemas de integración social y/o cultural. Por ello, una buena parte de las investigaciones y evaluaciones que se realizan hoy día en los museos tratan de estudiar las condiciones óptimas para favorecer la accesibilidad universal, la plena inclusión y la efectividad de las acciones encaminadas a ello (Hooper-Greenhill, Sandell, Moussouri y O'Riain, 2000). En 2013, la Asociación de Museos de Gran Bretaña lanzó la campaña *Museums Change Lives*, que alentó a los museos británicos a medir adecuadamente el impacto social positivo generado en sus comunidades (Museums Association, 2013). En definitiva, el arte resulta una herramienta eficaz para mejorar el bienestar general de las personas y sería interesante emplearlo como estrategia de reducción del estigma.

5.3. Sostenibilidad

Se considera una acción sostenible aquella que, sin la necesidad de un mayor esfuerzo económico, administrativo, técnico o social, pueda ser mantenida por la estructura que la desarrolla. Esta circunstancia permitirá a dicha estructura el establecimiento de objetivos a corto, medio y largo plazo, que no vean comprometida la calidad del desempeño de la propia actividad por la falta de capacidad de mantener el servicio o la acción. La viabilidad de las prácticas, para ser consideradas como “buenas” a este respecto, ha de ser considerada en cuanto a su sostenibilidad en distintos niveles. Los niveles de sostenibilidad con mayor consenso son el económico, el medioambiental y el social. Para considerarse una buena práctica debería trabajarse en la interacción de los tres niveles o espacios de sostenibilidad de forma simultánea. Algunos autores añaden además algunos otros tipos de sostenibilidad como, por ejemplo, interna o técnica (Gradaille-Pernas y Caballo-Villar, 2016).

De esta manera, cabe definir los distintos niveles que han de ser considerados con respecto a la sostenibilidad de un proyecto.

5.3.1. Sostenibilidad económica

Como se ha visto en el indicador de eficacia y efectividad, la relación de una práctica efectiva con su coste económico determina su eficiencia. Es evidente que las consideradas buenas prácticas deben ser eficientes. Es decir, entre todas las alternativas efectivas se deberá buscar la que más económica resulte en su implantación y mantenimiento. En el caso de existir una única alternativa efectiva deberán ajustarse los costes económicos para conseguir la máxima eficiencia.

La sostenibilidad económica se define como la posibilidad de mantener económicamen-

te una práctica en el tiempo (CEPAIM, 2014) y se encuentra directamente relacionada con la eficiencia de cada práctica. La tendencia general de aquellas entidades que emprenden acciones de lucha contra el estigma es que parten de cierta vulnerabilidad económica. Por este motivo se considera como un aspecto favorable en este sentido la diversificación de las fuentes de ingresos y la puesta en marcha de procesos que favorezcan que la práctica sea, deseablemente, autofinanciada (cuando esto sea posible y adecuado).

De este modo, el *partenariado* o *partnership*, entendido como una manera de desarrollo individual y colectivo desde la participación, el diálogo y la negociación entre entidades pueden generar una sinergia que favorezca la sostenibilidad económica de la práctica, entre otras cosas. De nuevo una confluencia de indicadores (sostenibilidad y participación).

Además de la importancia de los ingresos que financien la práctica, ha de ser considerada la existencia en la entidad de una política de gestión económica que favorezca un uso eficiente y controlado de los recursos (también humanos); así como la disponibilidad en la propia entidad de alianzas estratégicas que puedan constituir una potencial fuente de apoyo con la mencionada práctica.

Asimismo, la transparencia es una condición *sine qua non* para aquellas que deseen ser consideradas como buenas prácticas. A raíz de los movimientos anticorrupción han surgido algunas entidades que cuentan con sus propias guías de buenas prácticas al respecto de este punto, como es el caso de Transparency International (2018). En este sentido es deseable que las acciones incluyan un plan concreto y definido del modo de proceder con respecto a la transparencia.

5.3.2. Sostenibilidad medioambiental

Aunque en el ámbito del estigma las consideraciones sobre el medio ambiente no son frecuentes, desde una perspectiva ecologista es claro que todas las prácticas deben asegurar su sostenibilidad medioambiental: "Los recursos naturales básicos y los ecosistemas se deben gestionar de manera sostenible a fin de satisfacer las demandas de la población y otras necesidades ambientales, sociales y económicas" (FAO, 2015b). De este modo, las prácticas que promuevan el cuidado y mantenimiento de los recursos naturales de manera implícita o explícita serán consideradas como sostenibles a este respecto.

5.3.3. Sostenibilidad social

Serán consideradas como sostenibles a nivel social aquellas prácticas que, además de contemplar en su planificación de manera concreta el capital humano requerido para la ejecución de la actividad en cuestión, incluya en su plan estrategias que favorezcan el mantenimiento de la práctica o los efectos de la misma por parte de la comunidad (CEPAIM, 2014). Es decir, prácticas que dispongan o activen elementos de sostenibilidad en la propia población a la que va dirigida (por ejemplo, un programa experimental contra el estigma implantado por los profesionales de un centro en un instituto que, posteriormente pretenda mantenerse por la acción de los propios agentes sociales del instituto (profesorado, alumnado, etc.).

5.4. Enfoque Ético

Desde el punto de vista de las sociedades dignas y decentes (Margalit, 1997) toda actividad social debe partir de supuestos de igualdad de derechos, inclusión y participación social. De hecho, toda acción práctica debe ser entendida como una acción ética, es decir, acorde con las normas y los principios fundamentales de respeto a las personas y a sus derechos. Esto se reviste de una especial importancia en las acciones anti-estigma ya que precisamente se trabaja contra la discriminación y la exclusión social de las personas y grupos afectados. Por esta razón, las actuaciones contra el estigma deben ser especialmente cuidadosas en lo relativo a sus contenidos éticos. En cualquier caso, no pueden ser forzosas y deben respetar y potenciar la autodeterminación y autonomía de las personas afectadas (Sampietro, 2014).

5.4.1. Aspectos legales y deontológicos

Las acciones contra el estigma deben cumplir con los códigos deontológicos de los profesionales que las elaboran y, por supuesto, con las leyes que las afecten y regulen. Por lo que, algunos de los aspectos fundamentales recuerdan que antes de empezar la intervención, es necesario informar adecuadamente a las personas que van a participar para que decidan autónomamente su colaboración, y obtener su consentimiento informado. Además, es preciso garantizar el anonimato y la protección de datos como indica el reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, así como dar a conocer los resultados de la práctica a quienes han participado. Por otro lado, es muy recomendable que el proyecto sea aprobado por un comité ético antes de ser puesto en práctica.

5.4.2. Aspectos formales

Desde un punto de vista formal las prácticas éticas son aquellas que promueven una identidad colectiva y cohesión social. Las iniciativas han de ir orientadas al fomento de un compromiso cívico que ayude a superar las visiones individualistas para que todas las personas se sientan integrantes de la comunidad. De este modo se impulsará la construcción de una identidad común, con el fin de lograr un entendimiento mutuo que ayude a obtener la cohesión social y el máximo bienestar. Esto implica que las diferentes intervenciones –sustentadas en la identidad colectiva– han de cristalizar en procesos que contribuyan al progreso y cambio social articulando estrategias que favorezcan la participación de los distintos agentes y movimientos sociales con el fin de responder a las necesidades y demandas comunitarias (Gradaille-Pernas y Caballo-Villar, 2016).

Por otro lado, es importante que la práctica siga los principios de transparencia, tanto económica como ideológica. Se debe llevar a cabo una gestión clara y transparente de los recursos que se emplean, así como de las fuentes de financiación. Además, es necesario explicitar los fines del proyecto y la independencia de criterios y orientación con respecto a las fuentes de financiación.

5.5. Enfoque de género

La incorporación transversal de la perspectiva de género en los proyectos sociales supone tener en cuenta las diferentes condiciones, situaciones y necesidades de mujeres y hombres para que estas diferencias no se conviertan en desigualdades. Lo que la perspectiva de género pone de manifiesto es que el origen y la perpetuación de las desigualdades entre mujeres y hombres no responde a situaciones naturales o biológicas, sino a la construcción social transmitida a través de la socialización diferencial de género. La perspectiva de género no implica un tratamiento igualitario a hombres y mujeres, por el contrario, consiste en ofrecer diferentes respuestas dependiendo de las necesidades de cada persona (CEPAIM, 2014).

Se consideran como buenas prácticas con enfoque de género aquellas que incluyan acciones tendentes a promover la igualdad de oportunidades y denunciar situaciones de discriminación hacia la mujer, adecuar las intervenciones a las necesidades de las mujeres para darles una mayor visibilidad y valorar el rol que desempeñan como parte de la sociedad, cuestionar los valores tradicionales sexistas y no equitativos, y utilizar un lenguaje inclusivo no sexista para visibilizar a las mujeres y eliminar los estereotipos, tópicos y etiquetas que las desvalorizan (Plan Estratégico para la Igualdad de Género de la ciudad de Madrid 2018-2020; Plan Municipal de Igualdad de Oportunidades III de Santa Cruz de Tenerife, 2017).

El enfoque de género no es una característica aislada que una práctica pudiera, o no, cumplir. El enfoque de género debe teñir los demás indicadores y estar presente en todos ellos. En caso de los indicadores de enfoque ético e inclusivo resulta obvio el papel que debe jugar el género; pero debe estar presente también en la metodología (asegurar la representación de mujeres, analizar los datos por género, etc.); la efectividad (existen programas específicos para mujeres); el impacto social (es muy importante que el impacto social sostenga una mirada de género y favorezca todas aquellas medidas de igualdad); la sostenibilidad (asegurarse de que las mujeres estarán representadas en la práctica a lo largo del tiempo) y la innovación (aunque el enfoque de género no debería considerarse innovador en estos años, desgraciadamente en muchas ocasiones sigue siendo una apuesta innovadora organizar una práctica desde esta perspectiva).

En este caso, además, es necesario tener una perspectiva interseccional, puesto que no solamente se deben tener en cuenta las desigualdades de las participantes por ser mujeres, sino también por tener un diagnóstico de trastorno mental, estar en situación sin hogar o tener una discapacidad intelectual, y la interacción entre estas condiciones. Para lograrlo, se considera pertinente recurrir a guías específicas de enfoque de género, como la Guía de salud mental con perspectiva de género (Álamo, 2020) propuesta en el marco del Plan Municipal de Igualdad de Oportunidades III de Santa Cruz de Tenerife que puede servir como referencia a la hora de diseñar o valorar una práctica. De especial importancia es tener en cuenta que, aunque la literatura expone que existen más hombres que mujeres en situación sin hogar, existe una realidad invisibilizada que hace que los casos de

mujeres en esta situación sean más difíciles de detectar (Estudio el estigma en la población española de la Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma; Matulić et al., 2019). En este sentido, parece que pudiera existir una población de mujeres que han vivido la situación sin hogar a lo largo de su vida, pero han permanecido invisibles para los servicios o estudios específicos de la población sin hogar.

5.6. Enfoque inclusivo y participación

Ninguna práctica que discrimine de manera implícita y/o explícita será considerada como buena, ya sea en razón del género, el sexo, el origen étnico-racial, la religión, la ideología ni cualquier otra variable de carácter individual, como recoge el Artículo 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos: “Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.” (ONU, 1948). Desde este punto de vista es evidente que toda práctica debe mantener unos principios de inclusividad y participación que garanticen la presencia de todos los agentes sociales implicados en la misma.

Una referencia en cuanto a **enfoque inclusivo** puede ser la de los enfoques de educación inclusiva en los que se lucha por romper las diferencias entre niños y niñas, a la vez que se consideran otras condiciones personales, sociales o culturales (OCDE, 1997; UNESCO, 2003). Generalizando a partir del enfoque de la UNESCO, la inclusión se ve como el proceso de identificar y responder a la diversidad de las necesidades de todas las personas implicadas a través de la mayor participación y reduciendo la exclusión. Esto implica cambios y modificaciones en contenidos, aproximaciones, estructuras y estrategias, incluyendo a todas las personas, rompiendo las barreras sociales y el estigma ante distintas condiciones como el género (enfoque de género), la edad (edadismo), el origen cultural o étnico, la discapacidad u otros factores de exclusión social.

De forma paralela, podría definirse la **participación** como la implicación de diferentes agentes y estructuras en la creación, desarrollo, puesta en marcha y/o mantenimiento de la acción correspondiente y su impacto en la sociedad. A pesar de requerir un mayor esfuerzo de coordinación, la colaboración de diferentes colectivos (entidades, equipos, profesionales y ciudadanía) facilita el trabajo en red y la posibilidad de realizar un partenariado; que, además, promueva una mayor viabilidad a lo largo del tiempo como se indica en el apartado de Sostenibilidad. Del mismo modo la interacción de diversos agentes favorece la diversidad de ideas, la reflexión y la creatividad, que en definitiva se puede traducir en una mayor calidad (Gradaille-Pernas y Caballo-Villar, 2016). Asimismo, la implicación de la ciudadanía promueve un sentimiento de corresponsabilidad (CEPAIM, 2014). Como apun-

tan Gradaille-Pernas y Caballo-Villar (2016), podrían definirse distintos grados de implicación distinguiendo entre la mera presencia (comportamientos esencialmente receptivos), la activación (desarrollo de actividades concretas) y la participación (contribución directa o indirecta en la toma de decisiones y en desarrollo de las actividades). Remarcando la importancia de desarrollar acciones que impliquen la participación activa de las personas a las que se dirige, intentado lograr su empoderamiento, autonomía, independencia e individualidad.

5.6.1. Trabajo en red

Como se indica en el apartado anterior, todas aquellas acciones que promuevan el trabajo en red, entendido como la creación de colaboración y sinergia entre diversos colectivos (dando lugar a un partenariado y/o voluntariado), han de ser consideradas como "buenas", en tanto en cuanto esta característica favorece la sostenibilidad y la innovación de la práctica. Del mismo modo y en aras de convertir a la práctica en cuestión en un instrumento de empoderamiento e inclusión social al servicio de la ciudadanía, se valora como bueno el carácter multidisciplinar de los equipos que participen en dicha práctica, generando una participación significativa y genuina, que busque englobar a todos y todas, de manera coordinada mediante la diferenciación de roles (CEPAIM, 2014).

5.6.2. Accesibilidad

Serán consideradas como buenas prácticas aquellas que tengan en cuenta las posibles necesidades específicas de sus participantes, como, por ejemplo, la diversidad funcional.

Algunas iniciativas como la accesibilidad universal, el diseño para todos y todas, la lectura fácil o el lenguaje claro (Instituto de Lectura Fácil y la Federación Española de Municipios y Provincias, 2017), son recomendables para favorecer el acceso y comprensión de todas las personas. Estas iniciativas han de ser aplicadas, teniendo en cuenta las dificultades específicas del grupo o grupos al que se dirige la acción, ya que reducirán las barreras cognitivas que puedan existir.

5.6.3. Lenguaje inclusivo

El lenguaje utilizado en aquellas prácticas consideradas como buenas, ha de ser un lenguaje inclusivo, sensible y respetuoso con la diversidad de cualquier naturaleza. Con respecto al género, aquellas prácticas consideradas como buenas han de utilizar un lenguaje no sexista. La UNESCO (1999), en su guía de Recomendaciones para un uso no sexista del lenguaje subraya que "...pese a su dimensión conservadora y carga tradicional, el lenguaje, por su estrecha relación dialéctica con el pensamiento, puede cambiar gracias a la acción educativa y cultural, e influir positivamente en el comportamiento humano y en nuestra percepción de la realidad."

Pero el lenguaje inclusivo no se reduce al género, la edad, el origen cultural o étnico, etc., son factores que deben considerarse en un lenguaje verdaderamente inclusivo y políticamente correcto.

5.6.4. Interseccionalidad

Una persona puede experimentar estigma debido a diversas condiciones, por ejemplo, por su origen étnico, identidad de género, edad, tener una discapacidad, ser migrante o ser una persona sin hogar. De este modo una persona puede poseer múltiples identidades o roles socialmente devaluados y, por lo tanto, susceptibles de causar un estigma interseccional (Crenshaw, 1989). Así, las distintas categorías de identidad que coexisten en la misma persona dan lugar a una experiencia cualitativamente distinta, teniendo efectos multiplicativos sobre el estigma (McCall, 2005). El **enfoque interseccional** hace visibles estas múltiples dimensiones de la identidad social y pone de relieve la necesidad de entenderlas de un modo interrelacionado y no como la suma de categorías independientes. Desde distintas disciplinas la interseccionalidad se conceptualiza como un marco para la investigación, la política y la práctica (Bowleg, 2012). Algunos ejemplos muestran una mayor experiencia del estigma en personas pertenecientes a minorías raciales y étnicas que además poseen un diagnóstico psiquiátrico (Gary, 2005) o una mayor discriminación hacia personas con un diagnóstico considerado “típico” para su género (ej. mujer con depresión) en comparación con quien posee uno considerado “atípico” para su género (ej. hombre con depresión) (Wirth y Bodenhausen, 2007). Por este motivo, es necesario que las intervenciones enfocadas a reducir el estigma tengan una perspectiva interseccional.

5.7. Impacto social

Toda práctica que persiga una calificación de buena está obligada a hacer un esfuerzo por producir un impacto social que traspase los límites de su aplicación directa (personas o grupos incluidos, espacios, etc.). El impacto social, y más en un mundo de redes y *mass media* como el actual, es un indicador a tener en cuenta al diseñar o evaluar una práctica. El impacto debe entenderse como el fomento de la difusión ética y adecuada de la práctica en cuestión, con el objetivo de sensibilizar y promover un cambio social que garantice la sostenibilidad del efecto de la propia actividad (Gradaille-Pernas y Caballo-Villar, 2016). Tampoco se trata de intentar generar una difusión social desmedida que pudiera dar lugar a otros problemas e, incluso, volverse en contra de la propia acción (por ejemplo, en el caso de la protesta social).

Un punto de partida en la generación de impacto social es el de publicar la práctica y crear repositorios o bancos de buenas prácticas, que recojan diferentes acciones realizadas por la entidad, sus resultados, metodología y propósito. Esto constituye un marco de referencia que puede funcionar como modelo de futuras prácticas, además de favorecer la transparencia antes citada en el apartado de sostenibilidad, que permita el acceso de otras personas a dicho repositorio (Gradaille-Pernas y Caballo-Villar, 2016). Asimismo, será de vital importancia que las entidades que realicen buenas acciones puedan transmitir las y comunicarlas a diferente escala (local, municipal, regional, etc.) y tratando de llegar a los agentes de cambio social (políticos, culturales, religiosos, etc.). Esta difusión puede a su vez facilitar cambios en el marco legislativo que reduzcan así el estigma estructural. También se considera conveniente la difusión (cuando sea pertinente) a través del uso de redes

sociales y de medios de comunicación de diverso alcance que promueva la visibilización de la práctica y sus resultados.

Se considerarán, por tanto como buenas, aquellas acciones que generen una incidencia que sea beneficiosa sobre la comunidad, teniendo un alcance más allá de los meros resultados (Fundación Pilaes, recuperado de página web en 2020). Como se observa con los otros indicadores, el impacto social está íntimamente ligado a la participación y a la sostenibilidad de una práctica.

5.8. Innovación

La innovación es un factor esencial en el avance científico y profesional. No puede existir un avance en las prácticas sin innovación. Siguiendo a Gradaille-Pernas y Caballo-Villar (2016), se entiende por innovación la capacidad de crear nuevos hábitos que permitan un cambio de paradigma en los modos de actuación, siempre que esto implique una mejora en la capacidad de resolver los posibles fallos de las acciones presentes.

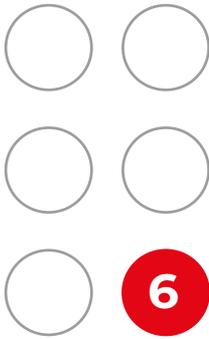
5.8.1. Tecnologías de la información y la comunicación en las acciones contra el estigma.

En una reciente revisión sistemática llevada a cabo por Gómez-Merino y Muñoz (2020, TFM no publicado) se analizan 21 estudios, en los que se realiza una intervención empleando las TICs para reducir el estigma. Los resultados varían mucho en función del tipo de tecnología utilizada. Contra lo que habitualmente se cree, las técnicas de **inmersión y de realidad virtual** presentan escasos resultados positivos. Es cierto que aumentan el conocimiento sobre salud mental y mejoran las actitudes, sin embargo, también provocan una mayor distancia social y discriminación, debido a un aumento en el miedo y la pena hacia este colectivo. Por lo tanto, hasta la fecha no han mostrado ser una herramienta suficiente para reducir el estigma. En relación con los **videojuegos formativos**, los resultados son positivos tanto en el ámbito laboral como entre estudiantes universitarios y de instituto, indicando que el juego aumenta el conocimiento sobre salud mental, las puntuaciones respecto a autoeficacia y reduce las puntuaciones de estigma. En cuanto a los **programas web**, se han empleado principalmente en el ámbito organizacional, en el que se han encontrado diferencias significativas en la reducción del estigma y un mayor conocimiento respecto a los trastornos mentales, aunque solo se han encontrado dos publicaciones al respecto. Por último, los **vídeos** son por el momento los que muestran los mejores resultados. Se ha comprobado que vídeos cortos (2-3 minutos, los más largos no añaden eficacia) que muestren tanto la experiencia en primera persona de quien tiene un diagnóstico psiquiátrico como la de familiares o el círculo social más cercano son eficaces, manteniendo, incluso, los resultados en los seguimientos. Además, se ha observado que los vídeos, tanto de larga duración como breves, reducen el estigma. Una reciente revisión sistemática y meta-análisis (Rodríguez-Rivas et al., 2022) confirma los datos expuestos, encontrando que intervenciones basadas en videojuegos, simulación audiovisual de alucinaciones, realidad virtual y contacto electrónico con usuarios de servicios de salud mental se muestran

eficaces en la reducción del estigma asociado a los trastornos mentales, con tamaños del efecto medios ($d=-0,64$; IC 95% 0.31-0.96; $P<.001$). Además, este tipo de intervenciones también mejoran la búsqueda de ayuda para trastornos mentales, promoviendo tanto mejores actitudes como el comportamiento específico de buscar ayuda (Evans-Lacko et al., 2022). En el ámbito de la discapacidad intelectual, encontramos un estudio piloto que implementa una intervención que combina la educación basada en **vídeos** sobre la discapacidad intelectual y **contacto indirecto**. Esta intervención obtuvo pequeños efectos positivos en las actitudes y la distancia social hacia las personas con discapacidad intelectual (Lindau et al., 2018). En una reciente revisión narrativa (Lim et al., 2021), se concluye que, para reducir el estigma y las barreras de acceso de las personas con discapacidad intelectual, debemos ser pioneros en intervenciones innovadoras que aprovechen el poder de la tecnología y el contacto "virtual" con estas personas.

5.8.2. Innovación transformadora

En muchas ocasiones se asocia innovación con el uso de tecnologías de nuevo desarrollo o con estrategias creativas completamente nuevas. Sin duda esas prácticas serían calificadas de innovadoras, pero no hay que obviar que innovación también significa transformación de lo existente, ampliación de ámbitos de aplicación, aplicación a poblaciones distintas de prácticas ya contrastadas en otras poblaciones o la lectura de prácticas tradicionales desde enfoques novedosos. Buenos ejemplos podrían ser la redefinición de prácticas tradicionales al incluir enfoques de género, ético, interseccional o de sostenibilidad ecológica. Del mismo modo, las intervenciones basadas en el arte han mostrado resultados positivos en la mejora del bienestar de personas que participan, por lo que podría utilizarse como estrategia para reducir tanto el estigma internalizado como el social. La innovación incluye la creatividad en los contenidos, pero también en niveles más funcionales, estructurales, relacionales, metodológicos o comportamentales. Puede suponer plantear cambios con respecto a los modelos tradicionales de atención o cuestionar los enfoques clásicos relacionados con la imagen de las personas o con el modo de desarrollar intervenciones o actuaciones (Fundación Pilares, recuperado de página web en 2020). Según este indicador, una práctica innovadora constituye una respuesta novedosa a las necesidades u objetivos propuestos. Por tanto está vinculada con la generación de nuevas soluciones, nuevas estrategias de intervención, nuevas metodologías, nuevas formas de organización, etc. Al igual que con la adaptación y mejora de soluciones ya existentes (CEPAIM, 2014).



ESCALA DE BUENAS PRÁCTICAS CONTRA EL ESTIGMA

El último paso del trabajo consiste en formular una escala que recoja los indicadores de buenas prácticas contra el estigma identificados en la revisión anterior de forma que resulte útil para la valoración de prácticas ya implementadas y para el diseño de nuevas prácticas que pretendan conseguir unos criterios de excelencia. Para ello se han dado los siguientes pasos:

- **Integración de la información:** se ha procedido a integrar toda la información recogida en la revisión realizada y a sistematizarla en forma de 8 indicadores y componentes de cada indicador (21). A su vez, para cada componente se definen 4 celdillas que ordenan los niveles de cumplimiento de cada componente. De este modo, se obtiene una escala que varía entre 0 y 84 puntos totales (0-4 en valores medios).
- Posteriormente, se ha pedido a un **grupo de expertos** profesionales y académicos (todos con gran experiencia en el estigma) su valoración: de la escala, revisión de los ítems y sus componentes y propuesta de las modificaciones oportunas.
- Finalmente, se procede a realizar un **contraste del funcionamiento** del borrador generado. Se valoran 20 prácticas contra el estigma, realizadas en el marco de Grupo 5 durante el año 2019. No se trata de un estudio de calidad psicométrica (que se abordará en un futuro próximo), sino de estudiar el funcionamiento básico y la adecuación de los ítems. Los resultados indican que todos los ítems de la escala son identificables en las prácticas estudiadas y gradúan correctamente la calidad de las actividades desarrolladas. Es decir, la escala funciona e identifica las actividades realizadas por las prácticas y, a la vez, es capaz de identificar cómo algunos de los indicadores faltan sistemáticamente en la información ofrecida sobre las prácticas. Todo ello redundará en la necesidad y utilidad de contar: a) con una escala como la propuesta a la hora de diseñar o evaluar prácticas contra el estigma, y

b) la conveniencia de disponer de un formato para la documentación de las prácticas que se ajuste a la escala y facilite, tanto su planificación, como su evaluación posterior.

Finalizado el proceso anterior, se redactan dos documentos:

- La versión final de la **Escala de buenas prácticas contra el estigma Grupo 5 – UCM** que se incluye en el anexo 1.
- El Modelo de ficha para documentar buenas prácticas contra el estigma que se incluye en el anexo 2.

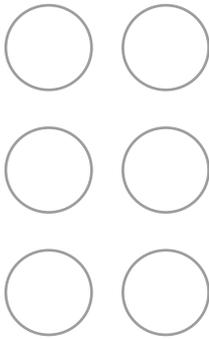
La escala que se muestra a continuación ha sido desarrollada con el doble objetivo de permitir la valoración de las prácticas contra el estigma en salud mental ya existentes, y servir de guía en la elaboración de futuras acciones.



CONCLUSIÓN Y LÍNEAS FUTURAS

En conclusión, en el trabajo actual se ha revisado la información sobre el estigma asociado a los trastornos mentales, la situación sin hogar y la discapacidad intelectual y las principales estrategias de intervención que se han demostrado eficaces en los últimos años. De forma paralela, se han revisado algunas de las principales propuestas de criterios o indicadores sobre las denominadas buenas prácticas en ámbitos sociales y relacionados con el estigma. En virtud de todo lo anterior, se ha desarrollado una escala de valoración de prácticas contra el estigma que a partir de 8 indicadores y 21 ítems pretende servir tanto para evaluar prácticas ya instauradas, como para desarrollar nuevas prácticas con criterios de metodología, eficacia, sostenibilidad, enfoque ético, de género e inclusivo, de impacto social y de innovación. La escala parte de una revisión teórica del área y se complementa con las opiniones de un grupo de expertos académicos y profesionales y el contraste de su funcionamiento inicial en un conjunto de prácticas ya implementadas. Finalmente, se propone una plantilla para servir de guía en la documentación de buenas prácticas que quieran seguir el esquema de indicadores propuesto.

En un futuro inmediato se pretende someter a contraste el funcionamiento de la escala haciendo un estudio de su calidad psicométrica (fiabilidad y validez). Para ello se formará a un grupo de profesionales de Grupo 5 en el uso de la escala y se procederá a su empleo en diversas prácticas en curso. Finalmente, se publicará la escala que contará con plenas garantías de calidad para su aplicación en los centros de atención a personas con problemas de salud mental, en situación sin hogar y con discapacidad intelectual.



REFERENCIAS

Aburto, J.M. (2004) **Manual de buenas prácticas en centros (no residenciales) de incorporación social**. Diputación Foral de Bizkaia.

AEN (2008) **Consenso sobre la promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma de la AEN**. Madrid: AEN Cuadernos técnicos, 8.

Álamo, M.P. (2020) **Guía de salud mental con perspectiva de género**. Salud Mental España: Biblioteca online. Recuperado de: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-Salud-Mental-Perspectiva-Genero.pdf>

Allport, G. W., Clark, K., y Pettigrew, T. (1954). **The nature of prejudice**. Cambridge, MA: Addison-Wesley.

Alonso, M., Guillén, A. I., y Muñoz, M. (2019). **Interventions to reduce internalized stigma in individuals with mental illness: A systematic review**. *The Spanish Journal of Psychology*, 22, 1-14.

Ander Egg, E. (2003). **Repensando la Investigación Acción Participativa. Colección Política, Servicios y Trabajo Social**. Lumen Humanitas.

Anderson, S., & Bigby, C. (2017). **Self-Advocacy as a Means to Positive Identities for People with Intellectual Disability: 'We Just Help Them, Be Them Really'**. *Journal of applied research in intellectual disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(1), 109–120. <https://doi.org/10.1111/jar.12223>

Andrysiak, C., Cherry, J., Salmonsén, J., & Mizock, L. (2022). **The Intersection of Mental Health Stigma and Marginalized Identities**. In D. L. Vogel & N. G. Wade (Eds.), *The Cambridge Handbook of Stigma and Mental Health (pp. 187–221)*. Cambridge: Cambridge University Press.

Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). **Declaración Universal de los Derechos humanos**. París, Francia.

Ashmore, R. D., y Del Boca, F. K. (1981). **Conceptual approaches to stereotypes and stereotyping**. En D. L. Hamilton. (Ed.), *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Baker, M., & Kleijnen, J. (2000). **The drive towards evidence-based health care**. In N. Rowland & S. Goss (Eds.), *Evidence-based counselling and psychological therapies: Research and applications* (p. 13–29). Routledge/OECD (1997) Proceedings. Implementing Inclusive Education. OCDE.

Belcher, J., & DeForge, B. (2012). **Social Stigma and Homelessness: The Limits of Social Change**. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22 (8), 929-946. DOI: 10.1080/10911359.2012.707941

Bennett, D., y Larking, D.J. (2018). **Project inclusion. Confronting anti-homeless and anti-substance user stigma in British Columbia**. Pivot Legal Society.

Bowleg, L. (2012). **The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality—an important theoretical framework for public health**. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267–1273.

Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., y Peters, T. (2014). **Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: A multinational review**. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 221–231.

Boyd, J. E., López, M. M., González-Sanguino, C., Harris, J. I., & Sampson, I. T. (2022). **Consequences of the Self-Stigma of Mental Illness**. In D. L. Vogel & N. G. Wade (Eds.), *The Cambridge Handbook of Stigma and Mental Health* (pp. 88–110). Cambridge: Cambridge University Press. <http://doi.org/10.1017/9781108920995.008>

Büchter, R. B., & Messer, M. (2017). **Interventions for reducing self-stigma in people with mental illnesses: a systematic review of randomized controlled trials**. *German medical science: GMS e-journal*, 15, Doc07. <https://doi.org/10.3205/000248>.

Canham, SL & Humphries, J. (2020, June). **Homeism: Naming discrimination against the homeless** [paper presentation]. 26th Conference of the International Association of People – Environment Studies [virtual].

Canham, S. L., Rose, J. N., Weldrick, R., Siantz, E., Casucci, T., & McFarland, M. M. (2022). **Understanding discrimination towards persons experiencing homelessness: A scoping review protocol**. *BMJ open*, 12(12), e066522. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066522>.

Cátedra UCM - Grupo 5 Contra el Estigma (2022). **Informe de Resultados. El Estigma en la población española. Salud mental, sin hogar y discapacidad intelectual.** Autor. <https://www.contraelestigma.com/resource/informe-de-resultados-el-estigma-en-la-poblacion-espanola-salud-mental-sin-hogar-y-discapacidad-intelectual/>

Catthoor, K. C. E. R., Sabbe, B. G. C., Dreesen, T., Janssen, F., Vandendriessche, F., Steegen, G., ... y Detraux, J. (2020). **Effectiveness of anti-stigma interventions regarding severe mental illness: A systematic literature review.** *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62(1), 37-46.

CEPAIM (2014). **Catálogo de buenas prácticas en acción comunitaria intercultural.** Recuperado de: <http://cepaim.org/wp-content/uploads/2014/01/cat%C3%A1logo-de-buenas-pr%C3%A1cticas.pdf>

Chamberlin, J. (2006). **Servicios dirigidos por usuarios.** En J. Read, L. R. Moshier y R. Bentall (Eds.), *Modelos de locura*. Barcelona: Herder Editorial.

Chatterjee, H. y Noble, G. (2013). *Museums, Health and Wellbeing*. New York: Routledge.

Chavez, L.P., Zamorano, S., González-Sanguino, C. & Muñoz, M. **Useful strategies for reducing mental health stigma in 2 healthcare settings: A Delphi study.** En revisión.

Corrigan, P. W. (Ed.). (2014). **The Stigma of Disease and Disability: Understanding Causes and Overcoming Injustices.** American Psychological Association. <http://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrz90>

Corrigan, P. W., Kerr, A., y Knudsen, L. (2005). **The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change.** *Applied and Preventive Psychology*, 11, 179- 190.

Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., y Rüsck, N. (2012). **Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies.** *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973.

Corrigan, P. W. y Rao, D. (2012). **On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change.** *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.

Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Wasowski, K. U., Campion, J., Mathisen, J., ... y Kubiak, M. A. (2000). **Stigmatizing attributions about mental illness.** *Journal of Community Psychology*, 28(1), 91-102.

Corrigan, P. W., y Watson, A. C. (2002a). **Understanding the impact of stigma on people with mental illness.** *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.

Corrigan, P. W., y Watson, A. C. (2002b). **The paradox of self-stigma and mental illness.** *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.

Corrigan, P.; Michaels, P.J., Vega, E., Gause, M., Watson, A.C. y Rüsck, N. (2012) **Self-stigma of mental illness scale—short form: Reliability and validity,** *Psychiatry Research*, 199: 65-69,

Crenshaw, K. (1989). **Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics.** *University of Chicago Legal Forum*, 1989, 139-168.

Crocker, J., Major, B., y Steele, C. (1998). **Social stigma.** En D. T. Gilbert, S.T. Fiske y G. Lindzey (Eds.), *The Handbook of Social Psychology*. (4ª ed., pp.504-553). Boston, MA: McGraw-Hill

Cruz Roja (2003) **Buenas prácticas y capacitación para la inclusión social.** Madrid: Cruz Roja.

Cumming, J., Whiting, R., Parry, B. J., Clarke, F. J., Holland, M. J., Cooley, S. J., & Quinton, M. L. (2022). **The My Strengths Training for Life™ program: Rationale, logic model, and description of a strengths based intervention for young people experiencing homelessness.** *Evaluation and Program Planning*, 91. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2021.102045>

Curcio, C., & Corbo, D. (2020). **Stigma and anxiety disorders: A systematic review.** *Stigma and Health*, 5(2), 125–137.

Damonti, P. (2014). **Exclusión social y género: un análisis de la realidad contemporánea.** *Zerbitzuan*, (57), 71-89.

Desprez-Bouanchaud, A., Doolaege, J., Ruprecht, L., & Pavlic, B. (1999). **Guidelines on gender-neutral language.** Paris: Unesco.

Del Rosal, E., González-Sanguino, C., Bestea, S., Boyd, J., & Muñoz, M. (2021). **Correlates and consequences of internalized stigma assessed through the Internalized Stigma of Mental Illness Scale for people living with mental illness: A scoping review and meta-analysis from 2010.** *Stigma and Health*, 6(3), 324–334. <https://doi.org/10.1037/sah0000267>.

Ditchman, N., Werner, S., Koyluk, K., Jones, N., Elg, B., & Corrigan, W. (2013). **Stigma and intellectual disability: potential application of mental illness research.** *Rehabilitation Psychology* 58(2), 206-216. doi: 10.1037/a0032466

Dovidio, J. F., Major, B., y Crocker, J. (2000). **Stigma: Introduction and overview.** En T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, y J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 1-28). New York, NY, US: Guilford Press.

European Poverty Network (2022). **Guía de buenas prácticas contra la discriminación, los discursos de odio y la aporofobia.** EAPN España. https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1667917755_guia-bbpps-delitos-de-odio-y-aporofobia.pdf

Evans-Lacko, S., Hahn, J. S., Peter, L. J., & Schomerus, G. (2022). **The impact of digital interventions on help-seeking behaviour for mental health problems: a systematic literature review.** *Current opinion in psychiatry*, 35(3), 207–218. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000788>

Falk, J. (2009). **Identity and the Museum Visitor Experience.** Walnut Creek (CA): Left Coast Press.

FAO (2015a) **Plantilla de buenas prácticas.** Recuperado de <http://www.fao.org/3/a-as547s.pdf>

FAO (2015b) **Objetivos de Desarrollo del Milenio 7.** Ginebra: FAO.

FEMP y Instituto de Lectura Fácil (2017). **Accesibilidad cognitiva, lectura fácil y lenguaje claro en la administración pública local.** Madrid: FEMP

Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E. C., y Vogt, D. (2018). **Conceptualizing and measuring mental illness stigma: The mental illness stigma framework and critical review of measures.** *Stigma and Health*, 3(4), 348-376.

Fundación Pilares (recuperado de página web en 2020). **Ficha Técnica. Red Modelo y Ambiente de Buenas Prácticas coherentes con el modelo AICP.** Recuperado de: <https://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/participa.php>

Fung, K. M., Tsang, H. W. y Cheung, W. M. (2011). **Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia.** *Psychiatry Research*, 189(2), 208-214.

Gámez Ramos, T. (2017). **Personas sin hogar: un análisis de género del sinhogarismo.** Málaga: UMA editorial.

Gary, F. A. (2005). **Stigma: Barrier to mental health care among ethnic minorities.** *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 979-999.

Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., y Correll, C. U. (2013). **Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions.** *World Psychiatry*, 12(2), 155-164.

Gilmour, A., Vallath, S., Regeer, B., & Bunders, J. (2020). **"If somebody could just understand what I am going through, it would make all the difference": Conceptualizations of trauma in homeless populations experiencing severe mental illness.** *Transcultural psychiatry*, 57(3), 455–467. <https://doi.org/10.1177/1363461520909613>

Goffman, E. (1963) **Stigma: notes on the management of spoiled identity.** Nueva Jersey: Prentice-Hall.

Gómez-Heredia, M. A., y Muñoz, M. (2020). **El estigma hacia la enfermedad mental entre los profesionales sanitarios: Una revisión sistemática** (Tesis de maestría no publicada). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Gómez-Merino, I., y Muñoz, M. (2020). **Nuevas tecnologías para la reducción del estigma: Revisión sistemática** (Tesis de maestría no publicada). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

González Domínguez, S. (2020). **Estigma y salud mental: estigma internalizado**. (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).

González-Domínguez, S. González-Sanguino, C y Muñoz, M. (2019) **Efficacy of a combined intervention program for the reduction of internalized stigma in people with severe mental illness**. *Schizophrenia Research*, <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.07.010>

Gradaille-Pernas, R. y Caballo-Villar, M. B. (2016). **Las buenas prácticas como recurso para la acción comunitaria: Criterios de identificación y búsqueda**. *Contextos Educativos: Revista de Educación*, (19), 75-88.

Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T., y Thornicroft, G. (2017). **Interventions to reduce discrimination and stigma: The state of the art**. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(3), 249-258.

Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., y Reid, R. (2014). **Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials**. *World psychiatry*, 13(2), 161-175.

Hansson, L., Lexén, A., y Holmén, J. (2017). **The effectiveness of narrative enhancement and cognitive therapy: a randomized controlled study of a self-stigma intervention**. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(11), 1415–1423. doi:10.1007/s00127-017-1385-x

Happy Museum Project. (2011). Recuperado de: <http://happymuseumproject.org/>

Hebl, M. R., y Dovidio, J. F. (2005). **Promoting the “social” in the examination of social stigmas**. *Personality and Social Psychology Review*, 9(2), 156-182.

Henderson, C.; Corker, E.; lewis-Holmes, E.; Hamilton, S.; Flach, C.; Rose, D. Williams, P. Pinfold, V y Thornicroft, G. (2012) **England's time to change antistigma campaign: one-year outcomes of service user-rated experiences of discrimination**. *Psychiatric Services*, 63(5):451-57.

Hooper-Greenhill, E., Sandell, R., Moussouri, T., y O'Riain, H. (2000). **Museums and social inclusion: The GLLAM report**. Leicester: Research Center for Museums and Galleries: University of Leicester.

Jordi Sánchez, M. (2018). **Potencialidades y límites de la participación de las personas sin hogar en los procesos de intervención social.** Cuadernos de Trabajo Social, 31(2), 507-516. <https://doi.org/10.5209/CUTS.53811>

Kavanagh, G. (2000) **Dream Spaces: Memory and the Museum.** London: Leicester University Press.

Khenti, A., Bobbili, S. J., y Sapag, J. C. (2019). **Evaluation of a pilot intervention to reduce mental health and addiction stigma in primary care settings.** *Journal of Community Health*, 44(6), 1204-1213.

Kidd, S. A. (2009). **Social stigma and homeless youth.** En J. D. Hulchanski, P. Campsie, S. Chau, S. Hwang, E. Paradis (Eds.) *Finding home: Policy options for addressing homelessness in Canada.* Cities Centre. University of Toronto.

Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). **Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions.** *Healthcare management forum*, 30(2), 111-116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>

Knight, M. T. D., Wykes, T. y Hayward, P. (2006). **Group treatment of perceived stigma and self-esteem in schizophrenia: a waiting list trial of efficacy.** *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 4, 305-318.

Kurzban, R., & Leary, M. R. (2001). **Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion.** *Psychological bulletin*, 127(2), 187-208. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.2.187>

Lien, Y. Y., Lin, H. S., Lien, Y. J., Tsai, C. H., Wu, T. T., Li, H., & Tu, Y. K. (2021). **Challenging mental illness stigma in healthcare professionals and students: a systematic review and network meta-analysis.** *Psychology & health*, 36(6), 669-684. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1828413>

Lifshitz, H. B., & Shahar, A. (2022). **Life Story Narratives of Adults with Intellectual Disability and Mental Health Problems: Personal Identity, Quality of Life and Future Orientation.** *The Qualitative Report*, 27(12), 2839-2871. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2022.6018>

Lim, P. K., Hankir, A., & Zaman, R. (2021). **Innovative Interventions to Reduce the Stigma Attached to Intellectual Disabilities: A Narrative Review.** *Psychiatria Danubina*, 33(Suppl 1), 74-78.

Lindau, N., Amin, T., Zambon, A., & Scior, K. (2018). **The effect of brief digital interventions on attitudes to intellectual disability: Results from a pilot study.** *Journal of applied research in intellectual disabilities*. JARID, 31(1), 106-113. <https://doi.org/10.1111/jar.12366>

Link, B. G., y Phelan, J. C. (2001). **Conceptualizing stigma.** *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.

Link, B. G., y Phelan, J. C. (2006). **Stigma and its public health implications.** *The Lancet*, 367, 528–529.

Livingston, J. D., y Boyd, J. E. (2010). **Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and metaanalysis.** *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161.

Lopez-Mayher, C., Ouilma-Sinare, F., Orlando, M., Getachew, S. & Lugjai, M. (2018). **Bridging the Gap II. The Empowerment of Women and Girls with Disabilities: A Compilation of Implemented Activities and Identified Best Practices 2018-2020. Unión Europea.** <https://bridgingthegap-project.eu/wp-content/uploads/BtG-II-The-Empowerment-of-Women-and-Girls-with-Disabilities.pdf>

Lucksted, A., Drapalski, A., Calmes, C., Forbes, C., DeForge, B., y Boyd, J. (2011). **Ending self-stigma: Pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses.** *Psychiatric rehabilitation journal*, 35(1), 51.

Magwood, O., Leki, V. Y., Kpade, V., Saad, A., Alkhateeb, Q., Gebremeskel, A., Rehman, A., Hannigan, T., Pinto, N., Sun, A. H., Kendall, C., Kozloff, N., Tweed, E. J., Ponka, D., & Pottie, K. (2019). **Common trust and personal safety issues: A systematic review on the acceptability of health and social interventions for persons with lived experience of homelessness.** *PLoS one*, 14(12), e0226306. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226306>

Margalit, A. (1997) **La sociedad decente.** Madrid: Paidós.

Martín, E., y Ahaoual, S. (2019). **Estigmatismo.** Madrid, España. Recuperado de: <https://www.contraelestigma.com/resource/proyecto-estigmatismo-material/>

Matulič, M.V., De-Vicente, I., Boixadós, A. y Caïs, J. (2019). **Las mujeres sin hogar: realidades ocultas de la exclusión social.** *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 9(16), 49-68. doi: 10.30827/tsg-gsw.v9i16.8198

McCall, L. (2005). **The complexity of intersectionality.** *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 30(3), 1771–1800.

McCay, E., Beanlands, H., Zipursky, R., Roy, P., Leszcz, M., Landeen, J., Ryan, K., Conrad, G., Romano, D., Francis, D., Hunt, J., Costantini, L. y Chan, E. (2007). **A randomised controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatisation in first episode schizophrenia.** *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 6(3), 1-9.

Mehta, N., Clement, S., Marcus, E., Stona, A. C., Bezborodovs, N., Evans-Lacko, S., ... y Thornicroft, G. (2015). **Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: Systematic review.** *The British Journal of Psychiatry*, 207(5), 377-384.

Michaels, P. J., López, M., Rüsck, N. y Corrigan, P. W. (2012). **Construct and concepts comprising the stigma of mental illness.** *Psychology, Society y Education*, 4(2), 183-194.

Miler, J.A., Carver, H., Foster, R. et al. (2020). **Provision of peer support at the intersection of homelessness and problem substance use services: a systematic 'state of the art' review.** *BMC Public Health*, 641. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8407-4>

Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., y Corrigan, P. W. (2012). **Empirical studies of self-stigma reduction strategies: A critical review of the literature.** *Psychiatric Services*, 63(10), 974-981

Muñoz, M. (2022). **Psicología y situación sin hogar.** En Ediciones Pirámide (Ed.), *Perspectiva social y psicológica de la situación sin hogar. Vidas de calle y sueños rotos* (pp. 81-107). Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.).

Muñoz, M., Panadero, S.; Rodríguez, A. (2010) **Evaluación de resultados de la rehabilitación psicosocial.** En J.A. Fernández, R. Touriño, N. Benítez; C. Abelleira (Eds) *Evaluación en rehabilitación psicosocial.* Madrid: FEARP.

Muñoz, M., Panadero, S.; Rodríguez, A. (2010) **Evaluación de servicios en rehabilitación psicosocial.** En A. Pastor, A. Blanco; D. Navarro (Eds) *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave.* Madrid: Editorial Síntesis.

Muñoz, M., Sanz, M., Pérez-Santos, E. y Quiroga M.A. (2011). **Proposal of a sociocognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness.** *Psychiatry Research*, 186(2-3), 402- 408.

Museums Association. (2013). **Museums Change Lives.** Recuperado de: <https://www.museumsassociation.org/download?id=1218885>

Naciones Unidas (2007). **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo.** Recuperado de: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>

NICE indicator process guide (2019), National Institute for Health and Care Excellence, Health and Social Care Directorate.

Organización Mundial de la Salud (2013). **Programa Mundial de Acción en salud Mental. Web de la Organización Mundial de la Salud.** Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

Ottati, V., Bodenhausen, G. V., y Newman, L. S. (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.

Pérez-Santos (2018) **Buenas prácticas en la investigación del público en museos.** En L. Pérez Castellanos (Ed.), *Estudios sobre públicos y museos. Volumen III: Apuntes para pasar de la teoría a la práctica.* México: Instituto Nacional de Antropología e Historia. Recuperado de: https://drive.google.com/file/d/0By8_qzy249E8dV9EUFBoWk83Tk0/view

Pérez-Santos (2019) **“Los museos como espacios de cambio, disfrute y bienestar: un modelo psicológico para entender la experiencia de la visita”**. Conferencia invitada en el Congreso *“The museum for all people: Arte, Accessibility and Social Inclusion”* (Consortio MUSACCES) Madrid, abril, 2019.

Pérez-Santos, E. (2020) **Investigaciones de públicos en los museos: Evolución histórica, problemas actuales y retos futuros**. En F. Bayón y J. Cuenca (Eds.), *Públicos en transformación. Una visión interdisciplinar de las funciones, experiencias y espacios del público actual de los museos*. Dykinson.

Perlick, D. A., Nelson, A. H., Mattias, K., Selzer, J., Kalvin, C., Wilber, C. H., ... & Corrigan, P. W. (2011). **In our own voice-family companion: Reducing self-stigma of family members of persons with serious mental illness**. *Psychiatric Services*, 62(12), 1456-1462.

Phelan, J., Link, B. G., Moore, R. E., & Stueve, A. (1997). **The Stigma of Homelessness: The Impact of the Label “Homeless” on Attitudes Toward Poor Persons**. *Social Psychology Quarterly*, 60(4), 323–337. <https://doi.org/10.2307/2787093>

Piat, M., Polvere, L., Kirst, M., Voronka, J., Zabkiewicz, D., Plante, M., Isaak, C., Nolin, D., Nelson, G., & Goering, P. (2014). **Pathways into homelessness: understanding how both individual and structural factors contribute to and sustain homelessness in Canada**. *Urban Studies*, 52(13), 1–17. doi:10.1177/0042098014548138.

Plan Municipal de de Igualdad de Oportunidades III. (2017). **Guía de salud mental con perspectiva de género**. Recuperado de: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-Salud-Mental-Preseptiva-Genero.pdf>

Quinton, M.L., Clarke, F.J., Parry, B.J. & Cumming, J. (2021). **An evaluation of My Strengths Training for Life™ for improving resilience and well-being of young people experiencing homelessness**. *Journal of Community Psychology*, 49: 1296– 1314. <https://doi.org/10.1002/jcop.22517>

Rayburn, R. L., & Guittar, N. A. (2013). **“This is where you are supposed to be”: How homeless individuals cope with stigma**. *Sociological Spectrum*, 33(2), 159–174. <https://doi.org/10.1080/02732173.2013.732876>

Reina-Peral, F. (2019). **Radiografía de la pobreza. Desnudando el estigma**. *Intervención Psicoeducativa en la desadaptación social IPSE*, (10-12), 73-85.

Reid, N., Kron, A., Rajakulendran, T., Kahan, D., Noble, A., & Stergiopoulos, V. (2021). **Promoting Wellness and Recovery of Young Women Experiencing Gender-Based Violence and Homelessness: The Role of Trauma-Informed Health Promotion Interventions**. *Violence Against Women*, 27(9), 1297–1316. <https://doi.org/10.1177/1077801220923748>

- Robinson, L., Escopri, N., Stenfert Kroese, B. & Rose, J. (2016). **"The subjective experience of adults with intellectual disabilities who have mental health problems within community settings"**. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 10 (2), pp. 106-115. <https://doi.org/10.1108/AMHID-04-2015-0017>
- Rodríguez-Rivas, M. E., Cangas, A. J., Cariola, L. A., Varela, J. J., & Valdebenito, S. (2022). **Innovative Technology-Based Interventions to Reduce Stigma Toward People With Mental Illness: Systematic Review and Meta-analysis**. *JMIR serious games*, 10(2), e35099. <https://doi.org/10.2196/35099>
- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Mashiach-Eizenberg, M., Derhy, O., Lysaker, P. H., y Yanos, P. (2014). **Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT) Effectiveness: A Quasi-Experimental Study**. *Journal of Clinical Psychology*, 70(4), 303–312. doi:10.1002/jclp.22050
- Rotenberg, S., Rodríguez Gatta, D., Wahedi, A., Loo, R., McFadden, E., & Ryan, S. (2022). **Disability training for health workers: A global evidence synthesis**. *Disability and health journal*, 15(2), 101260. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101260>
- Rubio-Martín, M. J. (2022). **Campos de desinfección, depósitos de mendigos, albergues. Una historia de los dispositivos para personas sin hogar**. En Ediciones Pirámide (Ed.), *Perspectiva social y psicológica de la situación sin hogar. Vidas de calle y sueños rotos* (pp. 33-53). Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.).
- Sampietro, H. M. (2014). **Proyecto buenas prácticas de enfermería y salud mental: Erradicación del estigma**. Recuperado de: <https://www.academia.cat/files/425-8231-DOCUMENT/buenaspracticass.pdf>
- Saran, A., Hunt, X., White, H., & Kuper, H. (2023). **Effectiveness of interventions for improving social inclusion outcomes for people with disabilities in low- and middle-income countries: A systematic review**. *Campbell Systematic Reviews*, 19, e1316. <https://doi.org/10.1002/cl2.1316>
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M., ... & Yeager, M. H. (2021). **Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports, (12ª ed.)**. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Scior, K., Cooper, R., Fenn, K., Poole, L., Colman, S., Ali, A., Baum, S., Crabtree, J., Doswell, S., Jahoda, A., Hastings, R., & Richardson, L. (2022). 'Standing up for Myself' (STORM): **Development and qualitative evaluation of a psychosocial group intervention designed to increase the capacity of people with intellectual disabilities to manage and resist stigma**. *Journal of applied research in intellectual disabilities: JARID*, 35(6), 1297–1306. <https://doi.org/10.1111/jar.13018>

Scior, K., Hamid, A., Hastings, R., Werner, S., Belton, C., Laniyan, A., Patel, M. & Kett, M. (2020), **Intellectual disability stigma and initiatives to challenge it and promote inclusion around the globe**. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 17: 165-175. <https://doi.org/10.1111/jppi.12330>

Seewooruttun, L., & Scior, K. (2014). **Interventions aimed at increasing knowledge and improving attitudes towards people with intellectual disabilities among lay people**. *Research in developmental disabilities*, 35(12), 3482–3495. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.07.028>

Shamsaei, F., Nazari, F., y Sadeghian, E. (2018). **The effect of training interventions of stigma associated with mental illness on family caregivers: A quasi-experimental study**. *Annals of General Psychiatry*, 17(1), 1-5.

Shrivastava, A., Johnston, M., De Sousa, A., Sonavane, S., y Shah, N. (2014). **Psychiatric treatment as anti-stigma intervention: Objective assessment of stigma by families**. *International Journal of Medicine and Public Health*, 4(4), 491-495.

Smythe, T., Adelson, J. D., & Polack, S. (2020). **Systematic review of interventions for reducing stigma experienced by children with disabilities and their families in low- and middle-income countries: state of the evidence**. *Tropical medicine & international health: TM & IH*, 25(5), 508–524. <https://doi.org/10.1111/tmi.13388>

Stafford, M. C., y Scott, R. (1986). **Stigma deviance and social control: some conceptual issues**. En S. C. Ainlay, L. M. Becker y L. M. Coleman (Eds.), *The dilemma of difference* (pp. 77-91). New York: Plenum.

Sullivan, A., & Mendonca, R. (2017). **Impact of a Fieldwork Experience on Attitudes Toward People With Intellectual Disabilities**. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 71(6), 7106230010p1–7106230010p8. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.025460>

Tajfel, H. (1984). **Grupos humanos y categorías sociales**. Barcelona: Herder.

Tajfel, H. y Turner, J. C. (1986). **The social identity theory of intergroup behavior**. En S. Wordrel y W. G. Austin (Eds.). *The Psychology of Interrouop Relations*. Chicago: Nelson-Hall.

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., ... y Henderson, C. (2016). **Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination**. *The Lancet*, 387(10023), 1123-1132.

Transparency International (2018) recuperado de www.transparency.org

Twenge, J. M., Catanese, K. R., y Baumeister, 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(3), 409-423.

UNESCO (2003) **Vencer la exclusión a través de aproximaciones inclusivas en la educación: Un reto y una visión.** UNESCO.

Wallace Foundation y RAND Corporation. (2004). **Corporation Gifts of the Muse, Benefits of the Arts.** Recuperado de: <https://www.wallacefoundation.org/knowledge-center/pages/gifts-of-the-muse.aspx>

Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E. y Sells, M. (2007). **Self-stigma in people with mental illness.** *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318.

Werner, S., & Roth, D. (2014). **Stigma in The Field of Intellectual Disabilities: Impact and Initiatives for Change.** In P. W. Corrigan (Ed.), *The Stigma of Disease and Disability: Understanding Causes and Overcoming Injustices* (pp. 73–92). American Psychological Association. <http://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrz90.9>

Werner, S., & Scior, K. (2022). **Intellectual Disability Stigma: The State of the Evidence.** In D. L. Vogel & N. G. Wade (Eds.), *The Cambridge Handbook of Stigma and Mental Health* (pp. 158–184). chapter, Cambridge: Cambridge University Press. <http://doi.org/10.1017/9781108920995.011>

Wirth, J. H., y Bodenhausen, G. V. (2009). **The role of gender in mental-illness stigma: A national experiment.** *Psychological Science*, 20, 169-173.

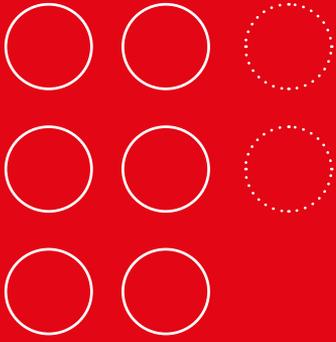
Wood, L., Byrne, R., Varese, F., y Morrison, A. P. (2016). **Psychosocial interventions for internalised stigma in people with a schizophrenia-spectrum diagnosis: A systematic narrative synthesis and meta-analysis.** *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 291-303.

World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

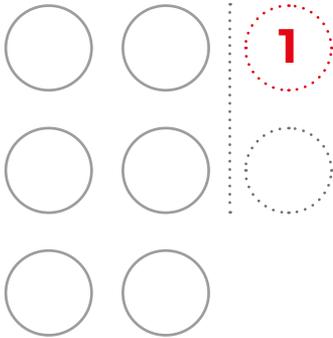
Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., y Lysaker, P. (2015). **Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison.** *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 171-178.

Yanos, P., Roe, D., West, M. L., Smith, S. M., y Lysaker, P. H. (2012). **Group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness: findings from a randomized controlled trial.** *Psychological Services*, 9(3), 248–258. doi: 10.1037/a0028048





ANEXOS



ANEXO 1

ESCALA DE BUENAS PRÁCTICAS CONTRA EL ESTIGMA GRUPO 5 - UCM

Cátedra UCM - Grupo 5 Contra el Estigma

A continuación se presentan una serie de ítems con cuatro celdillas cada uno. Cada celdilla describe las condiciones que deben ser observadas por el equipo evaluador en la práctica para obtener la puntuación. La persona que evalúa debe identificar las acciones realizadas (o que se piensan incluir) en la práctica y compararlas con cada celdilla para otorgar la puntuación de cada ítem. Una vez puntuados todos los ítems se obtendrá la puntuación final y se hará una interpretación cualitativa. Si el contenido del ítem no se considera o no está presente en la práctica debe puntuarse (0) *No se considera*.

1. METODOLOGÍA

1.1. EVALUACIÓN DE NECESIDADES

(0) No se considera

(1) La práctica no incluye evaluación de necesidades. Se generaliza de otros centros.	(2) Las necesidades las identifican los profesionales, sin diseño de investigación.	(3) Hay una evaluación de necesidades (cuantitativa o/y cualitativa) pero no es participativa.	(4) Hay una evaluación de necesidades mediante una investigación cualitativa o cuantitativa y con participación de todos los implicados. Puede surgir de los propios destinatarios (asambleas, etc.)
---	---	--	---

1.2. DISEÑO

(0) No se considera

(1) Existe un diseño de la investigación, pero no se toman medidas pre, ni post.	(2) Se toman medidas post, pero sin medidas pre, ni grupo de contraste.	(3) Se incluye una Evaluación de resultados: medidas pre y post, varias variables y con escalas estandarizadas. Sin grupo control. Puede existir un diseño cualitativo.	(4) Se dispone de un diseño experimental o cuasi-experimental con medidas pre y post, y grupo control. Variables medidas con escalas estandarizadas o estrategias de observación. Puede incluir diseño cualitativo con operativización de variables.
--	---	--	---

1.3. REPLICABILIDAD Y TRANSFERENCIA

(0) No se considera

(1) No se redacta ningún informe detallado sobre cómo se ha de realizar una acción. La difusión es únicamente informal, dentro del equipo.	(2) Se redactan materiales internos (informes, manuales, etc) para uso del propio equipo.	(3) Se redactan y publican manuales, materiales, etc. Se incluye la práctica en un repositorio de buenas prácticas.	(4) Se redactan manuales, etc. y existe un plan de difusión: Publicaciones científicas y/o difusión en medios de comunicación de los resultados.
--	---	--	--

2. EFICACIA - EFECTIVIDAD

2.1. ESTIGMA SOCIAL: CONTACTO

(0) No se considera

(1) Hay contacto, pero no se hace un diseño del tipo de contacto a usar en la práctica.	(2) Existe un contacto, pero no se ha diseñado en el mismo estatus, ni hay oportunidad de interacción. Se desmontan estereotipos.	(3) El contacto es por vídeo, con relato en primera persona, con estatus similares, se desmontan estereotipos y puede repetirse más de una vez.	(4) El contacto es en el mismo estatus, existe interacción, con cooperación activa, se desmontan estereotipos, se previene la ansiedad social de forma anticipada y se repite más de una vez.
--	---	--	--

2.2. ESTIGMA SOCIAL: EDUCACIÓN

(0) No se considera

(1) Se ofrece información educativa informal y no planificada.	(2) Se ofrece una información escrita o en vídeo planificado. No incluye testimonios en primera persona.	(3) Se hace mediante vídeos u otros materiales, se emplean testimonios personales, se enseñan habilidades, desmonta estereotipos, enfoque centrado en la persona, se utiliza la recuperación en el mensaje.	(4) Se hace mediante vídeos u otros materiales, se incluye contacto directo. Se emplean testimonios personales, se enseñan habilidades, desmonta estereotipos, enfoque centrado en la persona, se utiliza la recuperación en el mensaje.
---	---	--	---

2.3. ESTIGMA SOCIAL: PROTESTA

(0) No se considera

(1) Se realizan protestas con escaso impacto social (internas, en la propia organización, etc.).	(2) La protesta tiene presencia social, pero no se asegura que el mensaje llegue a los agentes sociales implicados.	(3) La protesta tiene presencia social y se hace llegar a los agentes sociales implicados. No es participativa ni colaborativa.	(4) La protesta tiene presencia social, es participativa, se colabora con otras entidades y se hace llegar a los agentes sociales implicados.
---	--	--	--

2.4. ESTIGMA INTERNALIZADO

(0) No se considera

(1) Técnicas o programas sin evidencia previa de eficacia. Basados en experiencias en primera persona u opiniones.	(2) Técnicas o programas con opinión positiva de expertos profesionales.	(3) Técnicas o programas con evidencia de eficacia incidental. Destacar si incluye estrategias no planificadas de revelación.	(4) Técnicas con eficacia contrastada (Psicoeducación, técnicas cognitivas, narrativas, de toma de decisiones, TAC, apoyo mutuo, afrontamiento). Programas con evidencia experimental (PAR, PAREI, HOP, etc.) Destacar los que incluyen Revelación.
---	---	---	--

2.5. ESTRATEGIAS CON PROFESIONALES

(0) No se considera

(1) Se utilizan técnicas o programas sin evidencia previa.	(2) Se utilizan técnicas o programas basados en la experiencia de profesionales expertos.	(3) Se utilizan técnicas o programas con evidencia de eficacia incidental en el estigma social o internalizado.	(4) Se utilizan técnicas o programas con evidencia de eficacia contrastada en el estigma social o internalizado. Se mantiene un diseño participativo.
---	--	--	--

2.6. ESTRATEGIAS CULTURALES

(0) No se considera

(1) Se utilizan lecturas o vídeos culturales, pero no centrados en el estigma.	(2) Se utilizan lecturas o vídeos culturales centrados en el estigma.	(3) Se utiliza la cultura para romper estereotipos. Lecturas y vídeos culturales. No es participativa. Si es presencial, es individual.	(4) Es presencial, puede emplear lecturas y vídeos. Se utiliza la cultura para romper estereotipos. Es participativa. Es en grupo. Relación de igualdad.
---	--	--	---

3. SOSTENIBILIDAD

3.1. SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA

(0) No se considera

(1)

La práctica puede financiarse, pero no se ha hecho un plan de viabilidad económica.

(2)

Se garantiza el funcionamiento de la práctica en su primera aplicación.

(3)

Se garantiza la sostenibilidad económica con fondos exclusivamente de la propia organización.

(4)

Existe un plan de viabilidad que garantiza la sostenibilidad económica con fondos de la propia organización y hay partenariado.

3.2. SOSTENIBILIDAD MEDIOAMBIENTAL

(0) No se considera

(1)

Se considera la perspectiva medioambiental, pero no se operativiza en acciones concretas.

(2)

Educa en el medio ambiente y tiene perspectiva ecológica. No hace acciones concretas.

(3)

Propone acciones ecológicas, educa en el medio ambiente.

(4)

Propone acciones ecológicas, educa en el medio ambiente y es participativa. Existe evaluación del impacto medioambiental.

3.3. SOSTENIBILIDAD SOCIAL

(0) No se considera

(1)

Existen recursos humanos para poner en marcha la práctica, pero son limitados y no están garantizados.

(2)

Los recursos humanos son limitados y dependen del voluntariado o de agentes externos.

(3)

El plan de recursos humanos es sostenible por la propia entidad.

(4)

El plan de recursos humanos es sostenible por la propia entidad. Implica a otros agentes sociales y comunitarios. Existe evaluación del impacto social.

4. ENFOQUE ÉTICO

4.1. ENFOQUE ÉTICO: LEGAL Y DEONTOLÓGICO

(0) No se considera

(1)

Se sigue la legalidad, pero no se ha contrastado de forma explícita la legalidad vigente, ni la deontología.

(2)

Cumple la legislación vigente, pero no se han consultado los códigos deontológicos.

(3)

Cumple la legislación y códigos deontológicos. Garantiza la protección de datos y se pide consentimiento informado.

(4)

Cumple la legislación y códigos deontológicos. Garantiza la protección de datos y se pide consentimiento informado. Incluye medidas de defensa y promoción de derechos humanos. Ha sido aprobado por un comité ético.

4.2. ENFOQUE ÉTICO: FORMAL

(0) No se considera

(1)

Tiene un enfoque ético, pero no centrado en la inclusión.

(2)

Tienen un enfoque ético de inclusión social.

(3)

Promueve la inclusión y la cohesión sociales.

(4)

Promueve la inclusión y la cohesión sociales. Sigue un enfoque identitario y de derechos. Tiene un enfoque de transparencia.

5. ENFOQUE DE GÉNERO

5.1. ENFOQUE DE GÉNERO			(0) No se considera
(1) Se considera de manera teórica esta cuestión, pero no se llega a materializar en la acción.	(2) La metodología incluye el análisis desagregado por género.	(3) Género como aspecto específico en alguno de los componentes de la práctica. No toda la práctica	(4) Ideología feminista de la práctica. Promoción de los derechos de las mujeres. Contribuye a la igualdad de género.

5.2. PARTICIPACIÓN DE MUJERES			(0) No se considera
(1) No participan mujeres de forma significativa (<10%).	(2) Las mujeres son el objetivo de la práctica, pero no participan en su diseño, etc.	(3) Las mujeres son el objetivo de la práctica y participan en el diseño y puesta en marcha de la práctica (<50%). Si participan varones, se incluyen acciones por la igualdad y los derechos de las mujeres.	(4) Las mujeres son el objetivo de la práctica y participan en el diseño y puesta en marcha de la práctica (>50%). Si participan varones, se incluyen acciones por la igualdad y los derechos de las mujeres.

6. ENFOQUE INCLUSIVO Y PARTICIPACIÓN

6.1. ENFOQUE INCLUSIVO			(0) No se considera
(1) Práctica con ayudas para las personas con dificultades, pero no totalmente accesible (instalaciones, lenguaje, etc.)	(2) Práctica totalmente accesible para personas con discapacidad física (instalaciones, actividades, etc.).	(3) Práctica accesible para personas con discapacidades físicas, sensoriales, mentales o intelectuales. Lenguaje inclusivo y fácil.	(4) Práctica accesible y con lenguaje inclusivo y fácil. Busca la participación de los distintos colectivos implicados. Diseño y toma de decisiones participativo. Perspectiva interseccional (género, edad, LGTBI, origen, etc.). En la acción participan “pares”.

6.2. TRABAJO EN RED, PARTENARIADO			(0) No se considera
(1) Abierta al trabajo en red, pero sin alianzas actuales.	(2) Trabajo con otra organización (no una red).	(3) Trabajo en una red de alianzas cerrada.	(4) Se garantiza el trabajo en red con alianzas. Abierta a nuevas alianzas en todo momento.

7. IMPACTO SOCIAL

7.1. IMPACTO SOCIAL

(0) No se considera

(1)	(2)	(3)	(4)
No existe un plan de difusión, se confía en la generalización de resultados para conseguir impacto social.	Se promueve la visibilización en la comunidad próxima (vecinos, barrio, etc.)	Se promueve la visibilización de la práctica en medios sociales y de comunicación.	Existe un plan de difusión e impacto que incluye medios de comunicación y agentes sociales relevantes. Se favorecen acciones sinérgicas.

8. INNOVACIÓN

8.1. INNOVACIÓN TÉCNOLÓGICA (TIC 'S)

(0) No se considera

(1)	(2)	(3)	(4)
Se utilizan TIC's para diseñar o implementar la práctica, pero no con los destinatarios.	Se utilizan TIC's con los destinatarios, pero sin mensajes en primera persona y sin evidencias previas de la eficacia.	Se emplean TICs, o vídeo sin mensajes en primera persona, o se ha utilizado un videojuego u otras técnicas sin eficacia contrastada.	Se emplean TICs, o vídeo con experiencia en primera persona, de familiares o del círculo social más cercano, o se ha utilizado un videojuego educativo de eficacia contrastada.

8.2. INNOVACIÓN EN LAS ACCIONES

(0) No se considera

(1)	(2)	(3)	(4)
Se abordan problemas tradicionales con estrategias innovadoras, pero no existe metodología, diseño ni contraste de la eficacia.	Se identifican nuevas necesidades, pero el abordaje es tradicional. Se aplican prácticas ya contrastadas a nuevos problemas o grupos.	Se aborda una nueva necesidad con metodología o acciones innovadoras.	La metodología, problema o acción son innovadoras. Se estudia y demuestra su eficacia.

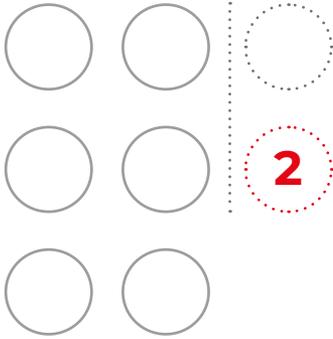
PUNTUACIÓN TOTAL: (0-84)

Puntuación máxima: 4 x número de ítems aplicados (especificar número de ítems aplicados).

PUNTUACIÓN TOTAL: (0-4)

Suma de puntuaciones / número de ítems aplicados (especificar número de ítems aplicados).

En cualquier caso, la calificación de una práctica como “buena” no será meramente cuantitativa y se valorarán los aspectos cualitativos de las acciones emprendidas.



ANEXO 2

MODELO DE FICHA PARA DOCUMENTAR BUENAS PRÁCTICAS CONTRA EL ESTIGMA GRUPO 5 - UCM

Cátedra UCM - Grupo 5 Contra el Estigma

DATOS GENERALES:

DATOS DE CONTACTO.

(Nombre, dirección, email, teléfono, etc.)

ENTIDAD

NOMBRE DE LA PRÁCTICA

ÁMBITO DE APLICACIÓN DE LA PRÁCTICA

PERSONAS OBJETIVO DE LA PRÁCTICA

Colectivos a los que va dirigida

RESUMEN DE LA PRÁCTICA ANTI ESTIGMA. (100 palabras)

--

OBJETIVOS DE LA PRÁCTICA

--

TEMPORALIZACIÓN

Inicio:
Final previsto:

DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA

(Tipo de actividad, objetivos de la misma, diseño, fases, tipo de estrategias utilizadas, profesionales implicados, acciones realizadas, etc.)

Valoración

--	--

INDICADORES:

METODOLOGÍA	VALORACIÓN
Evaluación de necesidades: (indicar si es participativa)	
Diseño: (Grupos, medidas, diseño, etc.)	
Replicabilidad y transferencia (Materiales, repositorios, publicaciones, etc.)	

EFICACIA - EFECTIVIDAD	VALORACIÓN
ESTIGMA SOCIAL: CONTACTO	NO APLICABLE <input type="checkbox"/>
ESTIGMA SOCIAL: EDUCACIÓN	NO APLICABLE <input type="checkbox"/>
ESTIGMA SOCIAL: PROTESTA	NO APLICABLE <input type="checkbox"/>
ESTIGMA SOCIAL: INTERNALIZADO	NO APLICABLE <input type="checkbox"/>
ESTIGMA CON PROFESIONALES	NO APLICABLE <input type="checkbox"/>
ESTRATEGIAS CULTURALES	NO APLICABLE <input type="checkbox"/>

SOSTENIBILIDAD	VALORACIÓN
----------------	------------

ECONÓMICA:

(Recursos humanos, económicos, cofinanciación, etc.)

--	--

MEDIO-AMBIENTAL

--	--

SOCIAL

--	--

ENFOQUE ÉTICO	VALORACIÓN
---------------	------------

ÉTICA Y DEONTOLOGÍA:

--	--

FORMAL

--	--

ENFOQUE DE GÉNERO	VALORACIÓN
-------------------	------------

ENFOQUE DE GÉNERO

--	--

PARTICIPACIÓN DE MUJERES

--	--

ENFOQUE INCLUSIVO Y PARTICIPACIÓN

VALORACIÓN

ENFOQUE INCLUSIVO

(A quién va dirigida, participación de beneficiarios, etc.)

TRABAJO EN RED, PARTENARIADO

(Otras entidades colaboradoras, alianzas, etc.)

IMPACTO SOCIAL

VALORACIÓN

INNOVACIÓN

VALORACIÓN

TECNOLÓGICA

ACCIONES INNOVADORAS



GRUPO 5



www.contraelestigma.com