

**EL ESTIGMA DE LA
POBLACIÓN
ESPAÑOLA HACIA
LAS PERSONAS
CON PROBLEMAS DE
SALUD MENTAL, EN
SITUACIÓN SIN HOGAR
Y CON DISCAPACIDAD
INTELECTUAL**

Contra el
Estigma

Cátedra UCM - Grupo 5
Contra el Estigma

CÁTEDRA UCM - GRUPO 5 CONTRA EL ESTIGMA

Director del estudio:

Manuel Muñoz López. Catedrático de Evaluación y Diagnóstico Psicológico, y Director de la Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma.

Coordinadora del estudio:

Sara Zamorano Castellanos. Doctoranda en la Universidad Complutense de Madrid. Becaria de la Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma.

Equipo del estudio:

EL ESTIGMA Y LA SALUD MENTAL

Ana Abad Fernández. Directora del Centro de Día y Equipo de Apoyo Social Comunitario de Latina. Comunidad de Madrid. Grupo 5.

Clara González Sanguino. Profesora Ayudante Doctora en la Universidad de Valladolid.

Juan Linares Millán. Director de Viviendas con apoyo El Hayedo. Gobierno Castilla La Mancha. Grupo 5.

María Salazar García. Directora del Centro de Rehabilitación Psicosocial Latina. Comunidad de Madrid. Grupo 5.

Ana Belén Santos Olmo. Profesora Contratada Doctora interina en la Universidad Complutense de Madrid.

Carlos Vaquero Crespo. Director del Centro de Rehabilitación Laboral de Torrejón. Comunidad de Madrid. Grupo 5.

EL ESTIGMA Y LA SITUACIÓN SIN HOGAR

Pilar Abad Fernández. Directora del Centro Municipal de Acogida para Personas sin Hogar Puerta Abierta. Ayuntamiento de Madrid. Grupo 5.

Paloma Arenas Marín. Coordinadora Alojamientos Alternativos de Distrito Centro. Ayuntamiento de Madrid. Grupo 5.

Mario Arranz Pérez. Director del Centro Abierto La Rosa. Ayuntamiento de Madrid. Grupo 5.

María Cruz Jiménez Martín. Coordinadora del Servicio de Educación Social. Ayuntamiento de Madrid. Grupo 5.

Sara Sainz Ávila. Coordinadora de comunicación de Grupo 5.

EL ESTIGMA Y LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Juan Linares Millán. Director de Viviendas con apoyo El Hayedo. Gobierno Castilla La Mancha. Grupo 5.

Ana Lozano Cámbara. Directora de Comunicación y RSC. Grupo 5.

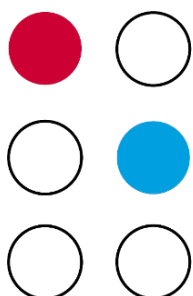
Irene Muñoz Lara. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología.

Jesús Saiz Galdós. Profesor Contratado Doctor, Facultad de Psicología, UCM.

María Salazar García. Directora del Centro de Rehabilitación Psicosocial Latina.

Comunidad de Madrid. Grupo 5. Profesora asociada, Facultad de Psicología, UCM.

Carlos Vaquero Crespo. Director del Centro de Rehabilitación Laboral Torrejón de Ardoz. Comunidad de Madrid. Grupo 5.



La Cátedra UCM - Grupo 5 Contra el Estigma tiene como principal objetivo la lucha contra el estigma que afecta a las personas con trastorno mental, discapacidad, vulnerabilidad o exclusión social extrema. Con este propósito, desde la Cátedra se desarrollan estudios de investigación, programas de formación, actividades culturales y campañas de sensibilización. Esta cátedra extraordinaria está promovida por la empresa de servicios sociales Grupo 5 y la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

El presente documento es un resumen de los principales resultados obtenidos en el *Estudio sobre el estigma de la población española hacia las personas con problemas de salud mental, en situación sin hogar y con discapacidad intelectual* llevado a cabo por la **Cátedra UCM – Grupo 5 Contra el estigma**. A continuación, se incluyen los capítulos de Introducción y Conclusiones de las memorias de cada una de las condiciones estudiadas (la publicación íntegra de las memorias se encuentra en la web de la cátedra: www.contraelestigma.com).

ÍNDICE

- 1. Introducción**
- 2. Metodología**
- 3. El estigma y la salud mental**
 - 3.1. Estigma y personas con problemas de salud mental
 - 3.2. Principales resultados
- 4. El estigma y la situación sin hogar**
 - 4.1. Estigma y personas en situación sin hogar
 - 4.2. Principales resultados
- 5. El estigma y la discapacidad intelectual**
 - 5.1. Estigma y personas con discapacidad intelectual
 - 5.2. Principales resultados
- 6. Recomendaciones Prácticas**
- 7. Referencias**

1. INTRODUCCIÓN

El **estigma** se ha definido como un atributo profundamente devaluador, que degrada y rebaja a la persona portadora del mismo (Goffman, 1963). Este fenómeno social suele conceptualizarse en tres dimensiones en constante interacción: cognitiva (estereotipos), emocional (prejuicios) y conductual (discriminación) (Corrigan & Watson, 2002; Garrido y Álvaro, 2007; Muñoz et al., 2009; Muñoz et al., 2020). Los estereotipos son creencias compartidas por la sociedad, corresponden con presunciones colectivas sobre un grupo que se utilizan para categorizarlo, y entre ellos se encuentran características como incompetencia, culpa, peligrosidad e impredecibilidad (Corrigan et al., 2014; Rüsck et al., 2005). Los prejuicios aparecen cuando una persona está de acuerdo con esos estereotipos aprendidos, son respuestas cognitivas y afectivas ante los mismos, y generan discriminación y reacciones conductuales de hostilidad (Corrigan, 2000). Por último, la discriminación se define como aquellas conductas negativas dirigidas hacia el grupo social estigmatizado, con frecuencia medida a través de la distancia social (Corrigan & Watson, 2002).

Pero el estigma no es simplemente una etiqueta o atributo que discrimina a la persona, también es una dinámica, es decir, una serie de procesos psicosociales basados en el intercambio de conductas entre dos grupos, los estigmatizados y los estigmatizadores, destacando una serie de diferencias negativas. En consecuencia, estas diferencias crean dos grupos separados (“ellos/as” y “nosotros/as”), y llevan a una pérdida de estatus y a la discriminación del grupo de “ellos/as” (Corrigan et al., 2014). Dicho de otra forma, el estigma es un proceso compuesto del reconocimiento de la persona como “distinto”, la activación de creencias negativas y erróneas y, por último, la aparición de emociones negativas o discriminación hacia dicha persona (Overton & Medina, 2008), lo que deriva en segregación, discriminación y asimetría de poder que se sostiene entre el endogrupo y el exogrupo (Link & Phelan, 2001).

La diferenciación entre “ellos” y “nosotros” es una característica definitoria del denominado estigma social, una forma de discriminación que conglomerada distintas actitudes hacia un grupo por parte de la sociedad (Muñoz et al., 2009). Por otra parte, el estigma personal se define por la interiorización de todas esas actitudes por parte del individuo con problemas de salud mental, en situación sin hogar o con discapacidad intelectual, que las hace suyas (Corrigan et al., 2014). Por último, el estigma estructural aparece cuando son las propias políticas institucionales las que discriminan a estas

personas. Dentro de este tipo de estigma se pueden encontrar prácticas tales como una pobre atención médica o falta de fondos para el tratamiento (Corrigan et al., 2014).

El estigma afecta a un gran número de personas de forma global, y los datos son preocupantes. Centrándonos en las condiciones del estudio, siguiendo los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), el 25% de la población mundial sufrirá un problema de **salud mental** a lo largo de su vida, encontrando en España 581.126 personas con enfermedad mental reconocida (IMSERSO, 2020). La Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020 estima que la cifra de personas en **situación de sin hogar** en España es de 33.275 personas, aunque existen encuestas recientes que aumentan la prevalencia vital de la situación sin hogar hasta un 12% de la población (Taylor et al., 2020). Y, por último, se estima una prevalencia de entre el 1 y el 3% de personas con **discapacidad intelectual** en los países más desarrollados (Allen Leigh et al., 2010), encontrando en España 281.720 personas con discapacidad intelectual reconocida (IMSERSO, 2020). El estigma asociado a estos colectivos minimiza sus oportunidades, agrava su sintomatología, dificulta su acceso a servicios y derechos básicos como la vivienda o el trabajo, y merma sus posibilidades de interacción con la sociedad.

Considerando los escasos estudios realizados acerca del funcionamiento del estigma en las condiciones mencionadas, se debe señalar que ninguno de ellos incluye un planteamiento de género directamente en el diseño y desarrollo de la investigación, más allá de desagregar los análisis estadísticos teniendo en cuenta el género. En este sentido, por el momento no se conocen encuestas que incluyan el enfoque de género en los propios instrumentos de evaluación, ni se han realizado ajustes metodológicos más allá del análisis diferencial de los datos. Esto es, de forma tradicional los instrumentos utilizados para medir los niveles de estigma en la población no tienen un lenguaje inclusivo, sus enunciados suelen estar formulados en género masculino o, en todo caso, neutro. Nos preguntamos si, de este modo, se estarían abordando o no las diferencias de género a la hora de medir el estigma. Si preguntamos por la peligrosidad percibida de Elena en una viñeta que evalúa, por ejemplo, esquizofrenia, ¿los resultados serán iguales que si preguntamos por la peligrosidad percibida de Antonio? ¿Elena y Antonio recibirán de la población los mismos estereotipos y prejuicios, y sufrirán las mismas conductas discriminatorias? Estas preguntas hacen por tanto necesario explicitar el género ya en los propios instrumentos de evaluación, para tratar de minimizar los sesgos que puedan acompañar a esta variable, ajustando los ítems para preguntar por “mujeres con...”, “varones con...”, “personas con...” etc.

Además, uno de los puntos fuertes del trabajo es haber identificado temas de interés para las personas afectadas mediante una metodología cualitativa previa al desarrollo del cuestionario cuantitativo, en la que participaron personas con alguna de las tres condiciones estudiadas. De este modo, se presentan en esta memoria los principales resultados de la **primera encuesta nacional** sobre estigma asociado a los problemas de salud mental, discapacidad intelectual o en situación sin hogar, considerando el género en la definición de variables y problemas de estudio, en el muestreo, en el diseño de los instrumentos de medida, en el análisis estadístico y en la elaboración de conclusiones.

Teniendo en cuenta estas dimensiones, el presente estudio se ha realizado a nivel nacional dando voz* a las personas que viven con trastornos mentales, discapacidad intelectual o en situación sin hogar, y a la sociedad en general con el fin de entender el estigma y poder abordarlo desde diferentes perspectivas para reducir las falsas ideas de inutilidad, peligrosidad, infecciosidad y todas aquellas ideas negativas asociadas a las tres condiciones estudiadas. Así podrá desarrollarse una sociedad más inclusiva, justa y que aborde el estigma desde un conocimiento científico, claro, profesional y objetivo.

Los grupos y entrevistas se realizaron en:

- Centro de día y centro de rehabilitación laboral Aranjuez. Comunidad de Madrid. Grupo 5.
- Centro de rehabilitación psicosocial Latina. Comunidad de Madrid. Grupo 5.
- Centro de día de soporte social Latina. Comunidad de Madrid. Grupo 5.
- Centro de acogida Puerta Abierta. Ayuntamiento de Madrid. Grupo 5.
- Viviendas con apoyo El Hayedo. Gobierno de Castilla la Mancha. Grupo 5.
- CADIG San Clemente. Gobierno de Castilla la Mancha. Grupo 5.
- Centro ocupacional El Molino. Ayuntamiento de Alcalá de Henares. Fundación Aldaba.



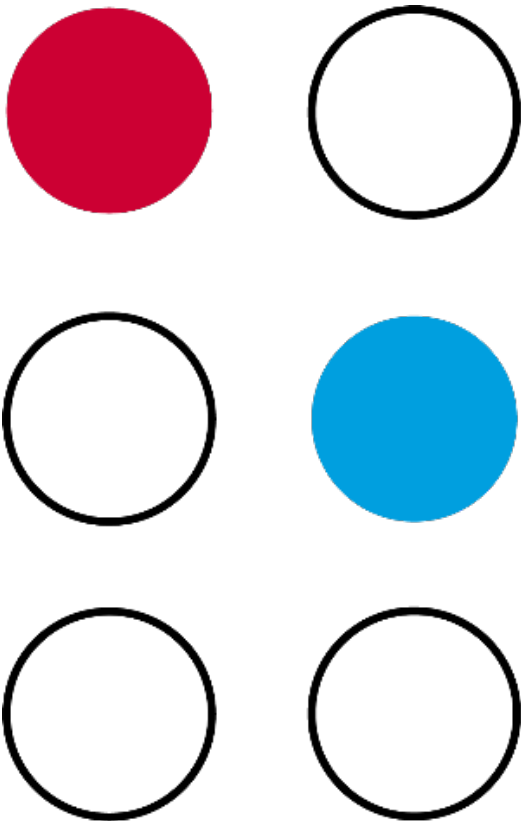
2. METODOLOGÍA

El estudio se ha realizado en dos fases. En primer lugar, para conocer y dar voz a las personas afectadas por cada condición, se realizó un estudio cualitativo (6 grupos focales y entrevistas en profundidad) en las poblaciones de interés (salud mental, discapacidad y sin hogar). En segundo lugar, se desarrolló una encuesta cuantitativa que combinó los resultados obtenidos en la fase cualitativa con escalas estandarizadas. Para garantizar la perspectiva de género se emplearon versiones masculinas y femeninas de las medidas y se analizan los datos desagregados en varones y mujeres. La muestra se consiguió por medio de una metodología de panel de consumidores, y fue respondida por 2755 personas (el trabajo de campo fue realizado por Grupo Análisis e Investigación). El estudio cuenta con la aprobación de la Comisión Deontológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (Ref. 2020/21-026) y se llevó a cabo de acorde al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de datos personales. Un resumen más pormenorizado de la metodología se puede encontrar en Zamorano et al., (2022). En la Tabla 1 se puede encontrar la ficha metodológica del estudio.

Tabla 1. *Ficha metodológica de la encuesta*

Nombre:	Encuesta UCM-Grupo 5 sobre estigma
Metodología:	Mixta cualitativa-cuantitativa.
Ámbito poblacional:	2755 personas de la población general mayores de 18 años.
Obtención de la muestra:	Panel de consumidores. Encuesta CAWI (Computer Assisted Web Interviewing) (obtenida por Grupo Análisis e Investigación).
Ámbito geográfico:	Las 17 comunidades autónomas de España.
VARIABLES MEDIDAS	Instrumentos

Variables sociodemográficas	Preguntas sobre datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel de estudios, nivel económico, trabajo, etc).
Condiciones personales de salud mental, sin hogar y discapacidad intelectual	Preguntas sobre trastorno mental, situación sin hogar y discapacidad. Preguntas sobre lenguaje estigmatizante.
Uso de medios de comunicación	Preguntas sobre el uso habitual de medios de comunicación (radio, televisión, prensa escrita, internet, etc).
Distancia social	Preguntas sobre el grado de cercanía con las condiciones evaluadas. Preguntas sobre opinión de servicios para estos colectivos. Reported and Intended Behaviour Scale; RIBS (Evans-Lacko et al., 2011).
Actitudes hacia los problemas de salud mental	Scale for Community Attitudes toward the Mentally Ill; CAMI (Taylor & Dear, 1981; Ochoa et al., 2016). Attributional Questionnaire-9; AQ-9 (Corrigan et al., 2014).
Revelación sobre problemas de salud mental	Preguntas sobre opiniones y actitudes hacia la revelación sobre problemas de salud mental, y la capacidad de hablar sobre ellos.
Actitudes hacia la discapacidad intelectual	Attitudes to Disability Scale (Power & Green, 2010). Attributional Questionnaire-9; AQ-9 (Corrigan et al., 2014).
Actitudes hacia las personas sin hogar	Survey attitudes toward Homeless People (Snow-Hill, 2019). Attributional Questionnaire-9; AQ-9 (Corrigan et al., 2014).
Variables extraídas de la investigación cualitativa	Ítems sobre aspectos esenciales del estigma destacados por las personas que participan en los grupos de discusión del estudio cualitativo.



**EL ESTIGMA DE LA
POBLACIÓN
ESPAÑOLA HACIA
LAS PERSONAS
CON PROBLEMAS DE
SALUD MENTAL**

Contra el
Estigma

3. EL ESTIGMA Y LA SALUD MENTAL

3.1. ESTIGMA Y PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que el 25% de la población mundial va a convivir con un problema de salud mental en algún momento de su vida y alrededor del 1% vivirá con un trastorno mental grave y permanente. Sabiendo esto, es necesario recordar que las personas con problemas de salud mental han sido sistemáticamente estigmatizadas y discriminadas a lo largo del tiempo por su condición, viendo reducidos considerablemente sus derechos y acceso a oportunidades sociales y sanitarias (OMS, 2013). Estas personas se encuentran con dificultades a la hora de participar en entornos comunitarios, viendo obstaculizada su participación social (Encuesta Nacional de Salud, 2017).

En esta dirección, las personas con problemas de salud mental a menudo se consideran peligrosas e incapaces de recuperarse (Pescosolido, 2013). El estigma, siendo una marca sociocultural, determina estructuralmente y de manera permanente a una persona, definiéndola como distinta e inferior, y por tanto conlleva una serie de consecuencias negativas como exclusión, sanción, desprecio y violencia (Rüsch et al., 2005). Este estigma tiene además otras consecuencias perjudiciales para las personas que lo sufren, por ejemplo, ven obstaculizado su acceso a servicios de salud, recibiendo una peor calidad de atención tanto mental como física (Clement et al., 2015). Además, esta discriminación genera autoestigma, o estigma internalizado, cuando la persona con un problema de salud mental hace suyas las creencias de la sociedad y se las aplica, desembocando en sentimientos de vergüenza, desesperanza y angustia intensificada (Corrigan et al., 2009; Boyd et al., 2022). En definitiva, el estigma asociado a este colectivo minimiza sus oportunidades, agrava su sintomatología, dificulta su acceso a servicios y derechos básicos como la vivienda o el trabajo, y merma sus posibilidades de interacción con la sociedad.

Este proceso de estigmatización de las personas con problemas de salud mental tiene características diferenciales en cuanto a cuestiones de género. Tradicionalmente, las mujeres han sido discriminadas por cuestiones geográficas, comunitarias o religiosas, existiendo una brecha de género que media con el estigma interseccional. La hipótesis de la discriminación interseccional sugiere que distintas condiciones que pueden

generar estigma interactúan entre sí, aumentando la discriminación del colectivo que lo sufre, conduciendo a resultados más negativos (Fredman, 2016). Como ejemplo de conjunción de condiciones estigmatizantes, se puede pensar en una mujer con un problema de salud mental, que además será discriminada en su contexto por el hecho de ser mujer, y de una religión distinta a la mayoritaria en la región. Esto tendría para ella consecuencias de discriminación, pérdida de derechos, etc. En esta dirección, existen datos empíricos, recogidos en revisiones sistemáticas y meta-análisis, que apoyan estos planteamientos (Castaño et al., 2019; Trevillion et al. 2021; Oram et al., 2017). En estos estudios, que recogen la evidencia desarrollada hasta ahora sobre el tema, se encuentran datos como que existe una aparente apreciación de las mujeres como menos capaces en sus puestos de trabajo. Además, los estudios citados reflejan que aquellas mujeres que han sufrido violencia machista y abusos presentan mayor probabilidad de problemas de salud mental.

Teniendo en cuenta las consecuencias negativas del estigma, y su importancia a la hora de garantizar servicios de calidad para las personas con problemas de salud mental, el tema se ha estudiado desde diferentes puntos de vista. La existencia de estigma asociado a los problemas de salud mental se ha demostrado a lo largo del tiempo a través de distintos estudios. Actualmente, existen algunas encuestas internacionales sobre el estigma que sufren las personas con problemas de salud mental por parte de la sociedad, como el programa INDIGO (Thorncroft et al., 2019), y la Encuesta Mundial sobre Estigma en Enfermedad Mental (Seeman et al., 2016), que cuenta con datos recogidos en 229 países. A nivel nacional, se han hecho investigaciones de estigma social en salud mental en Australia (Groot et al., 2020), Suiza (Högberg et al., 2012), Reino Unido (Ilic et al., 2014) o Argentina (Leiderman et al., 2011). En nuestro país existe una encuesta sobre estigma en salud mental a nivel autonómico en Cataluña (Aznar-Lou et al., 2016), cuyos resultados, aunque sugieren niveles de estigma similares o inferiores a los de otros países o estudios, en general continúan reportando actitudes autoritarias hacia las personas con problemas de salud mental. No se conoce, por tanto, ninguna encuesta sobre estigma en salud mental a nivel nacional en España. Por ello, los resultados de la presente encuesta a nivel nacional sobre el estigma que afecta a las personas con trastornos mentales, que se presentan a continuación, aportan un conocimiento de la realidad que apoya la lucha contra el estigma que sufren las personas que viven con trastornos mentales en nuestro país.



3.2. PRINCIPALES RESULTADOS

El presente estudio analiza el estigma asociado a los problemas de salud mental existente en España implementando una encuesta de carácter innovador en cuanto a su desarrollo y planteamiento. De este modo, se ha dado valor a los temas señalados como relevantes en relación al estigma señalados por las propias personas afectadas, así como se destaca el carácter interseccional y enfoque de género de la investigación. Los resultados analizados hasta el momento permiten realizar un primer análisis de los datos que llevan a considerar las conclusiones que se detallan a continuación:

CONTACTO CON LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Resulta importante señalar las características de la muestra encuestada. El 21% reconoció tener o haber tenido problemas de salud mental alguna vez en su vida. Este dato se corresponde con la información aportada por la OMS (2013), que apunta a que cerca de un 25% de la población sufrirá un problema de salud mental (1 de cada 4 personas). Cabe destacar que teniendo en cuenta estas cifras y el tamaño medio familiar, se espera que el 100% de la población mundial entre en contacto con los problemas de salud mental alguna vez en su vida, ya sea en primera persona o a través de un familiar cercano.

Los datos de contacto directo con personas con problemas de salud mental son similares a los de prevalencia: 1 de cada 4 personas dicen convivir con una persona con problemas de salud mental, y la mayoría (64%) conocen a una persona con esta condición.

Estos datos deben hacernos reflexionar sobre el hecho de que la estigmatización de las personas con problemas de salud mental tarde o temprano termina afectándonos a todos y todas. La pandemia ha venido a corroborar esta afirmación de forma tajante. Es, por tanto, un proceso de estigmatización que va a implicar a toda la población mundial en algún momento de su vida y que, por tanto, merece un análisis y unas intervenciones sociales urgentes.

REVELACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

La buena disposición de las personas entrevistadas a hablar de los problemas de salud mental que pudiera estar viviendo otra persona (el 96,5% se muestra dispuesto a hablar del tema), es una buena señal de disposición a entender mejor este tipo de problemática

y su significado personal y, por tanto, un primer paso para vencer el estigma hacia las personas afectadas.

En el caso de hablar de un problema de salud mental propio, la muestra tendió a responder que lo hablarían sobre todo con personas en las que confiaran (amigos/as, compañeros/as de trabajo, etc.) y, en caso de hacerlo de forma profesional, se prefieren los profesionales de la Psicología. Esta disposición a compartir experiencias puede ser un factor protector clave frente al malestar psíquico, aunque contrasta con los datos de los estudios más actuales que indican que las personas en esta situación suelen tardar entre 4-5 años en ponerse en contacto con profesionales (bien es cierto que todos los estudios son previos a la pandemia, que ha podido modificar estas tendencias de forma significativa). Cualquier avance en este sentido debe ser bienvenido porque una mayor comunicación conlleva un menor estigma (efecto “salid del armario”) y facilita intervenciones más tempranas y, por tanto, efectivas.

LENGUAJE Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Uno de los puntos que denotan la presencia de un estigma hacia las personas que tienen problemas de salud mental hace referencia a las palabras empleadas para referirse a las personas afectadas. El uso de palabras como *locos*, *zumbados* o *enfermos* (obsérvese que todas están en masculino) para referirse a las personas en esta situación avisa de la presencia de un estigma relevante hacia esta población.

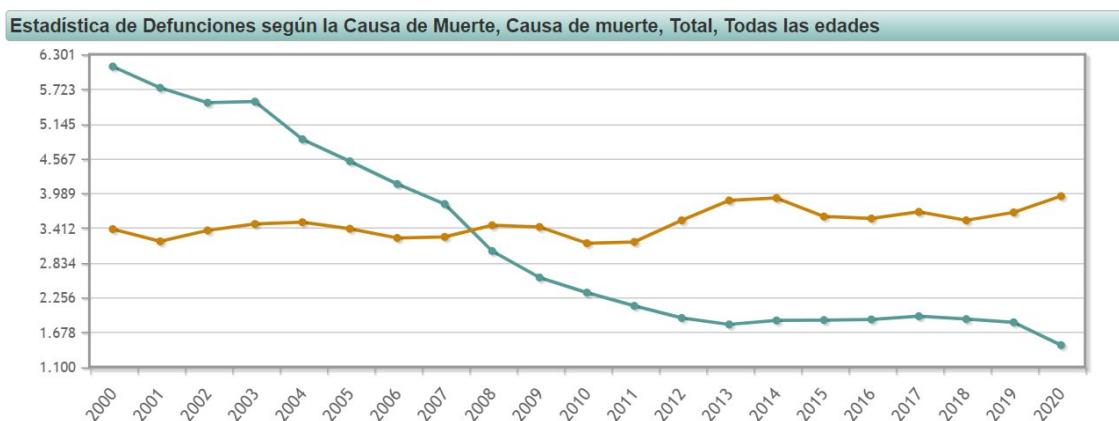
El **lenguaje** empleado para referirse a las personas con problemas de salud mental es estigmatizante y poco inclusivo, y muestra la confusión entre trastorno mental y discapacidad intelectual (por ejemplo, al emplear términos como incapacitados/as mentales, retrasados/as, discapacitados/as o incluso deficientes).

En el caso de los **medios de comunicación**, el 68% de la muestra considera que habría que informar del diagnóstico cuando la persona comete un delito, sin existir diferencias entre hombres y mujeres en este dato. Debe señalarse cómo la inclusión de esa información vulnera en la mayoría de los casos las leyes de protección de datos y, en la inmensa mayoría de las ocasiones no aporta información relevante a la explicación del delito. Por ello, la difusión pública de esa información puede considerarse un comportamiento estigmatizante. El imaginario social explicaría que la violencia está relacionada con algún diagnóstico de salud mental. Este tipo de pensamiento podría suponer un riesgo al relacionar la violencia con la problemática asociada a la salud mental, resultando coherente con el tratamiento que tradicionalmente se ha hecho del trastorno mental en los medios de comunicación y producciones culturales (cine, teatro, televisión, literatura, etc.) (Crespo et al., 2011; Muñoz et al., 2009; Muñoz et al., 2011).

Por tanto, es importante educar a los medios de comunicación a usar adecuadamente los términos y las atribuciones de las personas, para cambiar la tendencia y conseguir generar un impacto positivo. Tal y como afirma Cuenca (2003), con el fin de comprender el mantenimiento de la estigmatización de las personas con trastornos mentales en nuestra sociedad, es ineludible atender al papel de los medios de comunicación de masas, probablemente los mayores agentes cristalizadores y difusores de las distintas tendencias sociales, cuya capacidad de influencia se observa en su creciente peso en la formación de las percepciones y actitudes sociales. De hecho, se ha subrayado la responsabilidad de los medios de comunicación en la perpetuación de estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias, como consecuencia de la representación negativa e imprecisa que hacen de los trastornos mentales (Cutcliffe y Hannigan, 2001).

El 78% de la muestra considera que es necesaria una **mayor información** acerca de los problemas de salud mental. Habrá que tener en cuenta que esta información debe cumplir una serie de características que permitan lograr un conocimiento ajustado a la realidad y no replicar modelos de transmisión de la información que generan mayor estigma (Fábregas et al., 2018; FEAFES, 2008). A pesar de que la muestra reconoce esta necesidad, la realidad es que es tras la pandemia por Covid-19 cuando se le está dando relevancia social a la necesidad de cuidado y conocimiento más amplio en salud mental, pero resulta paradójico que a nivel estatal se destinen importantes inversiones en campañas de sensibilización y modificaciones legislativas en otros ámbitos importantes como la seguridad vial, cuyo impacto social es evidente, pero no se destinen esos mismos esfuerzos a lo que tiene que ver con la salud mental que provoca sufrimiento personal, carga familiar, pérdidas laborales y, lo más importante, pérdida de vidas humanas similares a otros trastornos y enfermedades que tienen un mayor esfuerzo económico y social. Como puede verse en la Figura 40, mientras el número de suicidios permanece constante, las intervenciones dirigidas a la reducción de fallecimientos por accidente de tráfico han resultado efectivas y estas se han desarrollado mediante campañas, cambios legislativos en ley de seguridad vial y otras modificaciones estructurales. Por tanto, parece razonable pensar que la realización de campañas y modificaciones estructurales en el abordaje de los problemas de salud mental contribuiría a reducir el estigma y, por tanto, los efectos perniciosos de los trastornos mentales (Mascayano et al., 2015; Heijnders y Van Der Meij, 2006).

Figura 40. Gráfica de defunciones por accidente de tráfico y por suicidio



Evolución Defunciones por accidentes de tráfico (verde) vs suicidios (amarillo). Fuente INE, 2022.

DISTANCIA SOCIAL

La **intención de distancia social** es uno de los mejores indicadores de estigma ya que nos informa sobre intenciones de comportamiento (discriminación). Comenzamos puntualizando que en los resultados de los niveles de intención de distancia social hacia personas con problemas de salud mental se observa que el 30,5% de la muestra tiene una intención de distancia social media y el 13,9% una distancia social elevada. Sumando estas dos valoraciones que aportan información más desfavorable hacia el colectivo, obtenemos un total del 44,4% que muestra una intención media-baja de acercamiento a las personas con un problema de salud mental. Puede destacarse como un 65% de las personas entrevistadas rechaza vivir con una persona con trastorno mental, a un 40% no le gustaría que sus hijos se relacionasen con personas con problemas de salud mental y 1 de cada 3 no mantendría una amistad con una persona con trastorno mental. Por otra parte, el 55,6% sí que estaría dispuesta a tener un contacto más cercano con estas personas.

Se observa que a medida que la relación exige una mayor **intimidad**, parece incrementarse la distancia social manifestada por parte de la muestra, esto sucede independientemente del género. Sería interesante reflexionar en qué medida esta situación se complica aún más debido a factores estructurales que no permiten acceso digno a situaciones de vivienda, salvo que se disponga de recursos económicos suficientes. Situaciones de convivencia limitantes y con aportaciones económicas precarias, no generan escenarios proclives a propiciar elementos facilitadores a una convivencia cotidiana dado el carácter restrictivo que estas situaciones aportan a las personas.

Sin duda, el que una mitad de la población reconozca no tener intención de mantener relaciones personales con las personas que pasan por un problema de salud mental, y 2 de cada 3 prefieran no convivir con ellas, es uno de los peores resultados del presente estudio que, unido a la terminología empleada, identifican las tendencias estigmatizantes presentes en la población española. También es interesante remarcar que, en contra de nuestras hipótesis, no se observan diferencias de género en esta variable.

También se operativizó la opinión respecto a la **distancia de los servicios** para personas con problemas de salud mental preguntando a la población si les gustaría disponer de recursos en el barrio de residencia para esta población, y sólo un 6,1% muestran su oposición y un 67% indica que le gustaría contar con ese tipo de recursos en su barrio. Estos datos que a priori resultan positivos contrastan con la realidad de protestas que a lo largo de los últimos 30 años se han producido en nuestras ciudades ante la apertura de recursos de atención a personas con trastornos mentales. Ante las situaciones de rechazo sucedidas en el pasado, han sido los profesionales de los centros los que han realizado la labor de sensibilización, generando acciones para tratar de modificar estos escenarios sociales. La intervención para reducir este estigma social pretende que esto deje de suceder, bien por cambios estructurales que favorezcan la normalización de estos recursos, bien por la reducción del estigma social en el medio y largo plazo.

ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

En cuanto a las **actitudes** respecto a las personas con un problema de salud mental, como variable general se observan niveles intermedios pero muy numerosos (el 64% de la muestra informa de estigma medio o alto). Con presencia de un pequeño porcentaje de personas que reconocen tener niveles elevados de estigma ante algunos aspectos de esta condición. Así, se aprecian niveles medios en **autoritarismo** en cerca de la mitad de la muestra (40,64%), y en dos tercios de esta en **restricción social**. Si unimos estas puntuaciones a las altas, tendríamos que un 42,32% de las personas entrevistadas manifiestan tendencias autoritarias hacia las personas con problemas de salud mental, y un 69,29% tendrían planteamientos restrictivos hacia este colectivo. Solo con este dato se justificaría la necesidad de realizar intervenciones para reducir el estigma, pero además en relación a las atribuciones sobre la salud mental hay un 56% de la muestra que manifiesta atribuciones negativas medias y un 8% altas en el cuestionario de atribución AQ-9. En una situación ideal, la mayor parte de la población tendría niveles bajos de estigma hacia los problemas de salud mental. En este caso, el

64% manifiesta atribuciones negativas susceptibles de mejora. Factores como la Coacción para que la persona se ponga en tratamiento (6,45/9), la creencia de que van a necesitar Ayuda de forma recurrente (6,44/9) o la Pena (5,88/9) aparecen con puntuaciones medias/altas y solo el Enfado hacia estas personas (2,75/9) y la consideración de que tienen la Culpa de su situación (2,27/9), se sitúan en niveles bajos de puntuación mientras que el resto de los factores ofrecen puntuaciones intermedias susceptibles también de intervención. Por tanto, parece que resulta necesaria la intervención para favorecer contextos sociales más integradores e inclusivos.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ESTIGMA

En lo relacionado con las características sociodemográficas analizadas, las diferencias encontradas son, en general, pequeñas y poco significativas estadísticamente, mostrando una cierta homogeneidad de la población española en relación con el estigma hacia las personas con problemas de salud mental. En relación con la **edad**, los jóvenes presentan menor intención de distancia social y menor estigma, sin embargo, resultan ser más benevolentes y con menor ideología comunitaria en salud mental. Puntúan con mayor estigma en Miedo, Culpa y Segregación. Estos resultados podrían considerarse un tanto contradictorios sobre todo en referencia a la Segregación, puesto que una menor intención de distancia social no se entiende con puntuaciones elevadas en dicho factor. Puede pensarse que factores como la deseabilidad social o un falso idealismo puedan estar influyendo en estos resultados. Por otro lado, el hecho de que haya creencias contrarias a la ideología comunitaria puede dar una pista del sentido de las atribuciones de Segregación, puesto que la ideología comunitaria centra sus esfuerzos en la integración de las personas con problemas de salud mental en la comunidad. Los mayores sin embargo presentan un mayor estigma en distancia social y mayor en Restricción social y Coacción, resultando por tanto coherentes los resultados entre ambas medidas.

En lo relacionado con el **nivel de estudios** de la persona entrevistada, los resultados señalan una tendencia muy clara en el sentido de que los estudios modulan el estigma hacia las personas con problemas de salud mental. A mayor nivel de estudios, la intención de acercamiento hacia estas personas es más alto a la vez que se reducen las atribuciones negativas.

En la dimensión de residencia en un área **rural o urbana**, de nuevo, las diferencias son pequeñas (debe recordarse que en el presente estudio se entiende por rural las poblaciones de menos de 30.000 h.). En general, tanto la población urbana como la población rural muestran una actitud positiva hacia el contacto con población de

personas con problemas de salud mental. Puede remarcarse la observación de una tendencia que parece indicar que la población urbana muestra más creencias de peligrosidad, miedo y evitación. Por una parte, el ambiente social de la comunidad en los ámbitos rurales puede ser un facilitador, derivado del conocimiento y la cercanía, así como de la necesidad de recibir ayuda y la facilidad para proporcionarla en entornos de menor población. Por otra parte, esto a su vez supone un elemento de riesgo ante la reducción del anonimato, algo que sí se facilita en contextos urbanos más poblados. Es decir, por un lado, el entorno rural favorece procesos de ayuda y puede llegar a otorgar un papel en el contexto social a la persona que padece un problema psicológico, lo que tiene sus ventajas y desventajas; y de la misma manera, el contexto urbano proporciona anonimato, pero también reduce las oportunidades de dar y recibir ayuda informal, no así profesional (McDonel et al, 1997).

Una de las mayores diferencias encontradas en el presente estudio hace referencia al hecho de que las personas que han vivido la **experiencia en primera persona de los problemas de salud mental** presentan un estigma más bajo que el resto de la población en todas las medidas empleadas y con un tamaño del efecto que llega a estar por encima del 30%. Tienen una menor distancia social, y además reflejan menores niveles de autoritarismo y restricción social. Por otra parte, no consideran que los problemas de salud mental sean culpa de la persona que los vive, tienen menos creencias de que sea necesario segregar a estas personas y presentan menores niveles de enfado y evitación. Sin embargo, muestran actitudes más estigmatizantes con respecto a la creencia de que las personas con problemas de salud mental necesitan más ayuda. Esto puede tener que ver con las experiencias propias, con la internalización del estigma, o bien con la auto-devaluación de las capacidades.

Del mismo modo, teniendo en cuenta el **contacto** con personas con problemas de salud mental, aquellas personas que conocen a alguien con esta condición tienden a estigmatizar mucho menos, con diferencias significativas cercanas al 50% con respecto a las personas que no tienen gente conocida con problemas de salud mental. Esta variable es la que mayores diferencias muestra de todo el estudio, y se deduce de los datos que las personas que conocen la problemática tienen menor intención de distancia social y actitudes más positivas. Por otro lado, el **convivir** con una persona con problemas de salud mental también mejora las actitudes y reduce el estigma, con unas diferencias de alrededor del 30% con respecto a aquellas personas que no han convivido nunca con personas con problemas. En ambos casos, tanto aquellas personas que conocen como aquellas que conviven con personas con problemas de salud mental, los niveles de estigma en la dimensión de ayuda son más altos.

Sin duda, este es uno de los puntos de mayor interés del estudio. Si es cierto que las personas que conocen a otras personas con problemas estigmatizan menos, entonces una intervención que promoviese el que todos y todas conociésemos a personas con problemas de salud mental tendría una efectividad muy importante. Si consideramos los datos epidemiológicos, lo cierto es que las personas con problemas de salud mental serán alrededor de 1 de cada 4, teniendo esto en cuenta, las campañas de “salir del armario” y hablar abiertamente de la salud mental podrían ser unas estrategias de enorme efectividad para provocar un cambio social rápido en el estigma hacia los trastornos mentales.

En cuanto a las diferencias por **profesiones**, debemos advertir que no se ha comprobado la significación estadística entre los grupos, que dejamos para un análisis próximo más detallado, por lo que las conclusiones deben tomarse con precaución. Teniendo esto en cuenta, los resultados señalan que aquellas personas que están vinculadas laboralmente a la seguridad muestran actitudes más autoritarias y restrictivas. Las profesiones vinculadas al ámbito social, el voluntariado o la enseñanza, muestran mejores puntuaciones en benevolencia y son aquellas personas vinculadas al voluntariado quienes muestran una ideología más cercana a la intervención comunitaria, curiosamente seguidas del personal de seguridad privada. Entre las profesiones que presentan actitudes más estigmatizantes, se encuentran aquellas vinculadas a la administración de justicia, seguidas de los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado. Llama la atención el que los profesionales de atención al público y los sanitarios se encuentren también entre los profesionales más estigmatizantes. Cuestión sin duda preocupante.

En comparación con el resto de las profesiones, aquellas personas que trabajan en medios de comunicación obtienen puntuaciones intermedias o más bajas que el resto. Estos resultados se podrían poner en relación con el esfuerzo que se viene realizando en los últimos años por parte del tejido asociativo para identificar y poner de relieve aquellas noticias negativas sesgadas por etiquetas diagnósticas vinculadas a salud mental. Parece que los medios de comunicación, además de utilizar con mayor frecuencia los libros de estilo en este ámbito, estarían en niveles de estigma menores que otros sectores como el de la seguridad/justicia, que ofrece puntuaciones medias altas en comparación con el resto de las profesiones. Esto parece indicar la necesidad de continuar con campañas de sensibilización para la población general, pero hacer hincapié por su relevancia en el estigma en medios de comunicación, y diseñarlas también para lograr esto mismo en el ámbito judicial y de seguridad, así como educativo y sanitario.

ÍTEMS PROVENIENTES DEL ESTUDIO CUALITATIVO

Si tomamos como una referencia el número de ítems en cada una de las categorías, las referentes a los hábitos y las cualidades de las personas con problemas de salud mental, así como el origen y el tratamiento de la enfermedad, serían las que más importancia tendrían para las personas con diagnóstico. Paradójicamente, han sido las dos categorías en las que menos se han posicionado aquellas personas que contestaron la encuesta.

El análisis de los datos derivados del estudio cualitativo en relación con los tratamientos muestra que, recopilando los datos de “totalmente de acuerdo” y “parcialmente de acuerdo” el 20,4% de la muestra está de acuerdo con que las personas con trastornos mentales nunca llegan a recuperarse. De forma paralela, un 20% cree que las causas de los problemas de salud mental son biológicas. Aunque, un 57,2% cree que la psicoterapia es efectiva y un 60,8% opina lo mismo de los tratamientos farmacológicos.

Al analizar las sensaciones de exclusión vividas por las personas con trastornos, el ítem que contiene la afirmación “*Las personas con enfermedad mental se sienten excluidas de la sociedad*” es apoyado por 2 de cada 3 personas entrevistadas (63,4%).

Otro dato a destacar es el hecho de que un 77,7% opina que debería darse más información sobre salud mental en la educación y los medios de comunicación. Por un lado, cabe señalar el pobre abordaje que se hace de la salud mental en la educación en todos sus niveles y del estigma en particular (por ejemplo, no existe ninguna asignatura de grado universitario centrada en el estigma de los trastornos mentales). Igualmente, se hace patente la falta de seguimiento que se hace en los medios de comunicación de los temas relacionados con la salud mental que, con gran frecuencia, solamente se cita para informar de delitos violentos. La información sobre nuevos tratamientos farmacológicos (los más presentes en los medios de comunicación) y psicológicos (menos presentes), apertura de nuevos recursos, etc. es poco frecuente en los medios.

Un aspecto que llama la atención es el hecho de que una gran parte de las personas entrevistadas prefiere no posicionarse y emitir respuestas neutras o intermedias. Este tipo de tendencia podría ser indicativa de la falta de información sobre los problemas de salud mental presente en la población general, así como de la presencia de actitudes estigmatizantes. Si bien es cierto que en muchos casos la razón podría ser el desconocimiento, las respuestas aportadas también podrían estar influidas por cierta deseabilidad social, pudiendo operar una tendencia a la respuesta neutra con el fin de no mostrar abiertamente una actitud negativa hacia el colectivo de personas con problemas de salud mental.

En todo caso y, a falta de un estudio más en profundidad de este fenómeno, podemos sospechar que al igual que la deseabilidad social, la indiferencia mostrada a través del escaso interés por posicionarse, podrían considerarse como posibles manifestaciones del estigma social ya que contribuiría a la invisibilidad tanto de la situación de estigma como de las personas que lo experimentan.

Esta forma de responder a las preocupaciones que las personas con problemas de salud mental querían compartir con la población general puede resultar relevante de cara a un futuro esfuerzo por clarificar los procesos que influyen en las actitudes de la población, así como plantear nuevas maneras de preguntar que impliquen un mayor posicionamiento.

ANÁLISIS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

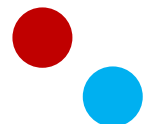
La relevancia dada en el presente estudio al enfoque de género nos obliga a señalar que en este primer avance de resultados se ha llevado a cabo un acercamiento sencillo al análisis de las diferencias entre varones y mujeres tanto en el sentido de la persona que responde la encuesta, como en el de la persona estigmatizada. Aunque en el presente informe se avanzan algunos resultados iniciales, se ha dejado para más adelante un análisis específico que permita valorar la importancia del género en la percepción de los problemas de salud mental en todas sus dimensiones.

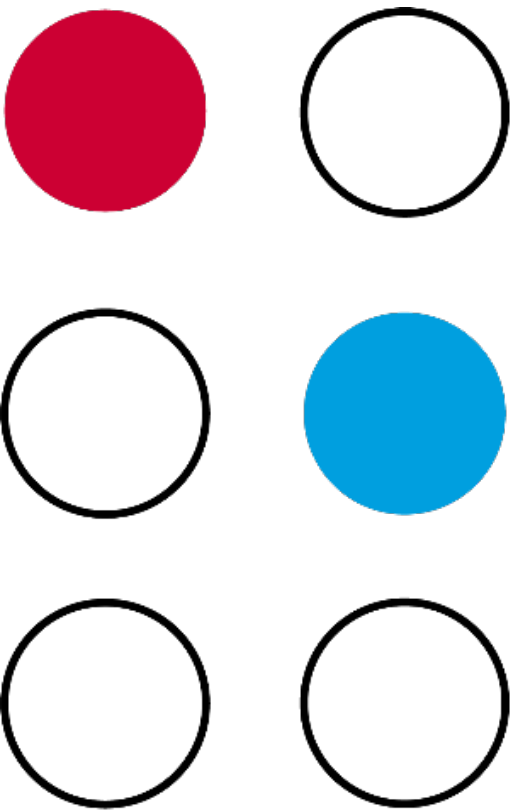
En relación con el género de la persona que responde, los resultados generales encuentran diferencias significativas. Los datos parecen apuntar a que los hombres son significativamente más autoritarios, pero con mayor ideología comunitaria de salud mental, mientras que las mujeres son más benevolentes y exponen mayores creencias de pena, peligrosidad y miedo. A pesar de que el tamaño del efecto es pequeño en todas estas comparaciones, revelando una relación leve entre las variables, existe una tendencia hacia un mayor estigma (de benevolencia, pena, peligrosidad y miedo) por parte de las mujeres que debe ser tenido en cuenta. Si bien hay estudios que muestran que las mujeres poseen una mayor capacidad para la detección y expresión emocional (Abbruzzese et al., 2019) que podría explicar la presencia de benevolencia y pena como partes integrantes del rol tradicional femenino, habría que tener en cuenta que esta supuesta capacidad puede estar vinculada a determinantes sociales como la educación, procesos de socialización diferentes según el género, etc.

Los análisis iniciales realizados en función del género al que se refiere el cuestionario, en general, muestran unas diferencias entre varones y mujeres pequeñas y poco significativas estadísticamente. En estos casos, las mujeres reciben un mayor nivel de autoritarismo que los hombres de forma significativa (8,74 vs 8,94). Aunque, por otra

parte, las atribuciones hacia las mujeres son ligeramente menos estigmatizantes que hacia los hombres (39,33 vs 40,71). De forma más específica, en las atribuciones de peligrosidad, miedo, culpa, evitación y coacción, existe una tendencia a estigmatizar más a los hombres; mientras que este estigma es mayor para las mujeres en la atribución de ayuda.

Este primer análisis parece ser coherente con la perpetuación e imaginario social respecto a los roles de género e interseccionalidad del estigma. Así, la mujer con un problema de salud mental parece ser vista como más necesitada de ayuda, del mismo modo que se es más autoritario hacia ellas. Mientras que, en el caso de los hombres con un problema de salud mental, parecen ser vistos como más peligrosos, generando así más miedo y culpa hacia ellos, resultando coherente con las situaciones complejas a nivel social y comunitario que se encuentran en la práctica diaria para la inclusión de las personas con problemas de salud mental. Aunque de nuevo, es necesario destacar que estas conclusiones son preliminares a falta de un estudio más detallado de los resultados.





**EL ESTIGMA DE LA
POBLACIÓN
ESPAÑOLA HACIA
LAS PERSONAS
EN SITUACIÓN
SIN HOGAR**

Contra el
Estigma

4. EL ESTIGMA Y LA SITUACIÓN SIN HOGAR

4.1. ESTIGMA Y PERSONAS EN SITUACIÓN SIN HOGAR

De acuerdo con la definición europea más consensuada, se entiende por personas sin hogar a todas aquellas personas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o bien porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma (Unión Europea, 2014; Cabrera, 2022). En la actualidad se entiende que la situación Sin Hogar se define de una forma no exclusivamente residencial, sino que se consideran de forma conjunta factores residenciales (dificultades de acceso a una vivienda digna), factores de aislamiento social y de vinculación social y personal (Muñoz, 2022).

Las causas que pueden llevar a una persona a la situación sin hogar o de exclusión social extrema van más allá de las ideas preconcebidas e implican factores estructurales y culturales (mercado de la vivienda, desempleo, etc.), sociales (familias desestructuradas, sociedades poco inclusivas, etc.) y personales (salud mental, uso de sustancias, educación, etc.) que se conjugan en cada una de las biografías de las personas afectadas (Muñoz, 2022). Todos los estudios sobre los factores y variables que interactúan para determinar la situación sin hogar, en última instancia, nos trasladan al impacto que tienen sobre la vida de las personas. Personas que son víctimas de las presiones centrífugas de nuestras sociedades, que tienden a generar procesos de exclusión social extremos. En definitiva, personas sin hogar (homeless) o, quizá más correctamente, personas que viven durante algún período de su vida en situación sin hogar (homelessness). Personas que viven durante parte de sus vidas en los límites de la exclusión.

Teniendo en cuenta lo anterior, los cálculos más habituales indican que aproximadamente 2.500.000 personas están en situación de extrema vulnerabilidad en España (Fundación Foessa, 2022) de las cuales alrededor de 40.000 viven en situación sin hogar (homelessness) a lo largo de un año dado (INE, 2020; Sánchez-Morales, 2022).

Las personas en situación sin hogar o en riesgo extremo de exclusión sufren a menudo procesos de invisibilización que les alejan de la participación en la sociedad y les sacan

del reconocimiento en las políticas públicas. La situación político-económica, paradójicamente, niega en muchas ocasiones el ejercicio de los derechos de las personas sin hogar, por lo que la exclusión es cada vez mayor. La invisibilización conlleva un cierto grado de deshumanización de la persona estigmatizada y esta deshumanización justifica la exclusión, los comportamientos discriminatorios y, en los peores casos, la agresión. Basta un dato para entender el peligro que entraña dicho proceso: el 47% de las personas sin hogar en España han sufrido un delito de odio según los datos del Observatorio HATEnto en el año 2021.

¿Pero por qué a las personas sin hogar se les excluye cuando la inclusión, el acercamiento a su realidad y sus derechos deberían posicionarse como un problema de primera necesidad? La situación sin hogar y la vida en la calle en general, se ha asociado a la pobreza, a la figura del vagabundo, a la suciedad, al alcohol, a la enfermedad mental, etc., todas ellas características potencialmente generadoras de estigma. Por ello, las personas que viven sin hogar suelen arrastrar una imagen de connotación despectiva y situada en una línea fuera de lo “normal”. Aún hoy existe un pensamiento ilógico fundamentado en que vivir sin hogar está asociado a alguien que ha llevado mala vida y no quiere rehacerla (Reina-Peral, 2019).

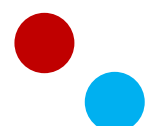
Para autores como Belcher y DeForge (2012) el estigma en Personas Sin Hogar (PSH) es reforzado por los valores y el contexto capitalista dominante actual. En este contexto, la sociedad responsabiliza al individuo como el causante de su propio estado de falta de vivienda, culpando a la víctima en lugar de considerar las fuerzas sociales y económicas precedentes, como el desempleo, la vivienda asequible limitada y las rupturas en las redes de parentesco. De esta manera, la sociedad categoriza a las personas sin hogar como miembros que ya no son “útiles” y/o “funcionales”, ya que no trabajan y apoyan activamente al sistema.

Teniendo en cuenta lo anterior es fácil deducir que las personas en situación sin hogar han sido sistemáticamente estigmatizadas y discriminadas a lo largo del tiempo, viendo reducidos considerablemente sus derechos y acceso a oportunidades sociales y sanitarias (OMS, 2013). Sin embargo, al estudiar el estigma que sufren las personas en situación sin hogar se encuentra una escasez de datos e información empírica muy importante. En los años 90' del siglo pasado el grupo de Phelan et al., (1997) llevó a cabo una investigación sobre las actitudes hacia las personas sin hogar en los Estados Unidos encontrado un nivel elevado de estigmatización. En Europa, se destaca el trabajo realizado por Brandon et al., (2000). Los autores lanzaron una encuesta sobre el estigma en 11 ciudades de la UE, encontrando altos niveles de estigmatización, con

referencias a la peligrosidad e infectividad de las personas sin hogar. Más recientemente, una encuesta europea con datos de España (Petit et al., 2019) señala un gran desconocimiento del colectivo y creencias estigmatizantes hacia este.

Por otro lado, la estigmatización en colectivos en situaciones de vulnerabilidad social tiene características diferenciales en relación con el género. Tradicionalmente, las mujeres han sido discriminadas en diferentes religiones, países y comunidades, existiendo una brecha de género que afecta a las mujeres a nivel laboral, social e incluso en el acceso a cuidados de salud. En este sentido, puede destacarse como las principales limitaciones a las que se enfrentan las mujeres 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; Morata, Morante y Trujillo, 2010). Estas barreras se relacionan con las desigualdades por cuestión de género que se estructuran a lo largo de sus ciclos vitales. Incluir la perspectiva de género en el análisis de la situación sin hogar contribuye a visibilizar el alcance global de la exclusión de las mujeres sin hogar.

A continuación, se presenta un resumen de los principales resultados relacionados con el estigma que afecta a las personas en situación sin hogar. Sin duda, resultados que vendrán a colaborar en la lucha contra la exclusión social máxima en la que viven las personas que viven en situaciones residenciales de gran vulnerabilidad y, en algunos casos, literalmente en la calle.



4.2. PRINCIPALES RESULTADOS

El presente estudio viene a cubrir la necesidad de conocer la situación del estigma en relación con la situación sin hogar que existe en nuestro país. Se ha dado voz a las personas que viven en situación sin hogar en el momento actual y se ha implementado una encuesta de carácter innovador mediante el análisis diferenciado por cuestiones de género, no solo en las personas que contestan, sino en aquellas personas sobre las que se opina, realizando diferenciación de cuestionarios por género femenino y masculino. Esto ha permitido identificar también algunos elementos de la discriminación interseccional (Crenshaw, 1989) en función del género.

Los resultados analizados hasta el momento permiten realizar un primer análisis de los datos que llevan a considerar las conclusiones que se detallan a continuación:

CONTACTO CON LA SITUACIÓN SIN HOGAR

Aunque no era el objetivo del presente estudio el de identificar la población sin hogar, debe destacarse la importancia de los datos obtenidos ya que complementan los aportados por el INE en la Encuesta sobre Personas sin Hogar (INE, 2020) o por Cáritas (Fundación Foessa, 2022) que indican que en un año dado puede haber alrededor de 40.000 personas sin hogar en España. De acuerdo con los datos de la encuesta el 1,3 % de la población española habría estado en situación sin hogar, hablamos de unas 600.000 personas. Los datos apoyan una doble realidad: por un lado, parece que el número de personas que viven en situación sin hogar en algún momento de su vida es más elevado de lo que se creía, una señal clara de invisibilización de un problema. En segundo lugar, apoyan la idea de que las personas sin hogar no son un grupo estanco y estable, sino todo lo contrario, es una condición que afecta a muchas personas de forma más permeable a lo largo del tiempo. De forma complementaria, un 3,7% ha convivido con una persona que ha vivido en situación sin hogar y un 18,1% reconoce conocer a alguien en esa situación.

REVELACIÓN DE LA SITUACIÓN SIN HOGAR

La buena disposición de las personas entrevistadas a hablar de la situación sin hogar que pudiera estar viviendo otra persona (el 91,7% se muestra dispuesto a hablar del tema) es una buena señal de disposición a entender mejor la situación sin hogar y su significado personal y, por tanto, un primer paso para vencer el estigma hacia las personas afectadas.

LENGUAJE Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Uno de los puntos que denotan la presencia de un estigma hacia las personas que viven en situación sin hogar hace referencia a las palabras empleadas para referirse a las personas afectadas. El uso de palabras como *indigente*, *vagabundo* o *mendigo* (obsérvese que todas están en masculino) para referirse a las personas en esta situación avisa de la presencia de un estigma relevante hacia esta población.

En el **caso de los medios de comunicación**, un 50,7% de la muestra considera que habría que informar de esta situación cuando la persona comete un delito, sin existir diferencias entre hombres y mujeres en este dato. Debe señalarse cómo la inclusión de esa información vulnera en la mayoría de los casos las leyes de protección de datos y, en la inmensa mayoría de las ocasiones no aporta información relevante a la explicación del delito. Por ello, la difusión pública de esa información puede considerarse un comportamiento estigmatizante. El imaginario social explicaría que la violencia está relacionada con las atribuciones simbólicas que se le atribuyen a la persona que está en dicha situación. Este tipo de pensamiento podría suponer un riesgo al relacionar la violencia con la exclusión social. Asimismo, las palabras más utilizadas para referirse a estas personas tales como *indigente* (16,2%) o *vagabundo* (14,6%), contribuyen a elevar el estigma hacia el colectivo. Por tanto, es importante educar a los medios de comunicación a usar adecuadamente los términos y las atribuciones de las personas, para cambiar la tendencia y conseguir generar un impacto positivo. Tal y como afirma Cuenca (2003) con el fin de comprender el mantenimiento de la estigmatización de las personas con trastornos mentales en nuestra sociedad, es ineludible atender al papel de los medios de comunicación de masas, probablemente los mayores agentes cristalizadores y difusores de las distintas tendencias sociales, cuya capacidad de influencia se observa en su creciente peso en la formación de las percepciones y actitudes sociales. De hecho, se ha subrayado la responsabilidad de los medios de comunicación en la perpetuación de estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias, como consecuencia de la representación negativa e imprecisa que hacen de los trastornos mentales (Cutcliffe y Hannigan, 2001).

DISTANCIA SOCIAL

La **intención de distancia social** es uno de los mejores indicadores de estigma ya que nos informa sobre intenciones de comportamiento (discriminación). Comenzamos puntualizando que en los resultados de los niveles de intención de distancia social se observa que el 32,6% de las personas tienen una intención de distancia social media y el 14,9% una distancia social elevada. Sumando estas dos valoraciones que aportan

información más desfavorable hacia el colectivo, obtenemos un total del 47,5% que muestra una intención media-baja de acercamiento a las personas sin hogar, mientras que el 52,5% sí que estaría dispuesto a tener algún tipo de contacto con estas personas. Sin duda, el que una mitad de la población reconozca no tener intención de mantener relaciones personales con las personas que pasan por la situación sin hogar, y 2 de cada 3 prefieran no convivir con ellas, es uno de los peores resultados del presente estudio que, unido a la terminología empleada, identifican las tendencias estigmatizantes presentes en la población española. También es interesante remarcar que, en contra de nuestras hipótesis, no se observan diferencias de género en esta variable.

También se operativizó la opinión respecto a la **distancia de los servicios** para personas sin hogar preguntando a la población si les gustaría disponer de recursos en el barrio de residencia para esta población, y sólo un 11,5% muestra su oposición. Este dato contrasta con los movimientos de rechazo vecinales cada vez que se propone la ubicación de un nuevo servicio para personas sin hogar. Es muy probable que la deseabilidad social haya jugado un papel muy relevante en las respuestas observadas, aunque no hay que descartar que ese 11% sea un grupo de personas poco numeroso, pero muy activo en sus reivindicaciones y protestas.

ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS EN SITUACIÓN SIN HOGAR

En cuanto a las **actitudes** respecto a las personas que viven en situación sin hogar (estigma social) como variable general se observa un nivel medio con presencia de un pequeño porcentaje de personas que reconocen tener niveles elevados de estigma ante algunos aspectos de la situación sin hogar. Se observa que las actitudes hacia las personas sin hogar pueden considerarse mayoritariamente positivas (62,1%). Aunque, como en el caso de la distancia social, se identifica un 36,2% de población con actitudes estigmatizantes medias, y un 1,7% con actitudes negativas. Hay que señalar que la mera presencia de actitudes estigmatizantes hacia personas es, en sí misma, negativa, incluso en niveles bajo o medios. Factores como las atribuciones simbólicas, entendidas como las interpretaciones culturales que condicionan a las personas, la limpieza o la calidez, se sitúan en los niveles más altos de las atribuciones estigmatizantes. También se identifican atribuciones estigmatizantes por pena, representando altos niveles de estigma del 60%; por necesidad de ayuda, siendo un 56,5% de la muestra; y de coacción un 34,45% representando una elevada estigmatización hacia sus atribuciones. Tal y como señalan Escribano y De la Torre (2014), desde tiempos remotos la pobreza y, en concreto, los pobres han sido constante objeto de las más diversas clasificaciones,

alrededor de las cuales no solo se ha organizado la ayuda, sino que también se han forjado los más diversos juicios morales. Cabrera (Cabrera, 1998) nos plantea el constructo de la pobreza a lo largo del tiempo. Por un lado, señala que factores como las guerras, las epidemias de hambre y peste o las subidas de impuestos no solo aumentaron los pobres en número, sino que también crearon un tipo de pobreza itinerante y, por lo tanto, desconocida para los habitantes autóctonos, que produjo verdaderas olas de miedo y desconfianza proliferando, en consecuencia, las medidas represivas frente a los mendigos y vagabundos. Así se va generando un cambio cada vez más significativo donde los pobres atentan a la salud, higiene, moral y economía. Y aunque tras los años se van adquiriendo conceptos como “exclusión social”, y avances en materia política como la Declaración de los Derechos Humanos que nos acercan a la ayuda hacia los colectivos vulnerables, los atributos generados hacia las personas sin hogar se quedan insertos como creencias a lo largo de la historia, pues cada imagen que se le atribuye a la pobreza, acaba plasmándose en los discursos, en el tratamiento, en las reformas sociales y políticas y acaba dejando huella en la sociedad que adquiere falsas etiquetas hacia un colectivo. En este sentido, en la muestra estudiada se observan retazos que es necesario apuntar: por ejemplo, alrededor de un 16% de la muestra total está de acuerdo con que a las personas sin hogar se aprovechan del sistema, un 26,5% cree que las personas sin hogar tienen valores muy distintos a los suyos, alrededor de un 23% está de acuerdo con que infectan los espacios públicos y un 17% creen que han cometido delitos, y que son personas vagas.

En el otro lado de la balanza, entre los aspectos más positivos del estudio debe destacarse el que un 85% de la muestra está en desacuerdo con la afirmación “no se puede razonar con una persona sin hogar”, un 86% no cree que el dinero destinado a este colectivo sea dinero perdido y el 80% no cree que estas personas solo se preocupen por sí mismas.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ESTIGMA

En lo relacionado con las características sociodemográficas analizadas, las diferencias encontradas son, en general, pequeñas y poco significativas estadísticamente, mostrando una cierta homogeneidad de la población española en relación con el estigma hacia las personas en situación sin hogar. En relación con la **edad**, los jóvenes muestran un nivel de distancia social más bajo que los mayores. Sin embargo, ni el estigma ni la distancia social presentan una diferencia significativa entre ambos grupos. Sí que se puede observar que, en cuanto a los atributos, los jóvenes muestran puntuaciones más estigmatizantes en peligrosidad, miedo y culpa. Mientras que el grupo

de mayor edad muestra puntuaciones más estigmatizantes en las dimensiones de ayuda y coacción.

En lo relacionado con el **nivel de estudios** de la persona entrevistada, los resultados señalan una tendencia muy clara en el sentido de que los estudios modulan el estigma hacia las personas en situación sin hogar. A mayor nivel de estudios, la intención de acercamiento hacia las personas sin hogar es más alta, a la vez que se reducen las atribuciones negativas.

En la dimensión de residencia en un área **rural o urbana**, de nuevo, las diferencias son pequeñas. En general, tanto la población urbana como la población rural muestran una actitud positiva hacia el contacto con población de personas en situación sin hogar. Puede remarcarse la observación de una tendencia que parece indicar que la población urbana muestra más miedo y evitación, mientras que la población rural muestra más creencias de necesidad de ayuda.

Una de las mayores diferencias encontradas en el presente estudio hace referencia a la constatación de que las personas que han vivido la **experiencia en primera persona de la situación sin hogar** presentan un estigma mucho más elevado que el resto de la población en todas las medidas empleadas y con un tamaño del efecto muy significativo que llega a estar por encima del 80%. La tendencia se observa en variables como la peligrosidad, el miedo, la evitación y la culpa, que aumenta para aquellas personas que han estado en situación sin hogar. Es llamativo que ítems como “las personas sin hogar solo se preocupan de ellas mismas”, “las personas sin hogar tienen valores muy distintos a los de la gente como yo”, “las personas sin hogar son vagas” o “las personas sin hogar infectan espacios públicos” tienen medias más altas en las personas que han vivido en situación sin hogar. ¿Cómo se explica que sean precisamente las personas directamente afectadas las que informan de un mayor estigma? Pueden encontrarse distintas explicaciones, probablemente complementarias. En primer lugar, una posible explicación puede estar centrada en que estas personas se vean menos afectadas por los sesgos de deseabilidad social que afectan a todas las encuestas de este tipo y, por ello, estén más dispuestas a reconocer el estigma real que han vivido en primera persona. En segundo lugar, también es posible que la vivencia de la discriminación y la exclusión en su propia persona les haga más conscientes del estigma real, no sólo el percibido, que afecta a las personas en situación sin hogar. En tercer lugar, otro componente de la respuesta puede venir determinado por el estigma internalizado o el autoestigma, que refleja el impacto social y psicológico de sufrir un estigma; incluye tanto la aprehensión de estar expuesto a la estigmatización como la posible

internalización de las creencias y sentimientos negativos asociados con la condición estigmatizada (Bos et al., 2013). Por tanto, el estigma podría aumentar por una mayor internalización del estigma social y porque las experiencias de primera persona pueden fomentar un deseo de distanciarse del problema, como si el caso personal fuera distinto frente a las otras personas que viven esa situación: “no soy como ellas, aunque viva en la misma situación”. De cualquier modo, este es uno de los puntos de reflexión y acción futura que permitirá orientar posibles políticas sociales.

La influencia de la **convivencia y el conocimiento personal** de personas que hayan vivido la situación sin hogar se refleja en que tanto la intención de distancia social, como el estigma, disminuyen de forma general y aparece una mayor intención de ayuda a las personas que viven en esa situación.

En cuanto a las diferencias por **profesiones**, debemos advertir que no se ha comprobado la significación estadística entre los grupos, que dejamos para un análisis próximo más detallado, por lo que las conclusiones deben tomarse con precaución. Teniendo esto en cuenta, puede destacarse cómo, desde el punto de vista de las profesiones que ejercen las personas entrevistadas, se observa que son los profesionales de los cuerpos de seguridad del estado y el personal de la administración de justicia quienes informan de mayores intenciones de distancia social y mayor estigma hacia las personas en situación sin hogar. También resulta destacable señalar cómo los profesionales de recursos humanos muestran un estigma elevado ante esta población. Sorprende el observar cómo los profesionales sanitarios muestran un deseo de distancia social más elevado que otras profesiones o que el voluntariado social.

Por otra parte, las personas que tienen más intención de acercamiento hacia las personas sin hogar se encuentran entre las que ejercen un voluntariado, así como en el personal de seguridad privada (paradójicamente este grupo aparece entre los que muestran un mayor estigma) y los/as profesionales de servicios sociales. Las profesiones con actitudes menos estigmatizantes fueron el profesorado no universitario y los profesionales de servicios sociales.

Profesiones como el voluntariado, la enseñanza, los servicios sociales, aquellas que están vinculadas al ámbito social, del voluntariado o la enseñanza, muestran mejores puntuaciones en acercamiento y desestigmatización, probablemente relacionado con su acercamiento a la intervención comunitaria y de atención directa a la persona, lo que les permite conocer la situación más de cerca.

No obstante, la administración de justicia, o sanitarios se acercan a las atribuciones negativas de peligrosidad, miedo, ayuda y coacción. Según un estudio de Fundación

Caser, “La situación de las personas sin hogar tras el alta hospitalaria es volver a una situación de calle. En el caso de las personas sin hogar el alta hospitalaria no es una buena noticia, y supone un consumo mayor de recursos sanitarios, produciéndose la hospitalización en un 30% más de casos que en la población en general”. En el caso de la administración y la justicia, podemos puntualizar que los medios de comunicación pueden alimentar las atribuciones negativas debido a la puntualización que hacen cuando un delito es cometido por una persona sin hogar, quien aparece en el titular. Esto puede llevar a generar un pensamiento estigmatizado y por tanto de lejanía hacia estas personas.

ÍTEMES PROVENIENTES DEL ESTUDIO CUALITATIVO

Mediante el análisis de los datos derivados del estudio cualitativo de grupos y entrevistas realizadas en los centros de atención a personas sin hogar, observamos que, recopilando los datos de “totalmente de acuerdo” y “parcialmente de acuerdo” el 18% de la muestra está de acuerdo con que las personas sin hogar nunca llegan a recuperarse; un 63,3% creen que están invisibilizadas; un 50,6% creen que han fracasado en su vida; y un 68,1% las sienten excluidas de la sociedad. Estas puntuaciones nos llevan a unas ideas negativas sobre la situación. Tal y como vemos en la investigación cualitativa sobre el estigma hacia las personas sin hogar (Tovar, 2021), ante la situación sin hogar que están viviendo estas personas, expresan que constantemente emergen sentimientos como la cobardía, la angustia, el agobio y la desesperación. Destacan sentirse mal consigo mismos y con su entorno, lo que produce una visión negativa a corto y a largo plazo sobre sus vidas. Además, identifican que parte de estas emociones son motivadas por el rechazo y el mal trato por parte del resto de la sociedad. Ante esta discriminación y pésimos atributos, las personas sin hogar tienden a alejarse de estas ideas: esto es así para ellas, pero no es mi caso, mi realidad es otra.

Desde los centros y servicios de atención directa a personas en situación sin hogar de Grupo 5, podemos comprobar que este esquema se cumple desde el primer momento de la entrevista para el acceso al servicio. Las personas se justifican en una realidad completamente diferente a las otras personas usuarias que utilizan el servicio. Esta respuesta se deriva de la necesidad de hacer frente a un proceso vital duro como es encontrarse sin hogar o/y sin medios. Es decir, como una forma de defensa y de alejarse de la dura realidad personal en la que se encuentra una persona.

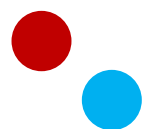
ANÁLISIS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

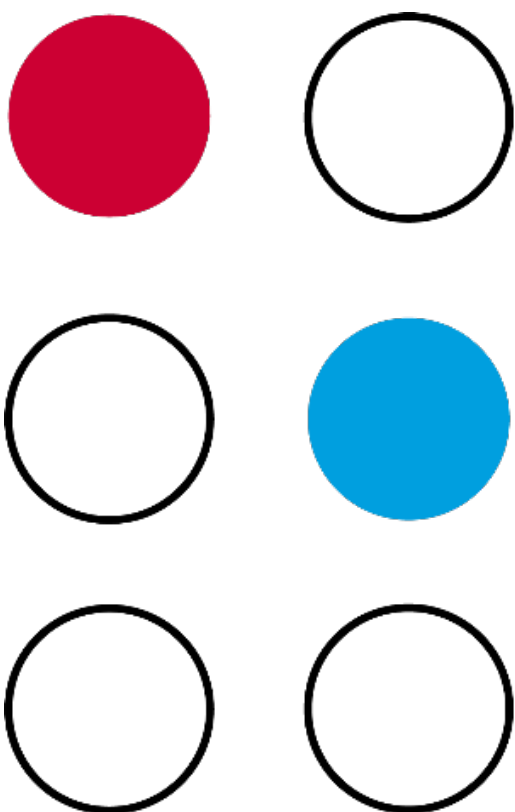
La relevancia dada en el presente estudio al enfoque de género nos obliga a señalar que en este primer avance de resultados se ha llevado a cabo un acercamiento sencillo al análisis de las diferencias entre varones y mujeres tanto en el sentido de la persona que responde la encuesta, como en el de la persona estigmatizada. Aunque en el presente informe se avanzan algunos resultados iniciales, se ha dejado para más adelante un análisis específico que permita valorar la importancia del género en la percepción de la situación sin hogar en todas sus dimensiones.

Según la tasa de riesgo de pobreza y exclusión del INE del año 2018 y en comparación con la de los años anteriores, la tasa de las mujeres siempre supera la de los hombres en todas las edades. Habitualmente las experiencias específicas de las mujeres sin hogar se olvidan cuando se aborda el sinhogarismo, a pesar de que muchas mujeres tal y como lo muestran los resultados del INE, se enfrentan a una situación compleja de acceso a los recursos, pobreza y exclusión social (Gámez-Ramos, 2017). Como se ha adelantado, en la presente encuesta un 1,3% de las personas entrevistadas reconocen haberse encontrado en situación sin hogar a lo largo de su vida. Los datos de género indican que se trata de un 54,3% de varones y un 42,9% de mujeres (el 2,8% no contesta), datos muy alejados de los estudios epidemiológicos centrados en población sin hogar o uso de recursos que sitúa a las mujeres entre un 15% y un 20% (Muñoz, 2022). 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. Cuando hablamos de mujeres sin hogar, se puede evidenciar una doble estigmatización, por una parte, ante una desigualdad y discriminación social por el hecho de ser mujer, y por otra, la valoración negativa que conlleva encontrarse en la situación sin hogar, ya que este escenario se contrapone al rol clásico femenino (Díaz, 2014; Llorca et al., 2013).

Los análisis iniciales realizados en función del género al que se refiere el cuestionario, en general, muestran unas diferencias entre varones y mujeres pequeñas y poco significativas estadísticamente. Por un lado, no se encuentran diferencias significativas en cuanto a la intención de distancia social entre las versiones femeninas y masculinas del cuestionario. Muy probablemente un análisis más detallado, llegando a niveles más específicos, no solo a puntuaciones generales de las escalas, revele unas diferencias más importantes. De forma complementaria, se observan diferencias entre las actitudes hacia las personas en situación sin hogar dependiendo del género de quien sufre la situación, con una mayor presencia de estigma cuando la persona sin hogar es un varón.

Por otra parte, se constata una menor estigmatización cuando son mujeres quienes contestan la encuesta. Es decir, parece que las mujeres son menos estigmatizantes y más inclusivas, mientras que los varones sin hogar son más estigmatizados. Sin duda, el reto está en seguir trabajando desde una perspectiva de género en ambos sentidos, en quien sufre la estigmatización y en quien la aplica.





**EL ESTIGMA DE LA
POBLACIÓN ESPAÑOLA
HACIA
LAS PERSONAS CON
**DISCAPACIDAD
INTELECTUAL****

Contra el
Estigma

5. EL ESTIGMA Y LA DISCAPACIDAD INTELLECTUAL

5.1. ESTIGMA Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL

No podemos entender la discapacidad de manera independiente al contexto, a la comunidad en la que se desarrolla. Como señala la Organización Mundial de la Salud la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja la interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. Por tanto, la discapacidad no es una variable únicamente de la persona sino también de las posibilidades de apoyos que preste la comunidad, la sociedad, en la que la persona se ha de desarrollar. Una sociedad adaptada a la mayor variedad posible de situaciones vitales sería una garantía de que la discapacidad, las discapacidades, fuesen menores, pero aún hoy el planteamiento hacia ella, especialmente hacia la discapacidad intelectual es, en exceso, un planteamiento personal, desde un prisma médico por el que se entendiera que es un problema (una enfermedad) de la persona que la tiene, pero se hace necesario cambiar esa premisa para conseguir una sociedad sana, en la que cada persona que la compone tenga su lugar.

Aunque en una primera lectura encontremos que algunos datos pueden indicar puntuaciones bajas en estigma, éste existe y de manera muy marcada, pero es necesario cambiar la visión sobre la discapacidad intelectual para entenderlo mejor, por ejemplo, una de las variables más que más destaca es la de entender que las personas con discapacidad intelectual necesitan ayuda, pero esa necesidad percibida se plantea desde una actitud con un carácter paternal/maternal muy claro lo que suelen conllevar connotaciones hacia la sobreprotección de la persona (cuando no anulación) y lástima, cuando las que principalmente necesitarían ayuda, adaptaciones, serían las sociedades, las comunidades, los entornos en los que viven las personas con discapacidad intelectual.

Este es un camino ya iniciado hace años en discapacidad física, con la eliminación por ejemplo de barreras arquitectónicas para el mejor acceso a diferentes espacios en comunidad, el uso del lenguaje Braille o los semáforos con señales acústicas junto a las lumínicas, pero es un camino que apenas se ha recorrido en la discapacidad intelectual.

Lenguajes comprensivos, apoyos visuales como los iconos que acompañan a las indicaciones en las ciudades, son algunos ejemplos de los pequeños avances en este sentido, pero el camino que aún queda por recorrer es largo en cuanto a la adaptación de las sociedades y por tanto en el estigma que sufren, empezando por entender que la discapacidad es un problema exclusivamente personal.

Así, la discapacidad, y más concretamente la discapacidad intelectual, ha sido y es, en la actualidad, una condición con un inmenso impacto social, pues concierne tanto a las personas que la experimentan como a sus familias y a la sociedad en su conjunto. La prevalencia mundial de discapacidad intelectual es difícil de concretar pues ésta se evalúa de forma inexacta debido a variaciones extremas en la definición, las fuentes de medición, la metodología de medición y la cultura (García et al., 2018). Sin embargo, es cierto que la incidencia y prevalencia de la discapacidad intelectual es más alta en los países en desarrollo, principalmente debido a los riesgos ambientales, de enfermedades y nutrición asociados con la pobreza que han sido ampliamente controlados en los países desarrollados. Así, se estima que la prevalencia global de la discapacidad intelectual es algo menor al 1% (McKenzie et al., 2016). No obstante, en la sociedad actual, la discapacidad intelectual es un fenómeno creciente y una de las causas de discriminación más extendida, siendo en España reconocida de manera frecuente por casi medio millón de personas (Huete, 2013).

Históricamente, las personas con discapacidad se enfrentan a diferentes situaciones conflictivas de subestimación, exclusión y marginación social, que vulneran sus derechos humanos (Peredo, 2016). En este sentido, existe una gran estigmatización hacia las personas con discapacidad intelectual que afecta y está presente en el ámbito familiar, escolar, laboral y social de las mismas (Brown et al., 2011; Pace et al., 2010).

Pese a que el fenómeno social de la discapacidad es inherente a toda la sociedad pasada, presente y futura y aunque son numerosos los estudios centrados en la inclusión de las personas con discapacidad intelectual (Rappoport et al., 2019; Magnússon, 2016), actualmente, esta población continúa siendo objeto de todo tipo de discriminación, siendo identificada como un colectivo muy estigmatizado a nivel mundial (Scior et al., 2016). Las personas con discapacidad intelectual, diariamente, se enfrentan a la exclusión social, al estigma y a una serie de prejuicios y barreras que restringen y niegan sus derechos humanos (Varughese et al., 2011). Esta población se ve habitualmente marginada en su vida diaria, social y cívica, encontrando desigualdad de oportunidades en ámbitos como la salud, el empleo, la educación o la vivienda, algo que aumenta el distanciamiento social y genera una falta de integración (Ditchman et al.,

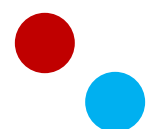
2013). Asimismo, se ven afectadas y limitadas sus relaciones sociales y familiares, así como sus perspectivas de noviazgo y matrimonio. La discriminación hacia las personas con discapacidad intelectual se evidencia en la escasa disposición y prestación de servicios adecuados hacia ellas, donde se observa un trato más pobre, más restrictivo y humillante, así como segregado y con falta de privacidad. Todo esto hace que se devalúen sus roles dentro de la sociedad y lleva a una carencia de aceptación e inclusión social (Siperstein et al., 2011). Este colectivo se ha visto frecuentemente vinculado a una serie de creencias estigmatizadoras, donde las personas suelen ser percibidas como agresivas, infantiles, dependientes y con capacidades y habilidades limitadas, tanto sociales como académicas (McCaughey y Strohmer, 2005).

Diversos estudios señalan que los prejuicios hacia este colectivo llevan a verlos como incompetentes, inferiores e infantiles, incluso como personas lastimosas, incapaces, violentas, siniestras o ridículas, que son una carga, enemigas para sí mismas y para los demás (Barnes, 1991). Sin embargo, no sólo existen este tipo de prejuicios, estereotipos y representaciones sociales, sino que se deben tener en cuenta otros elementos sociales como las barreras arquitectónicas, el proteccionismo familiar, la falta de empleo remunerado, la falta de ámbitos educativos adecuados y la escasez de relaciones interpersonales que permitan la adecuación y reintegración de este colectivo. Todo ello, limita las posibilidades y oportunidades de inclusión plena en la sociedad y conforma una visión social, cultural y política de la discapacidad como un grupo vulnerable (Peña, 2008).

Dentro de este colectivo, variables como el nivel socioeconómico, el educativo, las tasas de empleo o las relaciones sociales en general, son inferiores respecto al resto. Todo ello genera prejuicios y un trato diferencial del que, además, son conscientes (Dickter et al., 2020). La participación de las personas con discapacidad intelectual, como ciudadanos de pleno derecho, en la vida comunitaria, social, económica y cultural, de acuerdo con sus capacidades, deseos y el logro de un contexto cotidiano independiente, dentro de un ambiente de salud, bienestar psicológico y relaciones sociales (Glotzbach et al., 2018), son elementos decisivos para aumentar su calidad de vida. En una revisión sistemática, que examinó 75 estudios sobre las actitudes y creencias hacia la discapacidad intelectual entre población general de diversos países, se ha visto que, a pesar de que las sociedades occidentales parecen estar ampliamente de acuerdo con el derecho de las personas con discapacidad intelectual a ser incluidas en la sociedad, la realidad es que siguen percibiéndose de forma muy negativa (Scior, 2011).

Asimismo, con respecto al desarrollo de encuestas sobre el estigma hacia la discapacidad, se tiene conocimiento de las encuestas realizadas en Holanda (Pelleboer-Gunnink et al., 2021), Irlanda (National Disability Authority, 2006, 2011, 2017), Australia (Bollier et al., 2021), y Buthan (Preece et al., 2020). La mayor parte de ellas (Irlanda, Australia y Buthan) abordan actitudes hacia la discapacidad de forma global; de hecho, no todas ellas aportan datos desglosados en función del tipo de discapacidad. Además, la encuesta realizada en Buthan evalúa de forma particular las actitudes sociales acerca de la discapacidad en niños/as y no se emplea el concepto “discapacidad intelectual” sino “dificultades de aprendizaje”. Tan solo la encuesta desarrollada en Holanda (N=892) se centra en estigma hacia discapacidad intelectual. Se halló que los estereotipos más salientes en relación a las personas con discapacidad intelectual eran "amigables", "necesitados/as de ayuda", y "poco inteligentes", y que el estereotipo "molestos" eran poco frecuente. Los niveles de discriminación eran bajos en general, encontrándose que el estereotipo "amigable" predecía niveles más bajos de discriminación, mientras que el estereotipo "molestos" predecía niveles mayores de discriminación. Ninguna de las mencionadas encuestas aporta una perspectiva de género.

Por todo ello, los resultados de la presente encuesta a nivel nacional sobre el estigma que afecta a las personas con discapacidad intelectual se revisten de una especial relevancia científica y social. Se trata de resultados que facilitan el abordaje del estigma desde diferentes perspectivas y permiten reducir la estigmatización, el trato discriminatorio que sufren estas personas y su lucha contra las barreras que impiden su plena inclusión en la sociedad.



5.2. PRINCIPALES RESULTADOS

El presente estudio viene a cubrir la necesidad de conocer la situación del estigma en relación con la situación de la discapacidad intelectual que existe en nuestro país. Se ha dado voz a las personas que tienen algún tipo de discapacidad intelectual en el momento actual y se ha implementado una encuesta de carácter innovador mediante el análisis diferenciado por cuestiones de género, no solo en las personas que contestan, sino en aquellas personas sobre las que se opina, realizando diferenciación de cuestionarios por género femenino y masculino. Esto ha permitido identificar también algunos elementos de la discriminación interseccional (Crenshaw, 1989) en función del género.

Como se menciona a lo largo de esta memoria se plantea la necesidad de realizar una encuesta a nivel estatal para conocer los niveles de estigma social ante la ausencia de estudios que aborden esta cuestión. Resulta destacable que este sea el primero que se realiza en nuestro país.

Los resultados analizados hasta el momento permiten realizar un primer análisis de los datos que llevan a considerar las conclusiones que se detallan a continuación:

CONTACTO CON LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Resulta importante señalar las características de la muestra encuestada. Cabe destacar que la muestra contó con un porcentaje muy bajo de personas con vivencia en primera persona de algún tipo de discapacidad intelectual (0,7%). Este dato se corresponde con la información aportada por algunos autores, que estiman que la prevalencia global de discapacidad intelectual es algo menor al 1% (McKenzie et al., 2016). Es muy relevante señalar que no deja de sorprender que cerca del 1% de las personas de la muestra afirmen tener una discapacidad intelectual, y lo hagan al contestar una entrevista online. Sin duda, un aviso claro del estigma que podríamos mantener a priori al pensar que estas personas no contestarían una encuesta online.

Los datos de contacto directo con personas con discapacidad intelectual señalan que 1 de cada 10 personas dice convivir con una persona con discapacidad intelectual, y la mayoría (64%) conocen a una persona con esta condición.

REVELACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La buena disposición de las personas entrevistadas a hablar de la situación de discapacidad intelectual que pudiera estar viviendo otra persona (el 95,2% se muestra dispuesto a hablar del tema) es una buena señal de disposición a entender mejor la discapacidad intelectual y su significado personal y, por tanto, un primer paso para vencer el estigma hacia las personas afectadas.

LENGUAJE Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Uno de los puntos que denotan la presencia de un estigma hacia las personas con discapacidad intelectual hace referencia a las palabras empleadas para referirse a las personas afectadas. En la muestra se aprecia una forma de referirse a las personas con discapacidad intelectual con un lenguaje despectivo y poco inclusivo que está presente todavía en nuestra sociedad al utilizar términos como, *deficientes*, *retrasados* o *disminuidos*, lo que nos avisa de la presencia de un estigma relevante hacia esta población. Aunque con una frecuencia muy baja siguen empleándose términos como *subnormales* o *mongolos* que denotan, no solo estigma, si no situaciones de discriminación extrema.

En el caso de los **medios de comunicación**, resulta relevante que el 65% de la muestra espere que, ante la comisión de un delito, los medios de comunicación informen de la condición de persona con discapacidad intelectual, corriendo el riesgo de que se asocie esta característica de la persona con peligrosidad o impredecibilidad. Debe señalarse cómo la inclusión de esa información vulnera en la mayoría de los casos las leyes de protección de datos y, en la inmensa mayoría de las ocasiones no aporta información relevante a la explicación del delito. Por ello, la difusión pública de esa información puede considerarse un comportamiento estigmatizante. Además, es claro que los datos objetivos no sostienen las creencias que asocian discapacidad intelectual y violencia. Sirva como ejemplo que solo el 0,5-1,5% de las personas encarceladas en España tienen un diagnóstico de discapacidad intelectual (Fazel et al., 2008; Defensor del Pueblo, 2019). Por tanto, es importante educar a los medios de comunicación a usar adecuadamente los términos y las atribuciones de las personas, para cambiar la tendencia y conseguir generar un impacto positivo. Tal y como afirma Cuenca (2003) con el fin de comprender el mantenimiento de la estigmatización de las personas con trastornos mentales en nuestra sociedad, es ineludible atender al papel de los medios de comunicación de masas, probablemente los mayores agentes cristalizadores y difusores de las distintas tendencias sociales, cuya capacidad de influencia se observa

en su creciente peso en la formación de las percepciones y actitudes sociales. De hecho, se ha subrayado la responsabilidad de los medios de comunicación en la perpetuación de estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias, como consecuencia de la representación negativa e imprecisa que hacen de las condiciones (Cutcliffe y Hannigan, 2001).

DISTANCIA SOCIAL

La **intención de distancia social** es uno de los mejores indicadores de estigma ya que nos informa sobre intenciones de comportamiento (discriminación). Comenzamos puntualizando que en los resultados de los niveles de intención de distancia social se observa que el 26% de las personas tienen una intención de distancia social media y el 10% una distancia social elevada. Sumando estas dos valoraciones que aportan información más desfavorable hacia el colectivo, obtenemos un total del 36% que muestra una intención media-baja de acercamiento a las personas con discapacidad intelectual, mientras que el 64% sí que estaría dispuesto a tener algún tipo de contacto con estas personas. Redundando en esta cuestión un mayor nivel de intimidad parece implicar un mayor nivel de rechazo, puesto que el 15,5% expresan una intención de distancia social alta y el 32,4% un nivel intermedio, es decir, casi la mitad de la muestra preferiría no convivir con alguien con discapacidad intelectual. Los porcentajes se moderan, aunque siguen siendo elevados, si se trata de mantener una amistad (34,5% ofrece puntuaciones medias-altas) o que un/a hijo/a se relacione con alguien con estas características (34,6% distancia social con puntuaciones medias-altas). Sin duda, el que un tercio de la población reconozca no tener intención de mantener relaciones personales con las personas con discapacidad intelectual, y casi la mitad de la muestra prefiera no convivir con ellas, es uno de los peores resultados del presente estudio que, unido a la terminología empleada, identifican las tendencias estigmatizantes presentes en la población española.

También se operativizó la opinión respecto a la **distancia de los servicios** para personas con discapacidad intelectual preguntando a la población si les gustaría disponer de recursos en el barrio de residencia para esta población, y sólo un 2,7% muestra su oposición. Esto sugiere una mejor aceptación de este tipo de recursos y podría llevarnos a pensar en que se trata de un grupo de población que está socialmente más aceptado que otros. Estos datos contrastan con los ofrecidos hacia personas sin hogar o con trastorno mental grave, que ofrecen porcentajes sensiblemente menores en aceptación (en torno al 60%) y mayores en rechazo (en torno al 10%).

ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Los resultados generales muestran la presencia de **actitudes** estigmatizantes hacia las personas con discapacidad intelectual en niveles intermedios. Esto que ya resulta preocupante, lo es más porque la mayoría de las personas encuestadas (88%) muestran niveles medios de estigma, si añadimos las personas con niveles altos, se supera el 90%. Al detenernos en el detalle, se observa que el 94% percibe que existen actitudes discriminatorias dirigidas a las personas con discapacidad intelectual, y el 82% considera que el tener esta condición no suele tener aspectos positivos. Esto contrasta con que un porcentaje superior al 80% tiene actitudes inclusivas medias-altas y casi la totalidad de la muestra tiene expectativas positivas hacia esta parte de la población. El hecho de que los resultados muestren niveles intermedios de estigma, parece razón suficiente para continuar trabajando para reducirlo, puesto que las consecuencias de estos niveles de estigmatización intermedios, que podríamos confundir con un estigma “blando”, acarrear en numerosas ocasiones creencias y comportamientos con un sesgo que se aproxima al paternalismo, y el cuidado “a priori” de las personas con estas características. También hay que tener en cuenta que existe mucho desconocimiento de la discapacidad intelectual entre la población general, por lo que las puntuaciones medias, que indican que la persona ha respondido “ni de acuerdo ni en desacuerdo” también pueden estar exponiendo esta falta de conocimiento sobre algunos de los ítems de la encuesta. Hay que señalar que la mera presencia de actitudes estigmatizantes hacia personas es, en sí misma, negativa, incluso en niveles bajo o medios.

De forma complementaria a estos resultados, se aprecian actitudes negativas como la pena, o la ayuda “forzosa” que estas personas deben recibir. Por tanto, parece que nos encontramos con actitudes paternalistas atravesadas por emociones como la pena (62% de la muestra tiene puntuaciones medias o altas) y creencia de que la ayuda (más del 92% de las personas consideran que deben recibir ayuda) resulta “obligatoria” (casi el 63% creen que se debe coaccionar a las personas con discapacidad intelectual para que se pongan o continúen con un tratamiento) y que darían como resultado que las personas con este tipo de discapacidad pueden ver limitada su capacidad de obrar. Además, una de cada cuatro personas encuestadas cree que estas personas son peligrosas, las perciben con miedo, tienden a evitarlas y consideran que habría que apartarlas de la sociedad. Todos estos resultados resultan más que suficientes para la necesaria puesta en marcha de medidas que favorezcan la proporcionalidad en las ayudas, así como el ajuste de estas a las capacidades de las personas, e invitan a

plantear la necesidad de desarrollar intervenciones que ayuden a modificar estas creencias erróneas.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ESTIGMA

En lo relacionado con las características sociodemográficas analizadas, las diferencias encontradas son, en general, pequeñas y poco significativas estadísticamente, mostrando una cierta homogeneidad de la población española en relación con el estigma hacia las personas con discapacidad intelectual. En relación con la **edad**, las personas jóvenes muestran una menor intención de distanciarse de las personas con discapacidad intelectual que los adultos y personas mayores. Además, muestran mayores niveles de inclusión y mejores expectativas. Sin embargo, realizan atribuciones más estigmatizantes en términos generales y también al realizar un análisis pormenorizado. Los jóvenes presentan atribuciones más negativas en todas las medidas excepto en coacción y ayuda, en los que son los adultos y personas mayores quienes “obligarían” a recibir ayuda a las personas con discapacidad intelectual. Siguiendo planteamientos como el de Kohlberg (Medina, 2016), la juventud es un periodo en el que se desarrollan y consolidan valores, creencias, actitudes y terminamos de construir nuestra personalidad, aceptando “principios éticos universales” de la sociedad o grupo social al que se pertenece, y que terminan por suponer una forma individual de ver las cosas. Sin embargo, ha sido necesario complementar estas teorías con otras como la de Gilligan, que incluye la influencia de otros determinantes sociales como la cultura, la propia sociedad, el género, etc., en la que la persona se desarrolla. Si la sociedad en la que se desarrolla la persona tiene actitudes estigmatizadoras hacia un determinado colectivo, como es el caso de sociedades occidentales como la española (Muñoz et al, 2009), esto “garantiza” una visión sesgada que genera actitudes negativas hacia las personas con discapacidad intelectual. En cualquier caso, es posible que a medida que vamos sumando experiencias vitales, se dejen por el camino algunos prejuicios y se consoliden otros como es el caso de estas diferencias en las atribuciones por cuestiones de edad.

En lo relacionado con el **nivel de estudios** de la persona entrevistada, los resultados señalan una tendencia muy clara en el sentido de que los estudios modulan el estigma hacia las personas con discapacidad intelectual. A mayor nivel de estudios, la intención de acercamiento hacia estas personas es más alta, a la vez que se reducen las atribuciones negativas. Parecería pues que el nivel de estudios resulta un factor de protección frente a algunas de estas actitudes negativas.

En la dimensión de residencia en un área **rural o urbana**, no existen diferencias en cuanto a los niveles de estigma. En general, tanto la población urbana como la población rural muestran una actitud positiva hacia el contacto con personas con discapacidad intelectual. No obstante, sería necesario en un futuro disgregar la muestra de poblaciones inferiores a 30.000 habitantes en poblaciones de menor tamaño, para obtener información de si en poblaciones rurales más pequeñas, los resultados son similares.

Una de las mayores diferencias encontradas en el presente estudio hace referencia a la constatación de que las personas que han vivido la **experiencia en primera persona de la discapacidad intelectual** presentan un estigma más elevado que el resto de la población en atribuciones estigmatizantes, con un tamaño del efecto, significativo que llega a estar por encima del 50%. La tendencia se observa en variables como la peligrosidad y la evitación, que aumentan para aquellas personas con algún tipo de discapacidad intelectual. ¿Cómo se explica que sean precisamente las personas directamente afectadas las que informan de un mayor estigma? Pueden encontrarse distintas explicaciones, probablemente complementarias. En primer lugar, una posible explicación puede estar centrada en que estas personas se vean menos afectadas por los sesgos de deseabilidad social que afectan a todas las encuestas de este tipo y, por ello, estén más dispuestas a reconocer el estigma real que han vivido en primera persona. En segundo lugar, también es posible que la vivencia de la discriminación y la exclusión en su propia persona les haga más conscientes del estigma real, no sólo el percibido, que afecta a las personas con discapacidad intelectual. En tercer lugar, otro componente de la respuesta puede venir determinado por el estigma internalizado o el autoestigma, que refleja el impacto social y psicológico de sufrir un estigma; incluye tanto la aprehensión de estar expuesto a la estigmatización como la posible internalización de las creencias y sentimientos negativos asociados con la condición estigmatizada (Bos et al., 2013). Por tanto, el estigma podría aumentar por una mayor internalización del estigma social y porque las experiencias de primera persona pueden fomentar un deseo de distanciarse del problema, como si el caso personal fuera distinto frente a las otras personas que viven esa situación: “no soy como ellas, aunque viva en la misma situación”. De cualquier modo, este es uno de los puntos de reflexión y acción futura que permitirá orientar posibles políticas sociales.

La influencia de la **convivencia y el conocimiento personal** de personas con discapacidad intelectual se refleja en que tanto la intención de distancia social, como el estigma, disminuyen de forma general y aparece una mayor intención de ayuda a las

personas que viven en esa situación. Es posible que esta convivencia permita estar en contacto directo con aquellos aspectos negativos, pero también con aquellos positivos, lo que explicaría estos resultados. Además, tienen actitudes más inclusivas y mejores expectativas y perciben una mayor discriminación del entorno. Las personas que han tenido contacto con la discapacidad intelectual ofrecen atribuciones negativas mínimas hacia estas personas en términos generales, muestran menos miedo, necesidad de evitación y sensación de peligro hacia las personas con discapacidad, y mayor convicción de que necesitan ayuda. Llama la atención que la ausencia de contacto se relaciona con la idea de que las personas con discapacidad intelectual son culpables de su situación. Estas cuestiones parecen avalar la teoría del contacto social propuesta por diferentes autores (Saiz et al., 2021; Mascayano, 2015; Corrigan y Saphiro, 2010; Muñoz et al, 2009; Corrigan et al., 2001) en relación a la necesidad de contacto social para reducir el estigma hacia las personas con trastorno mental, que podría ser aplicable también a esta población siempre que el contacto cumpla con una serie de características particulares como que se comparta una tarea y que la persona tenga un rol relevante, entre otras.

En cuanto a las diferencias por **profesiones**, debemos advertir que no se ha comprobado la significación estadística entre los grupos, que dejamos para un análisis próximo más detallado, por lo que las conclusiones deben tomarse con precaución. Teniendo esto en cuenta, puede destacarse como, desde el punto de vista de las profesiones que ejercen las personas entrevistadas, se observa que son los profesores universitarios y profesionales de los cuerpos de seguridad del estado quienes informan de mayores intenciones de distancia social y mayor estigma hacia las personas con discapacidad intelectual. Sorprende el observar cómo los profesionales sanitarios muestran una intención de distancia social más elevada que otras profesiones o que el voluntariado social.

Por otra parte, las personas que tienen más intención de acercamiento hacia las personas sin hogar se encuentran entre las que ejercen un voluntariado, así como en el personal que trabaja en medios de comunicación. Las profesiones con actitudes menos estigmatizantes fueron el voluntariado y los profesionales de servicios sociales.

Profesiones como el voluntariado y los servicios sociales, aquellas que están vinculadas al ámbito social, muestran mejores puntuaciones en acercamiento y desestigmatización, probablemente relacionado con su acercamiento a la intervención comunitaria y de atención directa a la persona, lo que les permite conocer la situación más de cerca.

ÍTEMS PROVENIENTES DEL ESTUDIO CUALITATIVO

Dentro de los elementos evaluados por recomendación de las personas con discapacidad intelectual consultadas, destaca especialmente baja la puntuación obtenida en nuestra muestra en el ítem que hace referencia a los estudios y trabajo, el cual señala que las personas consultadas “están de acuerdo” en que las personas con discapacidad intelectual puedan elegir sus estudios y trabajo. Esto, que está en clara sintonía con lo expuesto en la Convención Internacional de Derechos de las personas con discapacidad, ratificada por España en el año 2008 (BOE), justificaría una mayor inversión de recursos y servicios con este objetivo.

Por otra parte, esto último podría entrar en cierta contradicción con la puntuación media-alta que implica cierta duda, inclinada a “algo de acuerdo”, por la cual las personas consultadas consideran que “las personas con discapacidad intelectual sólo pueden trabajar en centros especiales de empleo”.

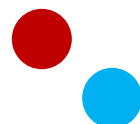
Resulta igualmente relevante el hecho de que la mitad de las personas entrevistadas piensen que las personas con discapacidad intelectual se sienten excluidas de la sociedad, no deja de ser un indicativo claro de la percepción social que tenemos de estas personas.

ANÁLISIS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

La relevancia dada en el presente estudio al enfoque de género nos obliga a señalar que en este primer avance de resultados se ha llevado a cabo un acercamiento sencillo al análisis de las diferencias entre varones y mujeres tanto en el sentido de la persona que responde la encuesta, como en el de la persona estigmatizada. Aunque en el presente informe se avanzan algunos resultados iniciales, se ha dejado para más adelante un análisis específico que permita valorar la importancia del género en la percepción de la situación sin hogar en todas sus dimensiones.

Los análisis iniciales realizados en función del género al que se refiere el cuestionario, en general, muestran unas diferencias entre varones y mujeres pequeñas y poco significativas estadísticamente. Muy probablemente, un análisis más detallado, llegando a niveles más específicos, no solo a puntuaciones generales de las escalas, revele unas diferencias más importantes. A la espera de ese análisis más específico, los primeros resultados generales encuentran que las mujeres tienden a mostrar actitudes menos estigmatizantes, así como una apertura mayor a la hora de hablar sobre cuestiones relacionadas con la discapacidad intelectual. Mientras que, por otra parte, en algunas

medidas, son ellos quienes reciben una mayor estigmatización, como por ejemplo en las medidas de atribuciones (aunque las diferencias son realmente pequeñas). Sin duda, el reto está en seguir trabajando desde una perspectiva de género en ambos sentidos, en quien sufre la estigmatización y en quien la aplica.



RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN



  Contra el
  Estigma

SALUD MENTAL

SIN HOGAR

DISCAPACIDAD INTELECTUAL

6. RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN

En función de este primer acercamiento al análisis de los resultados del **Estudio sobre el estigma en la población española** se pueden hacer algunas recomendaciones para la acción que podrían ayudar a reducir el estigma que sufren las personas con trastornos de salud mental, discapacidad intelectual o que se encuentran en situación sin hogar. Aunque las tres condiciones estudiadas mantienen circunstancias específicas diferenciales, también presentan unas características comunes que animan a presentar unas recomendaciones para la acción comunes. Son las siguientes:

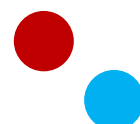
- Es necesario seguir **acumulando conocimiento** que nos acerque a la realidad de las tres condiciones estudiadas. Desde nuestro punto de vista académico y profesional, es necesario seguir realizando investigación que genere un mejor conocimiento de la realidad que pueda facilitar cambios legislativos y políticas sociales centradas en las verdaderas necesidades y problemas de las personas con problemas de salud mental, discapacidad intelectual o en situación sin hogar.
- Es necesario someter a **estudio del ordenamiento** español a todos los niveles para corregir y eliminar todos aquellos aspectos estigmatizantes que pudieran aparecer en el propio contenido y en el lenguaje empleado en los distintos niveles (desde la Constitución Española hasta los reglamentos turísticos, de asociaciones, instituciones educativas, servicios sanitarios, partidos políticos, etc.).
- Es urgente poner en marcha **campañas sociales contra el estigma** que combinen estrategias de protesta, psicoeducativas y de contacto, y se mantengan en el tiempo. Un ejemplo a seguir pudieran ser las campañas británicas o canadienses que llevan más de una década en funcionamiento y han mostrado resultados claramente efectivos. Y considerar entre sus principales objetivos, al menos, los siguientes:
 - Facilitar un mayor conocimiento de la situación de las personas con las condiciones estudiadas y acercar a la población una visión realista y humana de sus problemas mediante acciones educativas formales e informales (inclusión de contenidos en los planes de estudios, exposiciones en museos, etc.).
 - Educar a la población y a los medios de comunicación en un uso del lenguaje y de la información menos estigmatizante.
 - Identificar y corregir la presencia de noticias estigmatizantes en los medios de comunicación y redes sociales.

- Actuar socialmente (información, contacto, etc.) sobre los grupos minoritarios y socialmente activos en contra de las personas afectadas, por ejemplo, en lo relativo a la ubicación de nuevos recursos en los vecindarios.
- Identificar y generar programas formativos para los grupos profesionales que llevan a cabo comportamientos de atención directa y tomas de decisiones que, potencialmente, pudieran resultar más estigmatizantes. En este sentido, los programas formativos de la Organización Mundial de la Salud en su Campus Virtual para profesionales sanitarios en relación con el estigma de los trastornos mentales son un buen ejemplo de herramientas de cambio con relaciones coste-beneficio muy positivas.
- Implementar nuevos programas de Intervención centrados en las propias personas que viven y han vivido las condiciones analizadas. Programas que fomenten la prevención, la intervención psicológica y social de la población atendida en los distintos servicios y acciones que faciliten la revelación (“salida del armario”) de la población oculta. En esta línea, por ejemplo, desde los recursos de atención a salud mental, sería útil diseñar programas de intervención para reducir el estigma social e internalizado que incluyan actividades psicoeducativas, contacto social significativo y campañas de sensibilización. Sería necesario que estas actividades perduren en el tiempo para que resulten efectivas y los cambios se consoliden.
- Facilitar mecanismos sociales para favorecer la revelación de las condiciones estudiadas por parte de las personas que las viven. Un ejemplo podría consistir en el fomento del asociacionismo de las personas afectadas o en campañas de revelación de personas famosas o líderes de opinión social (políticos, *influencers*, intelectuales, deportistas, etc.)
- En todas las acciones emprendidas fomentar un **enfoque participativo** para conseguir que las personas con las condiciones estigmatizadas participen de forma activa en el diseño e implementación de las acciones anti-estigma en todos los niveles.
- Desarrollar un **enfoque de atención** que pueda llegar a implementarse en todos los servicios para personas que, potencialmente, pudieran verse afectadas por condiciones estigmatizantes. Un enfoque de **Servicios informados sobre el estigma** que permita abordar los problemas relacionados con el estigma y la discriminación de forma global en todo tipo de recursos: sociales, de salud, judiciales, etc. La Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma ha avanzado en este sentido al proponer una **Guía de buenas prácticas contra el estigma de salud mental** y que ya está redundando en intervenciones anti-estigma más eficaces,

efectivas y fiables en los servicios sociales de atención a personas con trastorno mental grave y de larga duración. Sin embargo, es necesario profundizar más en esa línea y potenciar las buenas prácticas y una atención que consiga hacer de los servicios espacios libres de estigmas, acogedores y agradables para todas las personas afectadas por alguna condición potencialmente estigmatizante. Siguiendo el ejemplo de los *servicios informados sobre el trauma* (SAMHSA, 2014) estos servicios deberían ser capaces de conocer los efectos del estigma, reconocer las condiciones estigmatizantes y responder integrando los conocimientos para desestigmatizar a las personas usuarias. Servicios que creen espacios libres de estigma, potencien y promuevan la autoestima y el bienestar de las personas atendidas a través de principios como los de confiabilidad, transparencia, colaboración o empoderamiento. Este enfoque podría configurarse como el eje de actuación de los servicios libres de estigma que nuestra sociedad necesita para garantizar un abordaje no estigmatizante de los problemas que viven las personas afectadas por condiciones potencialmente estigmatizantes.

- En todo lo anterior aplicar un enfoque de **género** que permita seguir profundizando en el estudio de la realidad de las mujeres que viven las condiciones estudiadas.

Sin duda, este tipo de acciones tendrían un impacto también en las personas que viven con otras condiciones humanas y sociales que sufren procesos de estigmatización que no se han abordado en el presente estudio pero que no son, por ello, menos importantes. En este sentido, la **Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma** es una plataforma que a través de la colaboración universidad – empresa persigue unos objetivos de creación y traslado del conocimiento a la sociedad para facilitar la aplicación de metodologías científicas de formación, intervención psicológica y social a la eliminación del estigma asociado a las condiciones de salud mental, discapacidad intelectual y exclusión social extrema, pero que no olvida todas las otras condiciones que generan estigma en nuestra sociedad



7. REFERENCIAS

- Abbruzzese, L., Magnani, N., Robertson, I.H. & Mancuso, M. (2019). Age and Gender Differences in Emotion Recognition. *Frontiers in Psychology*. 10:2371. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02371
- Allen, B., Katz, G. y Lazcano, E. C. (2009). Estudio sobre discriminación y discapacidad mental e intelectual. México: Colección estudios 2009, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Recuperado de: https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E06-2009.pdf
- Aznar-Lou, I., Serrano-Blanco, A., Fernández, A., Luciano, J. V., & Rubio-Valera, M. (2016). Attitudes and intended behaviour to mental disorders and associated factors in catalan population, Spain: Cross-sectional population-based survey. *BMC Public Health*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S12889-016-2815-5/TABLES/5>
- Barnes, C. (1991). Discrimination: disabled people and the media. *Contact*, 70, 15-16.
- Belcher, J. R., & DeForge, B. R. (2012). Social stigma and homelessness: The limits of social change. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22(8), 929–946.
- Bollier, A. M., Sutherland, G., Krnjacki, L., Kasidis, V., Katsikis, G., Ozge, J., & Kavanagh, A. M. (2021). Attitudes Matter: Findings from a national survey of community attitudes toward people with disability in Australia. Centre of Research Excellence in Disability and Health, The University of Melbourne. doi: 10.26188/15176013
- Bos, A. E., Pryor, J. B., Reeder, G., & Stutterheim, S. (2013). Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1-9.
- Boyd, J., Muñoz, M., González-Sanguino, C., Harris, J., & Sampson, I. (2022). Consequences of the Self-Stigma of Mental Illness. In D. Vogel & N. Wade (Eds.), *The Cambridge Handbook of Stigma and Mental Health* (Cambridge Handbooks in Psychology, pp. 88-110). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781108920995.008
- Brandon, D., Khoo, R., Maglajlic, R., & Abuel-Ealeh, M. (2000). European snapshot homeless survey: Results of questions asked of passers-by in 11 European cities. *International Journal of Nursing Practice*, (6), 39-45.
- Brown, H. K., Ouellette-Kuntz, H., Lysaght, R., & Burge, P. (2011). Students' behavioural intentions towards peers with disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24(4), 322-332. doi: 10.1111/j.1468-3148.2010.00616.x
- Cabrera, P. J. (1998). Hacia una sociología de la exclusión extrema: el caso de las personas sin hogar. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, (10), 25-60.
- Cabrera, P. (2022) Sinhogarismo: una aproximación conceptual. En M.J. Rubio, M. Muñoz, P. Cabrera y M.R. Sánchez-Morales, M. (Eds.) *Perspectiva social y psicológica de la situación sin hogar: vidas de calle y sueños rotos*. Madrid: Pirámide
- Cáritas Española. (2021). Memoria 2021. Cáritas. <https://www.caritas.es/main-files/uploads/2022/06/Memoria-2021-Caritas-Espanola.pdf>
- Castaño, Ana M., Yolanda Fontanil, and Antonio L. García-Izquierdo. 2019. "“Why Can't I Become a Manager?”—A Systematic Review of Gender Stereotypes and Organizational Discrimination". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, no. 10: 1813. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101813>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsç, N., Brown, J. S., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental

- health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1), 11–27.
<https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48–67. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological science in the public interest : a journal of the American Psychological Society*, 15(2), 37–70.
<https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsck, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 8(2), 75–81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162-179.
- Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Michaels, P. J. (2014). Brief battery for measurement of stigmatizing versus affirming attitudes about mental illness. *Psychiatry Research*, 215(2), 466–470. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2013.12.006>
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., & Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 27(2), 187–195. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006865>
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical psychology review*, 30(8), 907–922.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.004>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 1(1), 16–20.
- Crenshaw, Kimberle. "Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics". *University of Chicago Legal Forum*: Vol. 1989: Iss. 1, Article 8. Available at:
<http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Crespo, M., Pérez-Santos, E., Muñoz, M., & Guillén, A. I. (2008). Descriptive study of stigma associated with severe and persistent mental illness among the general population of Madrid (Spain). *Community mental health journal*, 44(6), 393–403.
<https://doi.org/10.1007/s10597-008-9142-y>
- Cuenca, O. (2003). El estigma de la enfermedad mental en los medios de comunicación. In J.J. López-Ibor; J. Gómez y J. Gutiérrez (Eds). *Retos para la Psiquiatría y la Salud Mental en España* (pp. 309-320). Ars Médica.
- Cutcliffe, J. R., & Hannigan, B. (2001). Mass Media, "monsters" and mental health clients: The need for increased lobbying. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 315-321.
- Damonti, P. (2014). Exclusión social y género: un análisis de la realidad contemporánea. *Zerbitzuan*, (57), 71-89.

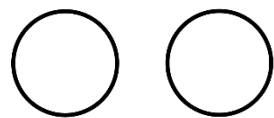
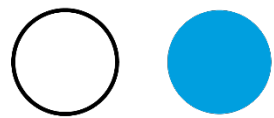
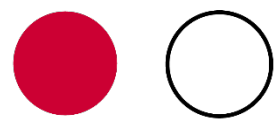
- Defensor del pueblo. Las personas con discapacidad intelectual en prisión. Separata vol. II, informe anual 2018. 2019.
- Dickter, C. L., Burk, J. A., Zeman, J. L., y Taylor, S. C. (2020). Implicit and Explicit Attitudes Toward Autistic Adults. *Autism in Adulthood*, 0(0), 1-8. <https://doi.org/10.1089/aut.2019.0023>
- 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
- Escribano, M. E., & de la Torre, F. J. (2014). Personas sin hogar y exclusión social : aproximación desde la Bioética [Trabajo Fin de Máster. Máster Universitario en Bioética.]. Universidad de Comillas.
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2011). Development and Psychometric Properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): A Stigma Related Behaviour Measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(3), 263-271.
- Fazel, S., Xenitidis, K. & Powell, J. (2008). The prevalence of intellectual disabilities among 12000 prisoners— A systematic review. *International Journal of Law Psychiatry*, 31 (4): 369-73.
- Fábregas, M., Tafur, A., Guillén, A., Bolaños, L., et al. *Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación: las palabras sí importan*. Confederación Salud Mental España 2018.
- FEAFES. *Guía de estilo sobre medios de comunicación y salud mental*. 2008.
- Fredman, S. (2016). *Intersectional discrimination in EU gender equality and non-discrimination law*, Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2838/241520>
- Fundación Caser. (2017). Proyecto Residencial de Atención a Personas Sin Hogar Convalecientes y/o con Enfermedad Terminal. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (19).
- Gámez-Ramos, T. (2017). *Personas sin hogar Un análisis de género del sinhogarismo*. Una Editorial. Colección Atenea.
- García, L., Gutiérrez, D., Pastor, J., & Romo, V. (2018). Validity and reliability of a questionnaire on primary and secondary school teachers' perception of teaching a competence-based curriculum model. *Journal of New Approaches in Educational Research*, 7(1), 46–51. doi: 10.7821/naer.2018.1.255
- Garrido, A. y Alvaro, J. (2007). *Psicología social. Perspectivas psicológicas y sociológicas*. Madrid: McGraw-Hill
- Glantz, P., May, L. y Wray, J. (2018). Health related quality of life and functional outcomes in pediatric cardiomyopathy. *Progress in Pediatric Cardiology*, 48, 26-35. <https://doi.org/10.1016/j.ppedcard.2018.02.001>
- Goffman, E. (1963). *Stigma : notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Groot, C, Rehm, I, Andrews, C, Hobern, B, Morgan, R, Green, H, Sweeney, L, and Blanchard, M (2020). *Report on Findings from the Our Turn to Speak Survey: Understanding the impact of stigma and discrimination on people living with complex mental health issues*. Anne Deveson Research Centre, SANE Australia. Melbourne
- HATento. (2021). Observatorio de Delitos de Ocio contra Personas sin Hogar. <http://hatento.org/>

- Heijnders, M. & Van Der Meij, S. (2012). The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychological Health Medicine*, 11(3):353-363.
- Högberg, T., Magnusson, A., Lützén, K., & Ewalds-Kvist, B. (2012). Swedish attitudes towards persons with mental illness. *Nordic journal of psychiatry*, 66(2), 86–96. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.596947>
- Huete, A. (2013). La exclusión de la población con discapacidad en España. Estudio específico a partir de la Encuesta Social Europea. *Revista Española de Discapacidad*, 1(2), 7-24. doi: 10.5569/23405104.01.02.01
- Ilic, N., Henderson, H., Henderson, C., Evans-lacko, S., & Thornicroft, G. (2014). *Health Survey for England, 2014: Chapter 3, Attitudes towards mental illness. 1*, 1–15. <http://healthsurvey.hscic.gov.uk/media/37730/HSE2014-Ch3-Attitudes-towards-mental-illness.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (2018). Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social 2018. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=10011&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística (2020). Encuesta de centros y servicios de atención a las personas sin hogar. Año 2020. Recuperado de [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es \[13 - 9-2022\]](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es [13 - 9-2022])
- Leiderman, E. A., Vazquez, G., Berizzo, C., Bonifacio, A., Bruscoli, N., Capria, J. I., Ehrenhaus, B., Guerrero, M., Guerrero, M., Lolich, M., & Milev, R. (2011). Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia: Buenos Aires. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(4), 281–290. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0196-0>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Llort, A., Ferrando, S., Borrás, T., & Purroy, I. (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias alternativas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 20, 9-22.
- Magnússon, G. (2016). Representations of special support. Independent schools` descriptions of special education provision. *European Journal of Special Needs Education*, 31, 155-170. <https://doi.org/10.1080/08856257.2015.1125685>
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C. y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1):53-58
- McCaughey, T. J., & Strohmer, D. C. (2005). Prototypes as an indirect measure of attitudes toward disability groups. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(2), 89-99. doi: 10.1177/00343552050480020301
- McDonel, E.C., Bond, G.R., Salyers, M., et al. (1997). "Implementing assertive community treatment programs in rural areas", *Administration and Policy in Mental Health*, 25(2), 153-173.
- McKenzie, K., Milton, M., Smith, G., & Ouellette-Kuntz, H. (2016). Systematic review of the prevalence and incidence of intellectual disabilities: current trends and issues. *Current Developmental Disorders Reports*, 3(2), 104-115. doi: 10.1007/s40474-016-0085-7
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, 2017*. Web del Ministerio de Sanidad, consumo y Bienestar Social. Recuperado de https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

- Morante, M. L., Morata, B., & Trujillo, M. (2010). I Seminario Interdisciplinar sobre género y sexualidad en el S.XXI: Política afectivosexual, Migraciones femeninas, y Vulnerabilidad Social. *Trabajo Social Global*, 1(2), 242-262.
- Muñoz, M. (2022) Psicología y situación sin hogar. En M.J. Rubio, M. Muñoz, P. Cabrera y M.R. Sánchez-Morales, M. (Eds.) *Perspectiva social y psicológica de la situación sin hogar: vidas de calle y sueños rotos*. Madrid: Pirámide
- Muñoz, M., López, A., González, S. y Ugidos, C. (2020) *Guía de buenas prácticas contra el estigma*. Valencia: Grupo 5.
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., y Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., Guillén, A. I. e Izquierdo, S. (2011). La Enfermedad Mental en los Medios de Comunicación: Un Estudio Empírico en Prensa Escrita, Radio y Televisión. *Clínica y Salud*, 22(2), 157-173. doi: 10.5093/cl2011v22n2a5
- National Disability Authority (2007). Public attitudes to disability in Ireland: Report of Findings February 2007. Dublin: NDA.
- National Disability Authority (2011). A national survey of public attitudes to disability in Ireland. Dublin: NDA.
- National Disability Authority (2017). National survey of public attitudes to disability in Ireland 2017. Dublin: NDA.
- Ochoa, S., Martínez-Zambrano, F., Vila-Badia, R., Arenas, O., Casas-Anguera, E., García-Morales, E., Villellas, R., Martín, J. R., Pérez-Franco, M. B., Valduciel, T., García-Franco, M., Miguel, J., Balsera, J., Pascual, G., Julia, E., Casellas, D., & Haro, J. M. (2016). Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental - Journal of Psychiatry and Mental Health*, 9(3), 150–157. <https://doi.org/10.1016/J.RPSM.2015.02.002>
- OMS. (2013). Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: executive summary. OMS.
- Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L. M. (2017). Violence against women and mental health. *The Lancet. Psychiatry*, 4(2), 159–170. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9)
- 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/
- Overton, S. L., & Medina, S. L. (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling & Development*, 86(2), 143–151. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00491.x>
- Pace, J. E., Shin, M., & Rasmussen, S. A. (2010). Understanding attitudes toward people with Down syndrome. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 152(9), 2185-2192. doi: 10.1002/ajmg.a.33595
- Pelleboer-Gunnink, H. A., van Weeghel, J., & Embregts, P. J. (2021). Public stigmatisation of people with intellectual disabilities: a mixed-method population survey into stereotypes and their relationship with familiarity and discrimination. *Disability and rehabilitation*, 43(4), 489-497. doi:10.1080/09638288.2019.1630678

- Peredo, R. A. (2016). Comprendiendo la discapacidad intelectual: datos, criterios y reflexiones. *Revista de Investigación Psicológica*, 15, 101-122. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2223-30322016000100007&script=sci_arttex
- Pescosolido, B. A. (2013). The Public Stigma of Mental Illness: What Do We Think; What Do We Know; What Can We Prove? *Journal of Health and Social Behavior*, 54(1), 1–21. <https://doi.org/10.1177/0022146512471197>
- Petit, J., Tinland, A., Vargas-Moniz, M., Spinnewijn, F., Manning, R., Santinello, M., Wolf, J., Bokszczanin, A., Bernad, R., Kallmen, H., Olmelas, J., & Auquier, P. (2019). European public perceptions of homelessness: A knowledge, attitudes and practices survey. *PLoS ONE*, 14(9).
- Phelan, J., Link, B., Moore, R., & 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. doi:10.2307/2787093
- Power, M. J., & Green, A. M. (2010). The Attitudes to Disability Scale (ADS): development and psychometric properties. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(9), 860–874. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2788.2010.01317.X>
- Preece, D., Murray, J., Rose, R., Zhao, Y., & Garner, P. (2020). Public knowledge and attitudes regarding children with disabilities, their experience and support in Bhutan: a national survey. *Early Child Development and Care*, 1-15. doi: 10.1080/03004430.2020.1730432
- Rappoport, S., Sandoval, M., Simón, C., y Echeita, G. (2019). Understanding inclusion support systems: three inspiring experiences/Comprendiendo los sistemas de apoyo para la inclusión: tres experiencias inspiradoras. *Cultura y Educación*, 31(1), 120-151. <https://doi.org/10.1080/11356405.2019.1565250>
- Reina-Peral, F. (2019). Radiografía de la pobreza. Desnudando el estigma. *Intervención Psicoeducativa en la desadaptación social IPSE*, (10-12), 73-85.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 20(8), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Saiz, J., Vaquero, C., Escudero, M.A., Cebollero, M., Ugidos, C., Goldsby, T.L. (2021). Comparison of five strategies to reduce the stigmatizing attitudes and behaviors of high school students toward people with persistent mental disorders in three cities of Spain. *Journal of Rehabilitation*, 87 (2), 63-72.
- Sánchez-Morales, M.R. (2022) Sociología de las personas sin hogar. En M.J. Rubio, M. Muñoz, P. Cabrera y M.R. Sánchez-Morales, M. (Eds.) *Perspectiva social y psicológica de la situación sin hogar: vidas de calle y sueños rotos*. Madrid: Pirámide
- Scior, K. (2011). Public awareness, attitudes and beliefs regarding intellectual disability: A systematic review. *Research in developmental disabilities*, 32(6), 2164-2182.
- Scior, K., Hamid, A., Hastings, R., Werner, S., Belton, C., Laniyan, A., ... & Kett, M. (2016). Consigned to the margins: A call for global action to challenge intellectual disability sigma. *The Lancet Global Health*, 4(5), e294–e295. doi: 10.1016/S2214-109X(16)00060-7
- Seeman, N., Tang, S., Brown, A. D., & Ing, A. (2016). World survey of mental illness stigma. *Journal of Affective Disorders*, 190, 115–121. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2015.10.011>
- Siperstein, G. N., Parker, R. C., Norins, J., & Widaman, K. F. (2011). A national study of Chinese youths' attitudes towards students with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(4), 370-384. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01382.x

- Snow-Hill, N. L. (2019). The Survey of Attitudes Toward Homeless People: The Validation of a New Instrument Assessing Negative Attitudes Toward Homeless People. (Doctoral dissertation). <https://scholarcommons.sc.edu/etd/5394>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014) *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225–240. <https://doi.org/10.1093/schbul/7.2.225>
- Taylor O, Loubiere S, Tinland A HOME_EU Consortium Study Group, *et al* (2019). Lifetime, 5-year and past-year prevalence of homelessness in Europe: a cross-national survey in eight European nations *BMJ Open* 2019;9:e033237. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033237
- Thornicroft, G., Bakolis, I., Evans-Lacko, S., Gronholm, P. C., Henderson, C., Kohrt, B. A., Koschorke, M., Milenova, M., Semrau, M., Votruba, N., & Sartorius, N. (2019). Key lessons learned from the INDIGO global network on mental health related stigma and discrimination. *World Psychiatry*, 18(2), 229–230. <https://doi.org/10.1002/WPS.20628>
- Tovar, A. (2021). Investigación cualitativa sobre el estigma en personas sin hogar. <https://www.contraelestigma.com/wp-content/uploads/2018/10/Estigma-personas-sin-hogar.pdf>
- Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., & Howard, L. M. (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 7(12), e51740. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051740>
- Unión Europea. *Estrategia europea para las personas "sin hogar"*. Dictamen del Comité de las Regiones, 2014/C 271/07. Recuperado de <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A52014IR2234>
- Varughese, S. J., Mendes, V., & Luty, J. (2011). Impact of positive images of a person with intellectual disability on attitudes: randomised controlled trial. *The Psychiatrist*, 35(11), 404-408. doi: 10.1192/pb.bp.110.032425
- Zamorano, S., González-Sanguino, C., Sánchez-Iglesias, I., Sáiz, J., Salazar, M., Vaquero, C., Guillén, A. I., Muñoz-Lara, I., & Muñoz, M. (2022). The stigma of mental health, homelessness and intellectual disability. Development of a national stigma survey with an intersectional gender perspective. *International Journal of Clinical Trials* (pendiente de publicación).



Contra el
Estigma



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID



www.contraelestigma.com