

GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS

Contra el Estigma

CÁTEDRA
EXTRAORDINARIA
UCM – GRUPO 5
CONTRA EL ESTIGMA

GRUPO 5



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS



CÁTEDRA
EXTRAORDINARIA
UCM – GRUPO 5
CONTRA EL ESTIGMA

GRUPO 5



GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS CONTRA EL ESTIGMA

ESTUDIO DE INDICADORES Y PROPUESTA DE UNA ESCALA

Director:

Manuel Muñoz

Equipo:

Aída López

Sara González

Carolina Ugidos

Participa:

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

Web:

www.contraelestigma.com

ISBN:

978-84-120732-6-3

Depósito legal:

V-2801-2020

Diseño gráfico y maquetación:

Miguel Ángel Rejas

Impresión y edición:



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

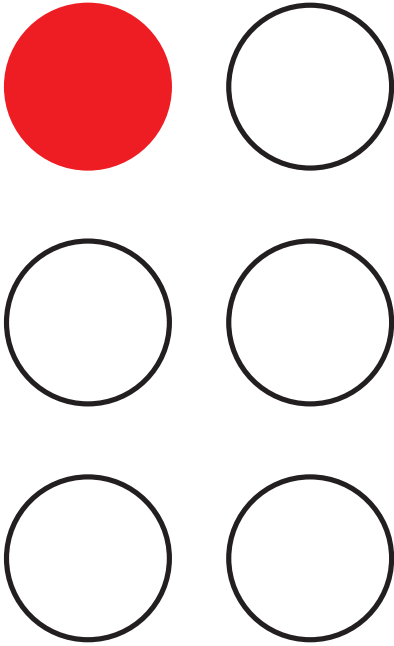
Reservados todos los derechos.

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

ÍNDICE

PRÓLOGO Juan Carlos Doadrio Villarejo.....	5
PRÓLOGO Guillermo Bell Cibils.....	7
PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS	9
Objetivos.....	10
1. BUENAS PRÁCTICAS	13
1.1. Definición de buena práctica.....	13
1.2. Los estudios de buenas prácticas.....	14
2. EL ESTIGMA DEL TRASTORNO MENTAL	15
2.1. Concepto de estigma.....	15
2.2. Tipos de estigma hacia el trastorno mental.....	17
2.3. Principales modelos teóricos.....	20
3. METODOLOGÍA	23
3.1. Revisión de propuestas de indicadores de buenas prácticas.....	24
3.2. Revisión de la eficacia de las intervenciones contra el estigma.....	24
3.2.1. Eficacia de intervenciones contra el estigma social e internalizado.....	24
3.2.2. Estrategias con profesionales.....	25
3.2.3. Eficacia de las Tecnologías de la información y la comunicación en las acciones contra el estigma.....	25
3.2.4. Estudio de población general.....	25
3.2.5. Estudio cualitativo.....	25
3.3. Elaboración de la Escala de buenas prácticas contra el estigma Grupo 5 - UCM	26
4. PRINCIPALES PROPUESTAS DE INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS	27
5. PROPUESTA DE INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS CONTRA EL ESTIGMA DE LOS TRASTORNOS MENTALES	31
5.1. Metodología: calidad, replicabilidad y transferibilidad.....	31
5.1.1. Diseño y método científico.....	32
5.1.2. Evaluación de necesidades.....	33
5.1.3. Evaluación de resultados.....	33
5.1.4. Publicación de la práctica.....	34
5.2. Eficacia.....	34
5.2.1. Los estudios de evidencia.....	35
5.2.2. Eficacia de intervenciones contra el estigma social.....	37
5.2.3. Eficacia de las intervenciones contra el estigma internalizado.....	39
5.2.4. El punto de vista de las personas implicadas.....	44
5.2.5. Estrategias con profesionales.....	45
5.2.6. Eficacia de las estrategias culturales.....	45
5.3. Sostenibilidad	46
5.3.1. Sostenibilidad económica.....	47

5.3.2.Sostenibilidad medioambiental.....	48	6. ESCALA DE BUENAS PRÁCTICAS CONTRA EL ESTIGMA.....	55
5.3.3.Sostenibilidad social.....	48		
5.4. Enfoque Ético.....	48	CONCLUSIÓN Y LÍNEAS FUTURAS.....	57
5.4.1.Aspectos legales y deontológicos.....	49		
5.4.2.Aspectos formales.....	49	REFERENCIAS.....	59
5.5. Enfoque de género.....	49	ANEXOS.....	67
5.6. Enfoque inclusivo y participación.....	50	ANEXO 1: ESCALA DE BUENAS PRÁCTICAS CONTRA EL ESTIGMA GRUPO 5 - UCM.....	69
5.6.1. Trabajo en red.....	51	ANEXO 2: MODELO DE FICHA PARA DOCUMENTAR BUENAS PRÁCTICAS CONTRA EL ESTIGMA.....	77
5.6.2. Accesibilidad.....	51		
5.6.3.Lenguaje inclusivo.....	52		
5.6.4.Interseccionalidad.....	52		
5.7. Impacto social.....	52		
5.8. Innovación.....	53		
5.8.1.Tecnologías de la información y la comunicación en las acciones contra el estigma.....	53		
5.8.2.Innovación transformadora.....	54		



PRÓLOGO

Juan Carlos Doadrio Villarejo

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

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

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

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

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

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

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

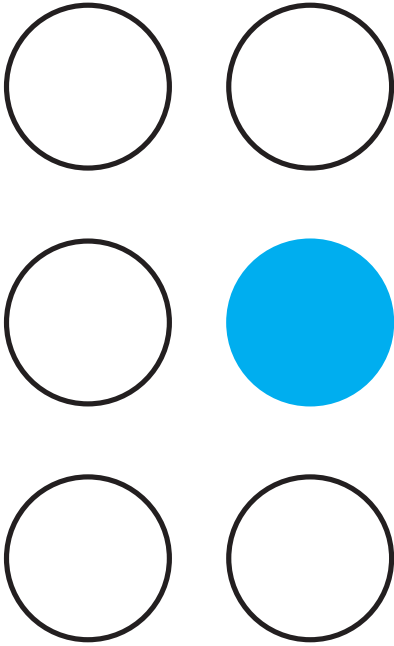
El equipo rectoral al que me honro en pertenecer, tiene como uno de sus objetivos conseguir una Universidad cada vez más responsable respecto a los temas de inclusión, la atención a los estudiantes, la igualdad de oportunidades, la no discriminación y el comportamiento íntegro de nuestra gestión administrativa.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

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

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

Juan Carlos Doadrio Villarejo

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



PRÓLOGO

Guillermo Bell Cibils

Presidente Ejecutivo de Grupo 5

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

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

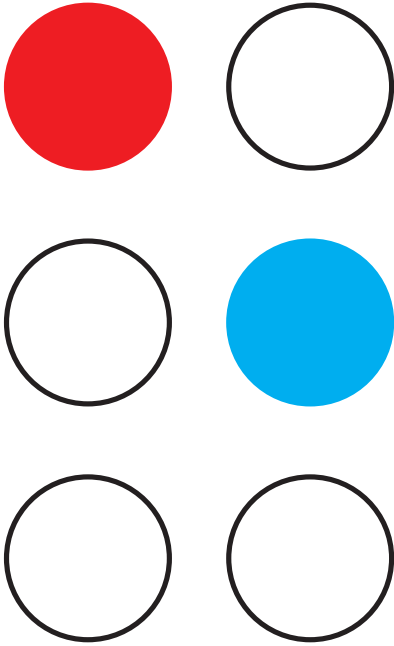
les, poner en marcha acciones concretas en esta área y convertirse en una plataforma de comunicación y difusión de conocimientos científicos, tanto teóricos como aplicados, en la lucha contra el estigma en nuestra sociedad. Una Cátedra extraordinaria que está dirigida por el profesor Manuel Muñoz y en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

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

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

Guillermo Bell Cibils

Presidente Ejecutivo de Grupo 5



PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS

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

En este sentido, la enfermedad mental ha sido una incalculable fuente de estigma a lo largo

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

En el presente trabajo se centra la atención en el estigma que afecta a las personas en el ámbito de la salud mental. Sin embargo, como el lector observará, todas las variables estudiadas pueden generalizarse más allá de la salud mental y, en la práctica, aplicarse a cualquier acción que trate de luchar contra el estigma en cualquiera de sus facetas. Kimberlee Creenshaw en 1989 puso de manifiesto que el estigma no puede entenderse como un concepto unitario, sino todo lo contrario: los distintos tipos de estigmas mantienen intersecciones entre sí. El estigma que afecta a una persona concreta no viene determinado por una única variable como puede ser la enfermedad mental. A una persona con un trastorno mental no se le aplicará el mismo estigma si es varón o mujer; si es de origen europeo o subsahariano; si es pobre o rico, etc. De este modo, el estigma de la enfermedad mental no se aplica del mismo modo a un varón, de origen europeo, rico, de mediana edad, estadounidense; que a una mujer, pobre, afroamericana, mayor de 70 años, inmigrante en los Estados Unidos. La misma situación se

puede generalizar a nuestro contexto, la situación es prácticamente la misma. Las personas nos vemos afectadas por distintos tipos de estigmas, un mayor número de características estigmatizantes (por ejemplo, salud mental, edad, sexo, clase social) generará una mayor estigma. De este modo, un estudio de buenas prácticas en la lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental, no puede pasar por alto el resto de características potencialmente estigmatizantes que determinarán, de forma interseccional, los procesos de exclusión. De la misma manera, cualquier estudio de buenas prácticas contra el estigma de la enfermedad mental será generalizable a muchos otros ámbitos generadores de estigma (discapacidad, inmigración, edad, etc.). Es en ese sentido en el que pretendemos que se utilice la presente Guía, de forma amplia y abierta para la reducción y eliminación de todos los tipos de estigmas presentes en nuestra sociedad.

OBJETIVOS

Siguiendo las directrices internacionales, los recursos de atención a personas con trastornos psicológicos y mentales vienen desarrollando en los últimos años una importante actividad en la lucha contra el estigma de los trastornos mentales (en nuestro contexto se pueden encontrar buenos ejemplos en la *Red pública de atención social a personas con enfermedad mental* de la Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid, en el programa *1 de cada 4* de la Junta de Andalucía o en la campaña *Obertament* en Cataluña). Estigma que afecta a las personas usuarias de dichos centros, a sus familiares, a los profesionales y a la comunidad en que se integran los centros o servicios. Es-

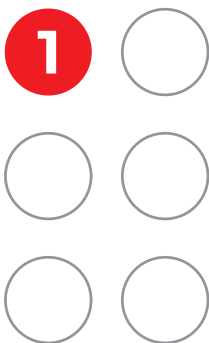
tas acciones son, sin duda, bienintencionadas y persiguen en todos los casos tener un impacto en la reducción del estigma. En los mejores casos dichas acciones son recogidas y publicadas en repositorios o resúmenes de “buenas prácticas” que permiten conocer mejor las actividades realizadas y algunos de sus resultados. Sin embargo, la buena intención y la difusión no siempre son suficientes y para diseñar acciones eficaces se hace necesario contar con estrategias de valoración que permitan identificar cuáles de las actuaciones abordadas, y de sus componentes, son realmente eficaces y aportan validez incremental a la lucha contra el estigma.

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

La presente guía pretende aportar información y directrices que puedan orientar la acción tanto de los profesionales como de las instituciones en el ámbito de la salud mental y relacionados, favoreciendo la puesta en marcha de acciones eficaces y adecuadas para luchar contra el estigma en todas sus vertientes. Para lograrlo, esta guía tiene como **objetivo principal identificar y exponer aquellos indicadores que favorecen la creación y facilitan la evaluación de las buenas prácticas en la lucha contra el estigma**. Como objetivos específicos se pueden señalar los siguientes:

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

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



BUENAS PRÁCTICAS

1.1. Definición de buena práctica

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

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

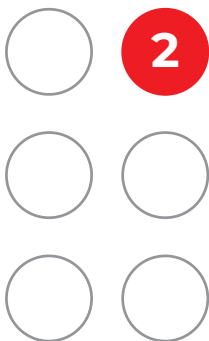
Desde la **Cátedra UCM - Grupo 5 Contra el Estigma** se ha hecho un esfuerzo por definir qué significa una buena práctica cuando se refiere a acciones de lucha contra el estigma. A lo largo del presente trabajo se revisan y definen los componentes esenciales que deben reunir las acciones de lucha contra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

1.2. Los estudios de buenas prácticas

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

En el campo de la lucha contra el estigma relacionado con la salud mental, se dispone de investigación relevante sobre la eficacia de distintas intervenciones estructurales, sociales y personales que han sido recogidas en diversos trabajos académicos de revisión sistemática y meta-análisis sobre el tema llevados a cabo en los últimos años en la lucha contra el estigma (Corrigan Morris, Michaels, Rafacz y Rüsche, 2012; Mehta et al., 2015; Yanos et al., 2015; Thornicroft et al., 2016; Gronholm, Henderson, Deb y Thornicroft, 2017; González, 2020; Alonso, Guillén y Muñoz, 2019; Cattoor et al., 2020).

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



EL ESTIGMA DEL TRASTORNO MENTAL

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

2.1. Concepto de estigma

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

Siguiendo la revisión realizada por González (2020), se observa cómo algunos autores enfatizan el hecho de que el estigma no se halla en el interior de las personas, sino que se trata de una asignación o etiqueta que otros, dentro de un sistema de relaciones de poder, imponen a una persona o a un grupo (Hebl y Dovidio, 2005). Desde las teorías basadas en el etiquetado, el estigma es entendido como un proceso sociocultural mediante el cual los miembros de un grupo marginado son etiquetados por otras personas como anormales, vergonzosos o indeseables (Michaels, López, Rüsche y Corrigan, 2012). Concretamente, Link y Phelan (2001) lo han definido como el proceso que ocurre cuando elementos de etiquetado, estereotipado, separación, pérdida de estatus y discriminación se producen al mismo tiempo, en una situación de poder, permitiendo el despliegue de los componentes del estigma. Además, Ottati, Bodenhausen y Newman (2005) ampliaron el concepto de estigma al entenderlo como un proceso de construcción social dinámico que se manifiesta en tres aspectos del comportamiento social: estereotipos, prejuicios y discriminación.

Los **estereotipos** hacen referencia a las estructuras de conocimiento aprendidas por la mayoría de la sociedad sobre diferentes grupos, son, por lo tanto, la dimensión cognitiva del estigma. En relación a los trastornos mentales, los estereotipos suelen incluir la responsabilidad por el padecimiento de la enfermedad, la peligrosidad, la incompetencia o incapacidad para realizar tareas básicas, la impredecibilidad de sus reacciones y la falta de control. No obstante, tener conocimiento de estos estereotipos no implica estar de acuerdo con ellos, por eso, cuando las personas los aceptan y generan reacciones emocionales negativas hacia ese grupo, se produce el **prejuicio**. Allport definió el prejuicio como aquella actitud hostil o de desconfianza hacia una persona que pertenece a un grupo, simplemente debido a su pertenencia a dicho grupo (Allport, Clark y Pettigrew, 1954). En el caso del trastorno mental, estas emociones suelen ser de miedo, temor, desconfianza, etc. Los estereotipos y prejuicios pueden llevar a la **discriminación**, que hace referencia a los comportamientos de rechazo hacia ese grupo. Para las personas con diagnóstico de trastorno mental esto puede suponer mayores dificultades para acceder al trabajo o la vivienda, limitación en las relaciones sociales y de pareja, etc. (Twenge, Catanese, y Baumeister, 2003).



Figura 1: Componentes o dimensiones del estigma.

2.2. Tipos de estigma hacia el trastorno mental

Cuando se habla del estigma asociado a los trastornos mentales, no existe un único estigma, sino diferentes niveles de este. De acuerdo con Livingston y Boyd (2010) el estigma opera en tres niveles: el estigma estructural, el estigma social o público y el estigma personal. Por su parte, Fox, Earnshaw, Taverna y Vogt (2018) realizan una revisión completa del área y resumen los diferentes tipos de estigma en lo que han denominado **Marco del estigma de la enfermedad mental** (MISF) (ver Figura 2). Se incluye la visión de la persona o agente estigmatizante y la de la persona estigmatizada. Igualmente, se incluye la perspectiva interseccional que puede influir en todos los componentes del modelo. Aunque el trabajo actual se centra en el estigma social e internalizado, a continuación, se realiza un breve comentario de los tres tipos básicos de estigma (Livingston y Boyd, 2010).

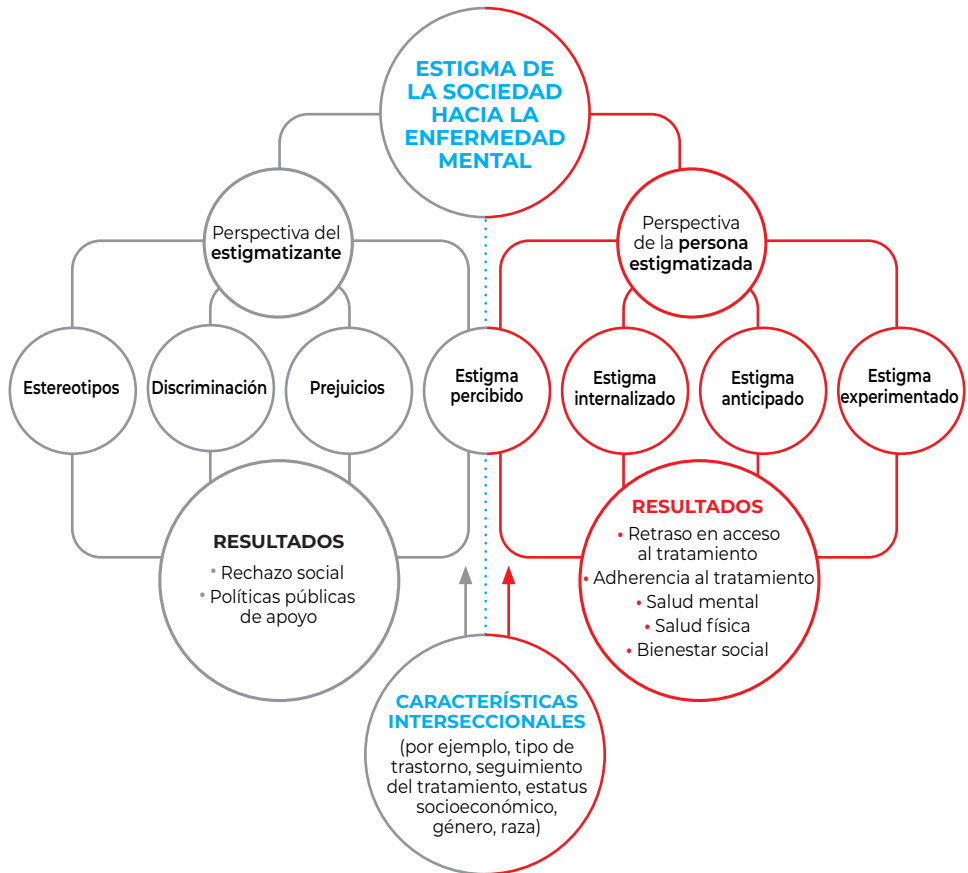


Figura 2: Marco del estigma de la enfermedad mental (a partir de Fox et al., 2018).

De este modo, el **estigma estructural** forma parte de las instituciones, imponiendo barreras que restringen la participación de un grupo de personas en la sociedad, se relaciona con el nivel macro del sistema. Este hace referencia a las reglas, leyes y procedimientos políticos, que aplican las entidades públicas y privadas en posiciones de poder, para restringir los derechos y oportunidades de las personas estigmatizadas. Esto permite legitimar las diferencias de poder entre personas con y sin trastorno mental y perpetuar a gran escala las desventajas y la exclusión social (Corrigan, Kerr, y Knudsen, 2005).

El **estigma social** hace referencia al que parte de la población general; es el que está respaldado por grandes grupos sociales, que actúan en función de los estereotipos imperantes sobre los trastornos mentales (Corrigan et al., 2005). El estigma social en salud mental implica que las personas con diagnóstico de trastorno mental se enfrentan a los estereotipos y prejuicios que resultan de las ideas erróneas sobre el trastorno mental. Como resultado, se ven privadas de las oportunidades que definen una vida de calidad: vivienda segura, atención médica satisfactoria, empleo de calidad y afiliación a un grupo diverso de personas (Corrigan y Watson, 2002b).

Por último, el **estigma personal** es aquel experimentado por la propia persona estigmatizada, y está formado por el estigma **anticipado**, el **experimentado** y el **internalizado**. Este último podría definirse como el proceso de interiorización de aquellos mensajes negativos, estereotipos y prejuicios presentes en la sociedad relativos a una etiqueta. Aparece debido a la existencia del estigma estructural y social, puesto que la persona que tiene un trastorno mental pertenece a la misma sociedad que estigmatiza a las personas con problemas de salud mental y desarrolla los mismos estereotipos y prejuicios hacia este colectivo. De un modo más operativo, el **estigma internalizado** se define como *“un proceso subjetivo, inculcado en un contexto socio-cultural, que se caracteriza por sentimientos negativos sobre uno mismo, comportamientos desadaptativos y una transformación de la identidad o una adherencia a los estereotipos; que resultan de una vivencia individualizada acerca de la propia experiencia de percepción o de la anticipación de reacciones sociales negativas derivadas de su enfermedad mental”* (Livingston et al., 2010). Este estigma tiene un fuerte impacto en la calidad de vida, el desempeño personal y la capacidad de recuperación de personas con diagnóstico de trastorno mental (Yanos, Lucksted, Drapalski, Roe y Lysaker, 2015). Como se ha visto, en el trabajo de Fox, et al. (2018) (ver figura 2) la investigación parece haber puesto de manifiesto que los mecanismos más relevantes a través de los que se experimenta el estigma de los trastornos mentales son: el estigma experimentado (padecer prejuicios, estereotipos y discriminación por parte de los demás), el estigma anticipado (hasta qué punto la persona espera ser víctima de estereotipos, prejuicios o discriminación en el futuro), y el estigma internalizado (la aplicación de los estereotipos negativos y prejuicios a la propia persona). Estos procesos tienen consecuencias negativas para esta población. El estigma experimentado y anticipado han mostrado ser estresores, que generan respuestas psicológicas y fisiológicas al estrés, causando un impacto dañino en la salud mental y física (Link y Phelan, 2006). Del mismo modo el estigma internalizado está asociado a la depresión, menor autoestima y un empeoramiento de los síntomas (Boyd, Adler, Otilingam y Peters, 2014). Aunque la mayoría de la investigación se

ha realizado con personas con trastornos mentales graves, no resulta difícil pensar en la generalización a otros grupos estigmatizados.

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

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

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

2.3. Principales modelos teóricos

La prevalencia del estigma, presente en todas las sociedades occidentales y su resistencia a desaparecer, sugiere que la estigmatización puede cumplir alguna función importante para las personas que la llevan a cabo, para su grupo o su sociedad (Crocker Major y Steele, 1998). Entre estas funciones del estigma cabe destacar, por un lado, su función simplificadora y agilizadora, facilitando la percepción de los acontecimientos que nos rodean. Como expone **la teoría de la categorización social**, para incrementar nuestra capacidad de predicción y control ante las situaciones diarias resulta necesario construir principios generales que las caractericen para poder hipotetizar y decidir sobre ellas más rápidamente (Tajfel y Turner, 1986). Esto también se aplica a las situaciones sociales, al permitir reconocer rápidamente a grupos e individuos potencialmente peligrosos para el bienestar, los valores o para la propia vida, disminuyendo así la ansiedad e incrementando la sensación de control. De este modo, pueden desarrollarse conductas de exclusión, evitación o marginación que podrían resultar protectoras en estas situaciones de potencial peligro (Dovidio, Major y Crocker, 2000). Además, así se preserva el status quo socioeconómico, los privilegios y beneficios del grupo dominante (Ashmore y Del Boca, 1981).

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

Por otro lado, entre las **teorías socio-cognitivas**, merece especial atención la propuesta sobre la construcción de la identidad social de Tajfel (1984). Según este autor, los tres procesos para la formación de la identidad social son la categorización social, la identificación y la comparación social. El primero trae como consecuencia la simplificación de la realidad, incrementando la semejanza intragrupal y maximizando la diferencia intergrupal. Durante el proceso de identificación los sujetos aumentan su percepción como miembros de un grupo, reforzando esto su sentido de pertenencia y asociando su propia autoestima a dicha pertenencia. Finalmente, con la comparación social, el exogrupo es comparado con el endogrupo (de pertenencia); con el objetivo de mantener una autoestima positiva, el exogrupo será visto como diferente y peor. Esto explicaría actitudes de rechazo y discriminación hacia los grupos diferentes y, en este caso, estigmatizados.

En relación con el **estigma internalizado**, distintos autores han identificado las **etapas del**

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



Figura 3. Modelo explicativo del estigma internalizado (Corrigan y Watson, 2002b).

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

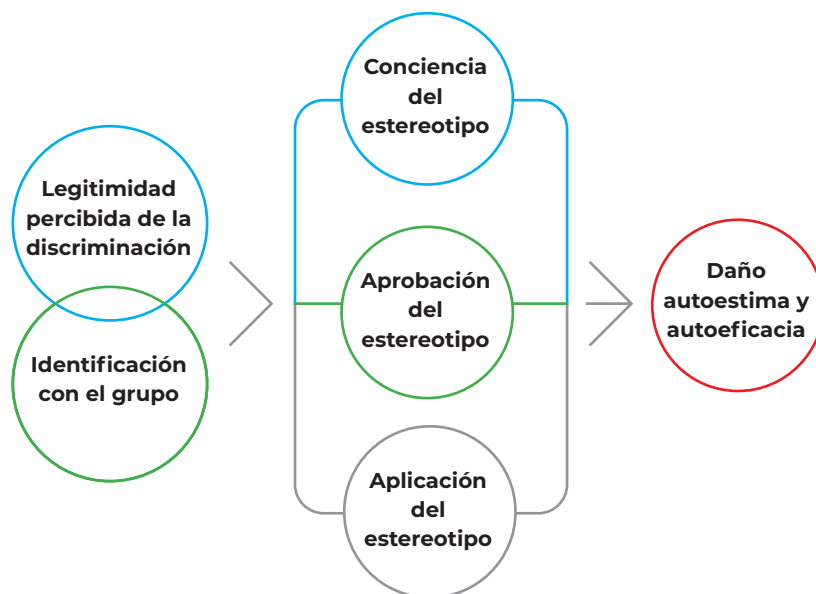
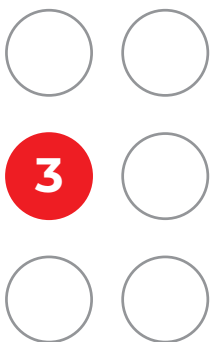


Figura 4. Reformulación del modelo explicativo de estigma internalizado (Watson, Corrigan, Larson y Sells, 2007 recuperado de González, 2020).

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



METODOLOGÍA

En el diseño del estudio para la elaboración de la escala de indicadores de buenas prácticas en la lucha contra el estigma se ha seguido una perspectiva integral al incluir distintos tipos de información relevante: la evidencia acumulada por la investigación nacional e internacional relativa a los indicadores de buenas prácticas y la eficacia de las acciones de lucha contra el estigma ha sido complementada con el punto de vista de los usuarios, sus familiares y profesionales aportados por los trabajos incluidos en la tesis doctoral de Sara González (Director: Manuel Muñoz; González, 2020) y los datos disponibles sobre la población general aportados por el estudio Estigmatismo (Martín y Ahaoual, 2019). De este modo, la investigación se organiza de acuerdo al esquema que se presenta en la figura 3.1.



Figura 3.1: Diseño metodológico del estudio de indicadores de buenas prácticas.

3.1. Revisión de propuestas de indicadores de buenas prácticas

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

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

En paralelo a lo anterior, se procede a revisar la literatura científica sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas y sociales contra el estigma. Se revisa la evidencia acumulada de las intervenciones eficaces para reducir el estigma social, el estigma internalizado, el estigma de los profesionales, las aportaciones de las nuevas tecnologías a la lucha contra el estigma. La revisión se completa con las opiniones de la población general incluidas en el estudio Estigmatismo (Martín y Ahaoual, 2019) y las de las personas con trastornos mentales, sus familiares y los profesionales identificadas por González (2020).

3.2.1. Eficacia de intervenciones contra el estigma social e internalizado

Se realiza una revisión de fuentes bibliográficas relacionadas con las intervenciones eficaces para la reducción del estigma. Concretamente, se consultan las revisiones sistemáticas y meta-análisis más recientes sobre la eficacia de las intervenciones contra el estigma, tanto social como internalizado. Para ello, se lleva a cabo una búsqueda de los siguientes términos: stigma AND mental illness, self-stigma AND mental illness, stigma AND intervention, stigma intervention AND mental illness, mental illness stigma intervention AND family, mental illness stigma intervention AND professionals; en las bases de datos bibliográficas PubMed, Medline, ProQuest, PsychArticles y Google Scholar. Se tienen en cuenta las publicaciones desde el año 2010 hasta el 2020. Se seleccionan las siguientes revisiones sistemáticas y meta-análisis, que identifican variables clave para reducir el estigma: Corrigan Morris, Michaels, Rafacz y Rüsche (2012), Mehta et al. (2015), Yanos et al. (2015), Thornicroft et al. (2016), Gronholm, Henderson, Deb y Thornicroft (2017), González y Muñoz (2020), Alonso, Guillén y Muñoz (2019), Catthoor et al. (2020) y se completa la búsqueda con los estudios más recientes hasta la actualidad. Además, se consulta a profesionales y académicos expertos en el área de la atención a la diversidad y la exclusión social y de la innovación en actividades y programas psicoeducativos relacionados con el arte.

3.2.2. Estrategias con profesionales

Una de las fuentes de estigmatización para las personas con diagnósticos psiquiátricos son las propias personas que trabajan con este colectivo. Por este motivo, es necesario conocer la eficacia de las intervenciones enfocadas a reducir el estigma en profesionales. Para ello, se consulta la revisión sistemática llevada a cabo por Gómez-Heredia y Muñoz (2020, TFM no publicado). En esta revisión se analizan 22 estudios, en los cuales aparecen profesionales con diferencias en cuanto al perfil profesional, el ámbito de trabajo, la experiencia, el contacto y el tipo de población con la que trabajan.

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

Para conocer la eficacia y el modo de empleo adecuado de las tecnologías de la información y la comunicación se consulta la revisión sistemática de Gómez-Merino y Muñoz (2020, TFM no publicado). En ella se analizan 21 publicaciones en las que se utilizan dispositivos de telecomunicación como la realidad virtual, realidad aumentada, vídeos, podcast, programas web y videojuegos formativos, con el objetivo de conocer los beneficios y limitaciones de las TICs en la reducción del estigma y establecer cuál es la alternativa más efectiva.

3.2.4. Estudio de población general

Además, se revisa el estudio Estigmatismo, elaborado en el marco de Grupo 5 (Martín y Ahaoual, 2019). En este estudio, que cuenta con encuestas a 1.714 participantes, se analiza el estigma social de la población española hacia personas con trastorno mental, personas sin hogar, mayores y personas con daño cerebral adquirido. Los resultados muestran el efecto del grado de familiaridad en el nivel de estigmatización, así como las diferencias en actitudes estigmatizadoras en relación a la proximidad a un centro de atención social para cada colectivo. Con estos datos se puede valorar mejor el impacto del estigma comunitario y el papel que juegan los centros de atención social en él.

3.2.5. Estudio cualitativo

A la hora de identificar las variables que pudieran estar influyendo en la eficacia de las intervenciones para disminuir el estigma internalizado es muy relevante tener en cuenta la opinión de las personas expertas en primera persona, personas con trastorno mental grave (TMG), y la de los profesionales que abordan directamente este tipo de intervenciones en su práctica cotidiana. El trabajo de González (2020) supone una aproximación cualitativa al estudio de las variables que influyen en la eficacia de los programas de lucha contra el estigma internalizado. González (2020) lleva a cabo dos estudios. El primero está dirigido a profesionales que constituyen un panel de expertos, y en él se aplica la metodología Delphi. Y en el segundo, se desarrollan grupos de discusión de personas que tienen un TMG y se encuentran empoderadas ante el estigma al presentar bajos niveles del mismo. Se completa el trabajo con entrevistas individuales a personas que, aunque también presentan un TMG tienen elevados niveles de este. Todo el trabajo se desarrolla en la Red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid.

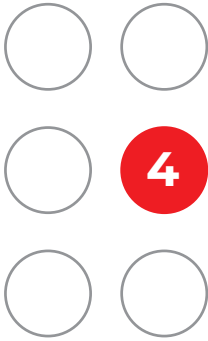
3.3. Elaboración de la Escala de buenas prácticas contra el estigma Grupo 5 - UCM

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

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

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

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



PRINCIPALES PROPUESTAS DE INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS

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

Un caso especialmente relevante es el del Proyecto de buenas prácticas de enfermería y salud mental: erradicación del estigma del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Sampietro, 2014), el cual es uno de los escasos ejemplos de guías de buenas prácticas centrados principalmente en la lucha contra el estigma de los trastornos mentales. En la tabla 4.1. se han incluido las clasificaciones de indicadores consideradas de mayor interés y se han ordenado en función de las concordancias observadas entre ellas.

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

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

Tabla 4.1. Resumen de indicadores de buenas prácticas.

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

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

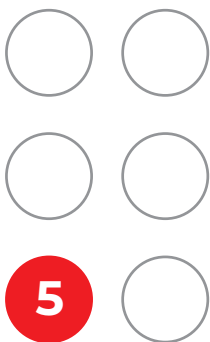
Hasta aquí los indicadores podrían considerarse comunes a los distintos tipos de buenas prácticas que pudieran generarse en la intervención psicológica y/o social. Sin embargo, debe recordarse el carácter específico del presente trabajo, la lucha contra el estigma. Teniendo esto en cuenta, es obligado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

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

INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS CONTRA EL ESTIGMA

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

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



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

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

5.1. Metodología: calidad, replicabilidad y transferibilidad

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

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

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

5.1.1. Diseño y método científico

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

La aplicación de la metodología científica a ámbitos sociales es compleja y precisa de una formación específica. De forma muy esquemática se puede decir que cualquier práctica que pretenda contar con una calidad metodológica, ser replicable y transferible, debería contar, al menos, con los siguientes apartados: **evaluación de las necesidades** del colectivo con el que se va a intervenir, para ello, además de la información obtenida de la bibliografía existente y del juicio de los profesionales, es recomendable contar con la experiencia en primera persona del colectivo con el que se va a intervenir; **establecer objetivos** en términos operativos, por lo menos un objetivo general (ej. reducir el estigma internalizado de las personas con trastorno mental que acuden a un centro de día) y uno específico (ej. que las personas que participan en la intervención muestren una menor aceptación de los estereotipos sobre el trastorno mental y una mayor autoestima); dividir a participantes por lo menos en dos **grupos**, uno experimental (al que se le aplica la intervención) y uno control o placebo (al que no se le aplica la nueva intervención y sirve para comparar la eficacia de la misma); **evaluación de resultados**, para lo que habrá que medir las variables que se pretenden modificar (ej. estigma) antes y después de la intervención; **seguimiento** posterior de los resultados; y **publicación** de los resultados y la evaluación.

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

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

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

5.1.2. Evaluación de necesidades

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

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

5.1.3. Evaluación de resultados

Se puede decir que toda intervención busca unos resultados determinados. Por ello, independientemente de otros tipos de valoraciones, el análisis de los efectos de la acción, de su impacto en la población meta, es uno de los tipos de evaluación clave (Muñoz, Panadero y Rodríguez, 2010b). Este tipo de evaluación supone la comprobación empírica de que el programa ha causado los cambios previstos, en la dirección deseada y con la intensidad adecuada. Además, este tipo de evaluación no debe centrarse tan solo en los resultados inmediatos, sino también debe considerar los resultados a medio y largo plazo. Es decir, habrá que evaluar los resultados próximos (inmediatos) de la acción (por ejemplo, dis-

minución de pensamientos y comportamientos estigmatizantes) y sus resultados más a medio y largo plazo (de generalización, por ejemplo, al reducirse el estigma, aumenta el bienestar y la red social). Esto quiere decir que en las intervenciones anti-estigma, habrá que evaluar el estigma y valorar su reducción, pero también habrá que medir los cambios en el bienestar de la persona, su funcionamiento psicosocial o su salud y calidad de vida.

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

5.1.4. Publicación de la práctica

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

5.2. Eficacia

Al hablar del cambio que producen las prácticas en las personas, grupos o sociedades implicadas es necesario hacer una breve aclaración terminológica entre los conceptos de eficacia, efectividad y eficiencia. La **eficacia** consiste en la capacidad de alcanzar un objetivo fijado en condiciones ideales (generalmente de laboratorio o investigación); mientras que la **efectividad** se refiere al cambio que se consigue al aplicar estrategias eficaces en situaciones naturales (centros sociales, sanitarios, etc.), tomando en cuenta no sólo los efectos

deseados sino también, los posibles efectos no planificados; finalmente, **eficiencia** es la relación existente entre los recursos invertidos en una acción y los resultados conseguidos (Muñoz, Panadero y Rodríguez, 2010b). Existen técnicas de intervención que han demostrado una gran eficacia en el laboratorio, pero que su traslado a la práctica real es complejo y las puede hacer poco efectivas. Igualmente, existen estrategias efectivas, pero que suponen altos costes económicos o humanos. En el caso ideal, se trataría de buscar estrategias que hayan demostrado su eficacia en la investigación básica, para luego aplicarlas potenciando su efectividad en medios naturales-sociales de aplicación; y hacerlo con una perspectiva económica que garantice su eficiencia y sostenibilidad. Es decir, una práctica efectiva y eficiente ha de lograr el objetivo establecido de forma demostrable, optimizando los recursos necesarios para su implementación. Los estudios de buenas prácticas son una estrategia muy adecuada para facilitar el traslado de la investigación de laboratorio (eficaz) a la práctica real (efectividad) de manera económicamente sostenible (eficiencia).

5.2.1. Los estudios de evidencia

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

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

En paralelo, en Gran Bretaña se ha desarrollado uno de los proyectos más ambiciosos que persiguen conseguir el rigor científico en las intervenciones psicológicas y de salud. Se trata del proyecto desarrollado por el NICE (Baker y Kleijnen, 2000), que se ha centrado en la redacción de guías de intervención que revisan la eficacia de las distintas intervenciones.

Hasta el momento no se dispone de una guía NICE sobre el estigma que pueda ayudar en este ámbito. Por otra parte, los criterios empleados han sido descritos anteriormente y considerados en la revisión realizada para la definición de los criterios en el presente documento.

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

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

La inmensa mayoría de los estudios incluidos en las revisiones mencionadas hasta ahora hacen hincapié en la **eficacia**. Se trata de estudios de laboratorio, con condiciones muy elevadas de control experimental, etc., pero no abordan en igual medida la complejidad del traslado de esa evidencia a la práctica en ámbitos sociales. Para ello hacen falta estudios de **efectividad** que valoren la eficacia conseguida por las técnicas en su aplicación cotidiana en condiciones no tan ideales como las del laboratorio (por ejemplo, clientes que no asisten a consulta, instrucciones que no se ajustan a la persona, profesionales no entrenados o motivados suficientemente, etc.). Aunque la APA y otras instituciones insisten en la necesidad de realizarlos, los estudios de efectividad son todavía escasos. Los

informes de buenas prácticas realizados con metodología y calidad exigente pueden ser un instrumento muy adecuado para llevar a cabo este traslado de la evidencia desde el laboratorio a la realidad social. Como puede deducirse, la aplicación de cualquier estrategia culminará con un estudio de su **eficiencia** en términos económicos como se verá más adelante en el capítulo de sostenibilidad económica.

5.2.2. Eficacia de intervenciones contra el estigma social

En el caso de las intervenciones para reducir el estigma social o público hacia las personas con trastorno mental se cuenta con la excelente revisión de evidencia realizada por Corrigan et al. (2012). Corrigan revisa 72 estudios con más de 38.000 participantes en 14 países. Las principales conclusiones identifican intervenciones moderadamente positivas con tamaños del efecto que oscilan entre 0,10 y 0,70. Los autores agrupan las estrategias empleadas que han demostrado cierta eficacia en tres categorías: estrategias basadas en el contacto, estrategias basadas en la educación y las campañas de protesta o de activismo social o político (Corrigan et al., 2012).

- Se entiende por intervenciones basadas en el **contacto**, aquellas en las que se produzca una interacción entre personas con y sin diagnóstico de trastorno mental, diferenciándose entre contacto directo (interacción presencial) e indirecto (interacción a través de otros soportes, mayoritariamente tecnológicos). Para que las intervenciones basadas en el contacto sean beneficiosas, este debe producirse entre dos grupos que tengan el *mismo estatus* durante la intervención y que *compartan un objetivo*. Además, deberían tener la oportunidad de *llegar a conocerse* durante la interacción, debe servir para desmentir estereotipos negativos y tiene que incluir una *cooperación activa* y una *estructura orientativa* (Gronholm et al., 2017).
- Por otro lado, las estrategias de **educación** consisten en desmontar aquellos estereotipos no fundamentados acerca de la enfermedad mental, reemplazándolos por información factual. Algunas de las diferentes estrategias que pueden clasificarse dentro de esta categoría serían anuncios, libros, flyers, películas o vídeos; siendo algunas de sus ventajas su bajo coste y amplio alcance (Corrigan et al., 2012). Para que los programas de educación basada en el contacto provoquen un cambio actitudinal deben tener en cuenta lo siguiente: el contacto social debe incluir el *testimonio personal* de alguien que haya tenido la experiencia del trastorno mental, *múltiples formas o puntos de contacto social*, centrarse en el cambio del comportamiento *enseñando habilidades* para que sepan qué decir y cómo actuar, *desmontar mitos*, la persona que guía el programa debe tener un *enfoque centrado en la persona* (en lugar de la patología), y se debe enfatizar la *recuperación* como una parte elemental del mensaje (Gronholm et al., 2017).
- Por último, las **campañas y el activismo** destacan las injusticias generadas por el estigma (Corrigan et al., 2012). Algunas campañas de sensibilización pública recientes han mostrado una mejora en las actitudes hacia personas con trastorno mental (Thorncroft et al., 2016). Un magnífico ejemplo son los trabajos de evaluación de eficacia realizados alrededor de la campaña England Time to Change que han mostrado cambios de hasta un 5% en un año en algunas de sus actuaciones (Henderson et al., 2012). Sin embargo,

este cambio actitudinal ha sido pequeño o moderado y han mostrado ser más eficaces en mujeres. Puede destacarse cómo algunas de las acciones de activismo pueden llegar a ser muy eficaces para modificar el estigma estructural en forma de políticas, iniciativas parlamentarias, acciones sindicales, etc.

Al comparar la eficacia-efectividad (muchas de las campañas y acciones sociales se evalúan en su ámbito social de aplicación y, por tanto, es muy difícil distinguir entre eficacia y efectividad en el sentido que se ha comentado más arriba) de las acciones mencionadas se encuentra que, al menos a corto plazo, tanto las intervenciones educativas como las basadas en el contacto aumentan el conocimiento sobre salud mental y mejoran las actitudes, sin que ninguna de las dos muestre una clara ventaja sobre la otra (Cathoor et al., 2020). No obstante, hay estudios que indican una ligera ventaja de las intervenciones basadas en contacto en la población adulta y de la educación en población adolescente (Corrigan et al., 2012). No obstante, es necesario tener en cuenta que no se conocen los efectos en el comportamiento real de las personas que participan en estas intervenciones, ni los efectos de las mismas a largo plazo dada la escasez de estudios de seguimiento más allá de unos meses (Mehta et al., 2015; Thornicroft et al., 2016).

En cuanto a las intervenciones en **grupos específicos** de la población se encuentran dos grupos de especial relevancia por su cercanía y contacto con las personas estigmatizadas, son los grupos de **profesionales** y la **familia**. Las intervenciones con profesionales se detallan en el punto 5.2.5. Por otro lado, en cuanto a las intervenciones dirigidas a reducir el estigma social en familiares, no se han encontrado meta-análisis que evalúen su eficacia, pero sí se han encontrado algunos ejemplos específicos de las mismas. Un estudio realizado por Shrivastava, Johnston, De Sousa, Sonavane y Shah (2014) muestra la opinión de los familiares con respecto a las intervenciones contra el estigma, que consideran deben seguir dos tipos de estrategias. Por un lado, resaltan que el estigma proviene del desconocimiento y las actitudes negativas de la sociedad y las propias familias, por lo que *mejorar la opinión pública* sobre los trastornos mentales es considerado un factor esencial. No obstante, añaden la necesidad de *mejorar el tratamiento clínico*, por ejemplo, facilitando el acceso al mismo, mejorando los programas de prevención y la detección temprana, puesto que consideran que la sintomatología puede ser un factor de estigma social. Recientemente, Shamsaei, Nazari y Sadeghian (2018) mostraron la eficacia de una intervención para reducir el estigma en familiares. Esta consistía en cuatro sesiones educativas llevadas a cabo en grupos pequeños. En la primera sesión, se explicó en qué consistía la intervención, se enseñaron algunos elementos básicos de salud psicológica y se pidió a las personas que participaban que compartieran alguna experiencia relacionada con el estigma, en caso de tenerla. En la segunda sesión, se dio información sobre los trastornos mentales, sus causas, tratamientos y cómo cuidar de personas con trastorno mental. En la tercera sesión, se proporcionó información sobre los roles de la familia en el cuidado de las personas con trastorno mental. Por último, en la cuarta sesión, se habló de cómo reconocer el estigma y se enseñaron habilidades para manejarlo. Los resultados muestran una reducción del estigma tras la intervención.

5.2.3. Eficacia de las intervenciones contra el estigma internalizado

Los estudios centrados en investigar el estigma internalizado asociado con la enfermedad mental son numerosos y han ido aumentando en los últimos años. Cuando se analizan las principales revisiones y los estudios de evidencia relacionados con el estigma internalizado se encuentran distintas categorías de trabajos: los centrados en la identificación de variables relacionadas con el estigma internalizado que ofrecen indicaciones respecto a las variables a incluir en las buenas prácticas; y los estudios centrados en contrastar directamente la eficacia de las intervenciones en el estigma internalizado.

Existen diferentes revisiones y meta-análisis que han incluido los principales estudios realizados en el campo del **estigma internalizado asociado a la enfermedad mental** y que identifican las principales relaciones de este con las variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales (Curcio y Corboy, 2020; Gerlinger et al., 2013; Livingston y Boyd, 2010; Del Rosal et al., 2020). Tomando los estudios en conjunto, en general es posible afirmar que el estigma internalizado tiene importantes relaciones con las variables **psicosociales**, como la autoestima, la calidad de vida o las que se refieren al funcionamiento social de la persona. Por otro lado, en relación con las variables **clínicas**, se destacan las relaciones del estigma internalizado con la gravedad de los síntomas, y es posible afirmar que los casos más graves tienen una tendencia a presentar un mayor estigma internalizado. Finalmente, en las variables **sociodemográficas**, las más estudiadas han sido el género, la edad, la educación y el estado ocupacional, aunque la mayoría ha mostrado relaciones complejas y poco consistentes con el estigma internalizado a lo largo del tiempo. De hecho, los principales resultados sugieren que estas variables no parecen ser clave para explicar tanto la aparición del estigma internalizado como sus consecuencias.

La importancia que se otorga al estigma internalizado en los últimos años ha determinado que se haya puesto en marcha un número importante de trabajos sobre las **intervenciones eficaces para reducir el estigma internalizado** en poblaciones de personas con trastornos mentales de distinta gravedad. Se han publicado varios estudios meta-analíticos y revisiones sistemáticas que recogen un extenso conjunto de trabajos que cumplen con este objetivo (Griffiths, Carron-Arthu, Parsons y Reid, 2014; Mittal, Sullivan, Chekuri, Allee y Corrigan, 2012; Wood, Byrne, Varese y Morrison, 2016; González, 2020; Yanos, Lucksted, Drapalski, Roe y Lysaker, 2015). En la mayoría de los casos los resultados son moderadamente positivos, con tamaños del efecto de entre 0,30 y 0,50. En una de las revisiones más recientes y completas (González, 2020) se muestra que un 58% de los trabajos encuentran una mejora en el estigma (o en alguna de sus dimensiones). El resto de los programas revisados no consiguen ningún efecto en la reducción del estigma internalizado, aunque sí lo hagan en otras variables (autoestima, sintomatología, etc.) (Fung, Tsang y Cheung, 2011; McCay et al., 2007; Knight, Wykes y Hayward, 2006). En esa misma línea se muestra el meta-análisis de Butcher y Messer (2017) que encuentran tamaños del efecto que varían entre 0,0 (por ejemplo, cambios en estigma percibido o autoestima) y 4,47 (por ejemplo, cambios en calidad de vida). Los autores concluyen que en el momento de su revisión la evidencia es insuficiente para avanzar conclusiones definitivas. De forma más específica, González (2020) revisa los principales **ensayos controlados aleatorizados** que suponen,

como se ha visto anteriormente, el máximo nivel de evidencia. En dicha revisión se identifican 5 programas con eficacia demostrada, al que habría que añadir el propio programa de González, González-Sanguino y Muñoz (2019).

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

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

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

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

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

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

Antistigma Photovoice (Russinova et al., 2014)

Se trata de un programa de 10 sesiones aplicado por pares, por personas con problemas de salud mental. En este programa se utilizan estrategias de psicoeducación sobre el estigma y ejercicios vivenciales diseñados para reducir los estereotipos sobre los trastornos

mentales. En cuanto a los resultados, demuestra eficacia en la reducción del estigma internalizado total y mejoría en la dimensión cognitiva del estigma internalizado, evaluada por la subescala de adherencia al estereotipo de la *Escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental* (ISM1) (Ritsher et al., 2003).

Programa de Psicoeducación de Cuharar y Cam (2014)

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

Programa de Psicoeducación de Shin y Lukens, 2002

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

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

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

- **Primer bloque.** Equivale a la primera sesión y pretende aumentar los **conocimientos** de los/las participantes sobre conceptos relacionados con el estigma asociado a los trastornos mentales graves mediante el empleo de **estrategias psicoeducativas**.
- **Segundo bloque.** Está compuesto por la 2ª y 3ª sesión y tiene como objetivo cuestionar y **modificar las creencias disfuncionales y distorsionadas** que presenta la persona, tanto aquellas que corresponden a estereotipos sobre los TMGs como aquellas otras más personales que reflejan necesidad de aprobación o perfeccionismo. Se apoya en el uso de la **reestructuración cognitiva**.
- **Tercer bloque.** Complementa mediante una sola sesión al segundo bloque. Para ello usa estrategias derivadas de la **Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)**, tales como la **defusión cognitiva, el uso de metáforas y el mindfulness**, con el propósito de que la persona aprenda a relacionarse desde la aceptación y el distanciamiento con aquellos pensamientos negativos resistentes a la reestructuración cognitiva, bien por su carácter de realidad o de recurrencia.

- **Cuarto bloque.** Igualmente está formado por una sola sesión y tiene como objetivo específico **aumentar la autoestima, la autoeficacia e identificar metas vitales personales** que guíen el desempeño de roles valiosos y significativos lejanos al rol de enfermo.
- **Quinto bloque.** Es el bloque más largo y está compuesto por 3 sesiones. Pretende que las personas aumenten su **percepción de autoeficacia** a la hora de enfrentarse a situaciones estigmatizantes. Para ello se entrena en **estrategias de afrontamiento** adaptativas ante situaciones sociales estigmatizantes. Entre estas estrategias se da especial énfasis a la estrategia de dar a conocer el propio trastorno mental, para cuyo entrenamiento se dedica una sesión completa, que se basa en una adaptación del programa Honest, Open, Proud de Corrigan (Corrigan et al., 2015). Esta sesión es liderada, como en el programa original, por un par que actúa como facilitador de esta, y se centra en valorar las ventajas e inconvenientes de revelar, o no, el propio trastorno mental. Además en ella se emplean técnicas derivadas de la **terapia narrativa**, que tratan de propiciar que cada participante pueda narrar su propia historia de recuperación para, en el caso de considerarlo, poder apoyarse en ella a la hora de revelar su propio trastorno mental a los demás.
- **Sexto bloque.** Se corresponde con la última sesión del programa y tiene como objetivo el **mantenimiento de los logros, la prevención de recaídas y la generalización de los resultados**.

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

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

1. **Psicoeducación e información** para desmontar mitos acerca de la enfermedad mental, siendo común a todas las investigaciones revisadas. El desarrollo de un pensamiento crítico constituye una herramienta necesaria para poder rechazar en lugar de internalizar aquellas ideas, emociones y pensamientos que pueden ser atribuidos a una persona a través del estigma social. Intervenciones como Healthy Self-Concept (Autoconcepto saludable) (MacCay et al., 2006), una intervención grupal con participantes que habían tenido de manera reciente su primer episodio psicótico, en la cual, durante 12 sesiones, los participantes participaban en grupos de discusión con el objetivo de desarrollar una interpretación personal de aceptación de la experiencia con la enfermedad y minimizar las actitudes de autoestigma. Cada tema, que estaba apoyado por

el folleto, se discutía en dos sesiones. Durante esta intervención, la información y psicoeducación no eran presentadas de manera explícita. Los participantes contaban con folleto con información correspondiente a cada tema que revisaban y discutían durante dos sesiones en dos semanas consecutivas.

- 2. Técnicas cognitivas** que favorezcan el aprendizaje de habilidades para identificar y combatir los pensamientos autoestigmatizantes, estrategias esenciales en las investigaciones revisadas. Estas estrategias pueden formar parte de las intervenciones de manera explícita o pueden estar presentes implícitamente en actividades. El Programa de Reducción de Estigma Internalizado, creado por Fung y sus colaboradores en 2011, pone de relieve la importancia de la utilización de técnicas cognitivas. Esta intervención diseñada para modalidad grupal e individual tiene como objetivo desmontar los mitos y resistencias que los participantes puedan tener acerca de la participación en intervenciones psicosociales así como la reducción del estigma internalizado. En este programa se incluyen diferentes mecanismos, entre ellos la reestructuración cognitiva y la entrevista motivacional. Además de incluir dos primeras sesiones con grupos de psicoeducación e información, durante las cinco siguientes se dedican a la aplicación de estas dos técnicas, incluyendo la discusión sobre el estigma social e internalizado de manera aplicada, así como la identificación y eliminación de barreras cognitivas que puedan existir en relación con la recuperación y las estrategias para combatir el autoestigma.
- 3. Narración**, con el objetivo de favorecer la capacidad de darse cuenta y de elaborar un significado de aquellas experiencias pasadas, así como para fomentar que se identifiquen como agentes activos de su propia vida. En este sentido, la intervención diseñada por Yanos y sus colaboradores, Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (Mejora de la Narrativa y Terapia Cognitiva) o NECT (2011) hace especial hincapié en la capacidad de los participantes para reelaborar su forma de entender y expresar su experiencia en relación a sus experiencias pasadas y a su diagnóstico y en el impacto de estas circunstancias en su identidad. En esta intervención grupal de 30 sesiones, se incluyen 5 etapas. La primera de ellas se invita a los participantes a que se describan a sí mismos, y su experiencia con la enfermedad mental así como la interacción de estas dos facetas a lo largo del tiempo. Durante esta fase, se mantiene un tono flexible y reflexivo, muy acorde al enfoque constructivista de la intervención. Durante la segunda y la tercera fase se implementa psicoeducación y técnicas cognitivas respectivamente. En la cuarta fase, el núcleo de la intervención, se trabaja la mejora de la narrativa mediante ejercicios de relato de historias personales que los participantes llevan a cabo, invitándoles a reflexionar sobre ellas. El objetivo de esta etapa es ayudar a los participantes a construir un significado a partir de sus experiencias y desarrollar narraciones que son personalmente significativas, comprensibles para los demás y libres de autoestigmatización. Se favorece el feedback constructivo de otros participantes.
- 4. Toma de decisiones** así como herramientas que eliciten sentimientos como esperanza, empoderamiento y motivación hacia la actuación y consecución de sus objetivos, de acuerdo con sus valores personales. Intervenciones como la llevada a cabo por Rus-

sinova y colaboradores (2014) podrían ser un ejemplo. En su intervención, Anti-Stigma Photovoice Intervention proponen a los participantes que se tomen fotos y graben vídeos contando su experiencia en relación con su diagnóstico. La intervención comprendía 10 sesiones de intervención grupal, las cuales eran guiadas por otro igual (persona usuaria del recurso) entrenado en la intervención. Durante estas sesiones, además de aplicar otros mecanismos ya mencionados como la psicoeducación, técnicas cognitivas y ejercicios de narración, se entrenó a los participantes en el uso de estrategias de afrontamiento proactivo para manejar el estigma internalizado.

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

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

5.2.4. El punto de vista de las personas implicadas

De forma complementaria a la evidencia aportada por la investigación cuantitativa resulta de la máxima utilidad contar con el punto de vista de las propias personas implicadas en las acciones de lucha contra el estigma: las personas con trastornos mentales, sus familiares y los profesionales que les atienden. Aunque los estudios son muy escasos en este ámbito, en nuestro contexto se cuenta con los trabajos cualitativos llevados a cabo por González (2020). En ellos la autora organiza un panel de expertos profesionales en salud mental y estigma y grupos de discusión con personas con estigma relacionado con su enfermedad mental.

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

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

5.2.5. Estrategias con profesionales

Las estrategias enfocadas en reducir el estigma en profesionales de la salud son poco comunes y suelen basarse en la educación. Una reciente revisión sistemática muestra la persistencia del estigma hacia personas con trastorno mental en este colectivo, siendo los profesionales del ámbito de la salud mental, los que trabajan en centros comunitarios y los que tienen más años de experiencia, quienes presentan mejores actitudes, en comparación con el personal médico y de enfermería, de centros hospitalarios y con menor experiencia (Gómez-Heredia y Muñoz, 2020, TFM no publicado). En general, las intervenciones realizadas muestran mejoras en las actitudes, conocimiento sobre la salud mental y las intenciones de comportamiento. Además se ha comprobado que el contacto social en vídeo puede ser tan efectivo como en persona (Catthoor et al., 2020; Gronholm, Henderson, Deb y Thornicroft, 2017; Thornicroft et al., 2016). Asimismo, un estudio reciente que combina diferentes estrategias como son: tres talleres educativos basados en el contacto, campañas antiestigma con posters que promueven la autorreflexión para cambiar comportamientos estigmatizantes y talleres de arte basados en la recuperación, demostró una mejora de las actitudes a corto plazo, una mayor comprensión de los factores sociales que inciden en la salud mental, la importancia de las creencias culturales, el poder del lenguaje, etc. (Khenti, Bobbili y Sapag, 2019).

5.2.6. Eficacia de las estrategias culturales

No son muchos los trabajos que se han centrado en el estudio de las relaciones entre estigma y arte, sólo en los últimos años empieza a acumularse cierta evidencia respecto a las relaciones existentes entre arte y salud mental y, por extensión, entre arte y estigma. En el presente capítulo se siguen las indicaciones ofrecidas por los trabajos de Eloísa Pérez-Santos (Pérez-Santos, 2018; Pérez-Santos, 2019; Pérez-Santos, 2020). La autora nos indica que numerosas investigaciones han puesto de manifiesto que las actividades culturales, en general, y los museos en particular, son capaces de generar bienestar, satisfacción y, en último caso, salud. La fundación Wallace y la *RAND Corporation* publicaron un interesante estudio en 2004 (Wallace Foundation y RAND Corporation, 2004), donde se demostraban los beneficios acumulativos de la participación en actividades culturales en el contexto individual (madurez emocional, autorrealización, bienestar), pero también en el interpersonal (cohesión social, empatía, aumento de la red social) y el comunitario (compromiso, memoria compartida, tolerancia). En 2013, Chatterjee y Noble recopilaron, revisaron y analizaron cientos de proyectos, informes, publicaciones, etc., para averiguar si los museos realmente podían hacer a la gente más feliz y saludable, concluyendo que los museos benefician la salud y el bienestar, proporcionando experiencias sociales positivas que, entre otras consecuencias, reducen el aislamiento social, proporcionan oportuni-

des de aprendizaje y adquisición de nuevas habilidades, provocan experiencias relajantes que disminuyen la ansiedad y favorecen emociones positivas, como optimismo, esperanza y disfrute, aumentando la autoestima y el sentido de la identidad (Chatterjee y Noble, 2013). Fomentar la visita a los museos y apoyar la participación en actividades culturales puede ser una forma de luchar contra hábitos de comportamiento que perpetúan las situaciones de soledad, aislamiento social, desesperanza, desarraigo y baja autoestima, aunque ello requiera evaluaciones rigurosas de cómo se pueden conseguir estos objetivos a través de programas diseñados al efecto. El proyecto *Happy Museum Project*, liderado por 50 museos de Reino Unido, analiza desde 2011, cómo los museos pueden responder al desafío de crear un futuro más sostenible investigando el impacto del bienestar y la sostenibilidad en la resiliencia individual, organizativa y de la comunidad (Happy Museum Project, 2011). Estos museos se reúnen en torno a un programa dinámico de investigación-acción y aprendizaje de pares con apoyo, respaldado por un sistema de evaluación e investigación que utiliza la metodología LIFE (investigación a través de una sofisticada encuesta centrada en el aprendizaje, la interacción, los sentimientos y el cuidado ambiental) que se realiza antes y después de la actividad para identificar sus resultados.

Las investigaciones sobre la experiencia museística no sólo han confirmado que los museos son capaces de generar estos estados positivos de bienestar, sino que han demostrado que producen experiencias que contribuyen a la formación de nuestra identidad (Falk, 2009). El encuentro de las personas con las obras de arte y los objetos en los museos puede activar formas de introspección y reflexión creativa que favorece la conexión entre la identidad personal y la memoria (Kavanagh, 2000), lo que genera la aparición de la sensación de significación de lo vivido y el sentido de la trascendencia personal de la experiencia museística. Esta capacidad de los museos para fortalecer los procesos identitarios se ha venido relacionando con su valor terapéutico, su utilidad para la reconstrucción de la identidad y su potencial para generar empoderamiento en personas con discapacidad o con problemas de integración social y/o cultural. Por ello, una buena parte de las investigaciones y evaluaciones que se realizan hoy día en los museos tratan de estudiar las condiciones óptimas para favorecer la accesibilidad universal, la plena inclusión y la efectividad de las acciones encaminadas a ello (Hooper-Greenhill, Sandell, Moussouri y O'Riain, 2000). En 2013, la Asociación de Museos de Gran Bretaña lanzó la campaña *Museums Change Lives*, que alentó a los museos británicos a medir adecuadamente el impacto social positivo generado en sus comunidades (Museums Association, 2013). En definitiva, el arte resulta una herramienta eficaz para mejorar el bienestar general de las personas y sería interesante emplearlo como estrategia de reducción del estigma.

5.3. Sostenibilidad

Se considera una acción sostenible aquella que, sin la necesidad de un mayor esfuerzo económico, administrativo, técnico o social, pueda ser mantenida por la estructura que la desarrolla. Esta circunstancia permitirá a dicha estructura el establecimiento de objetivos a corto, medio y largo plazo, que no vean comprometida la calidad del desempeño de la

propia actividad por la falta de capacidad de mantener el servicio o la acción. La viabilidad de las prácticas, para ser consideradas como “buenas” a este respecto, ha de ser considerada en cuanto a su sostenibilidad en distintos niveles. Los niveles de sostenibilidad con mayor consenso son el económico, el medioambiental y el social. Para considerarse una buena práctica debería trabajarse en la interacción de los tres niveles o espacios de sostenibilidad de forma simultánea. Algunos autores añaden además algunos otros tipos de sostenibilidad como, por ejemplo, interna o técnica (Gradaille-Pernas y Caballo-Villar, 2016).

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

5.3.1. Sostenibilidad económica

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

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

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

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

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

5.3.2. Sostenibilidad medioambiental

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

5.3.3. Sostenibilidad social

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

5.4. Enfoque Ético

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

5.4.1. Aspectos legales y deontológicos

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

es muy recomendable que el proyecto sea aprobado por un comité ético antes de ser puesto en práctica.

5.4.2. Aspectos formales

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

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

5.5. Enfoque de género

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

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

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

En este caso, además, es necesario tener una perspectiva interseccional, puesto que no solamente se deben tener en cuenta las desigualdades de las participantes por ser mujeres, sino también por tener un diagnóstico de trastorno mental, y la interacción entre estas dos condiciones. Para lograrlo, se considera pertinente recurrir a guías específicas de enfoque de género, como la *Guía de salud mental con perspectiva de género* (Álamo, 2020) propuesta en el marco del Plan Municipal de Igualdad de Oportunidades III de Santa Cruz de Tenerife que puede servir como referencia a la hora de diseñar o valorar una práctica.

5.6. Enfoque inclusivo y participación

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

Una referencia en cuanto a **enfoque inclusivo** puede ser la de los enfoques de educación inclusiva en los que se lucha por romper las diferencias entre niños y niñas, a la vez que se consideran otras condiciones personales, sociales o culturales (OCDE, 1997; UNESCO, 2003). Generalizando a partir del enfoque de la UNESCO, la inclusión se ve como el proceso de identificar y responder a la diversidad de las necesidades de todas las personas implicadas a través de la mayor participación y reduciendo la exclusión. Esto implica

cambios y modificaciones en contenidos, aproximaciones, estructuras y estrategias, incluyendo a todas las personas, rompiendo las barreras sociales y el estigma ante distintas condiciones como el género (enfoque de género), la edad (edadismo), el origen cultural o étnico, la discapacidad u otros factores de exclusión social.

De forma paralela, podría definirse la **participación** como la implicación de diferentes agentes y estructuras en la creación, desarrollo, puesta en marcha y/o mantenimiento de la acción correspondiente y su impacto en la sociedad. A pesar de requerir un mayor esfuerzo de coordinación, la colaboración de diferentes colectivos (entidades, equipos, profesionales y ciudadanía) facilita el trabajo en red y la posibilidad de realizar un partenariado; que, además, promueva una mayor viabilidad a lo largo del tiempo como se indica en el apartado de Sostenibilidad. Del mismo modo la interacción de diversos agentes favorece la diversidad de ideas, la reflexión y la creatividad, que en definitiva se puede traducir en una mayor calidad (Gradaille-Pernas y Caballo-Villar, 2016). Asimismo, la implicación de la ciudadanía promueve un sentimiento de corresponsabilidad (CEPAIM, 2014). Como apuntan Gradaille-Pernas y Caballo-Villar (2016), podrían definirse distintos grados de implicación distinguiendo entre la mera presencia (comportamientos esencialmente receptivos), la activación (desarrollo y desarrollo de actividades concretas) y la participación (contribución directa o indirecta en la toma de decisiones y en desarrollo de las actividades). Remarcando la importancia de desarrollar acciones que impliquen la participación activa de las personas a las que se dirige, intentado lograr su empoderamiento, autonomía, independencia e individualidad.

5.6.1. Trabajo en red

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

5.6.2. Accesibilidad

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

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

5.6.3. Lenguaje inclusivo

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

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

5.6.4. Interseccionalidad

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

5.7. Impacto social

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

Tampoco se trata de intentar generar una difusión social desmedida que pudiera da lugar a otros problemas e, incluso, volverse en contra de la propia acción (por ejemplo, en el caso de la protesta social).

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

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

5.8. Innovación

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

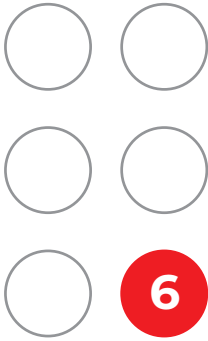
5.8.1. Tecnologías de la información y la comunicación en las acciones contra el estigma.

En una reciente revisión sistemática llevada a cabo por Gómez-Merino y Muñoz (2020, TFM no publicado) se analizan 21 estudios, en los que se realiza una intervención empleando las TICs para reducir el estigma. Los resultados varían mucho en función del tipo de tecnología utilizada. Contra lo que habitualmente se cree, las técnicas de **inmersión y de realidad virtual** presentan escasos resultados positivos. Es cierto que aumentan el conocimiento sobre salud mental y mejoran las actitudes, sin embargo, también provocan una mayor distancia social y discriminación, debido a un aumento en el miedo y la pena hacia este colectivo. Por lo tanto, hasta la fecha no han mostrado ser una herramienta suficiente para reducir el estigma. En relación con los **videojuegos formativos**, los resultados son

positivos tanto en el ámbito laboral como entre estudiantes universitarios y de instituto, indicando que el juego aumenta el conocimiento sobre salud mental, las puntuaciones respecto a autoeficacia y reduce las puntuaciones de estigma. En cuanto a los **programas web**, se han empleado principalmente en el ámbito organizacional, en el que se han encontrado diferencias significativas en la reducción del estigma y un mayor conocimiento respecto a los trastornos mentales, aunque solo se han encontrado dos publicaciones al respecto. Por último, los **vídeos** son por el momento los que muestran los mejores resultados. Se ha comprobado que vídeos cortos (2-3 minutos, los más largos no añaden eficacia) que muestren tanto la experiencia en primera persona de quien tiene un diagnóstico psiquiátrico como la de familiares o el círculo social más cercano son eficaces, manteniendo, incluso, los resultados en los seguimientos. Además, se ha observado que los vídeos, tanto de larga duración como breves, reducen el estigma.

5.8.2. Innovación transformadora

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



ESCALA DE BUENAS PRÁCTICAS CONTRA EL ESTIGMA

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

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

se ajuste a la escala y facilite, tanto su planificación, como su evaluación posterior.

Finalizado el proceso anterior, se redactan dos documentos:

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

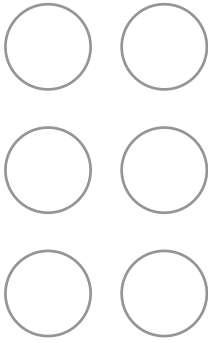
La escala que se muestra a continuación ha sido desarrollada con el doble objetivo de permitir la valoración de las prácticas contra el estigma en salud mental ya existentes, y servir de guía en la elaboración de futuras acciones.



CONCLUSIÓN Y LÍNEAS FUTURAS

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

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



REFERENCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., y Peters, T. (2014). **Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: A multinational review.** *Comprehensive Psychiatry*, 55, 221–231.
- Butcher, R.B. y Messer, M. (2017) **Interventions for reducing self-stigma in people with mental illnesses: a systematic review of randomized controlled trials.** *Ger Med Sci. Apr* 24;15-19.
- Catthoor, K. C. E. R., Sabbe, B. G. C., Dreesen, T., Janssen, F., Vandendriessche, F., Steegen, G., ... y Detraux, J. (2020). **Effectiveness of anti-stigma interventions regarding severe mental illness: A systematic literature review.** *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62(1), 37-46.
- CEPAIM (2014). **Catálogo de buenas prácticas en acción comunitaria intercultural.** Recuperado de: <http://cepaim.org/wp-content/uploads/2014/01/cat%C3%A1logo-de-buenas-pr%C3%A1cticas.pdf>
- Chamberlin, J. (2006). **Servicios dirigidos por usuarios.** En J. Read, L. R. Mosher y R. Bentall (Eds.), *Modelos de locura*. Barcelona: Herder Editorial.
- Chatterjee, H. y Noble, G. (2013). *Museums, Health and Wellbeing*. New York: Routledge.
- Corrigan, P. W., Kerr, A., y Knudsen, L. (2005). **The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change.** *Applied and Preventive Psychology*, 11, 179- 190.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., y Rüsck, N. (2012). **Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies.** *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973.
- Corrigan, P. W. y Rao, D. (2012). **On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change.** *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Wasowski, K. U., Campion, J., Mathisen, J., ... y Kubiak, M. A. (2000). **Stigmatizing attributions about mental illness.** *Journal of Community Psychology*, 28(1), 91-102.
- Corrigan, P. W., y Watson, A. C. (2002a). **Understanding the impact of stigma on people with mental illness.** *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Corrigan, P. W., y Watson, A. C. (2002b). **The paradox of self-stigma and mental illness.** *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.
- Corrigan, P.; Michaels, P.J., Vega, E., Gause, M., Watson, A.C. y Rüsck, N. (2012) **Self-stigma of mental illness scale—short form: Reliability and validity,** *Psychiatry Research*, 199: 65-69,
- Crenshaw, K. (1989). **Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics.** *University of Chicago Legal Forum*, 1989, 139-168.

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

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

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

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

Del Rosal, Muñoz, M.; González Sanguino, C. y Boyd, J. (2020) **Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A scoping review and meta-analysis from 2010**. *Stigma and Health*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., y Correll, C. U. (2013). **Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions.** *World Psychiatry*, 12(2), 155-164.
- Goffman, E. (1963) **Stigma: notes on the management of spoiled identity.** Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Gómez-Heredia, M. A., y Muñoz, M. (2020). **El estigma hacia la enfermedad mental entre los profesionales sanitarios: Una revisión sistemática** (Tesis de maestría no publicada). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Gómez-Merino, I., y Muñoz, M. (2020). **Nuevas tecnologías para la reducción del estigma: Revisión sistemática** (Tesis de maestría no publicada). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- González Domínguez, S. (2020). **Estigma y salud mental: estigma internalizado.** (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
- González-Domínguez, S. González-Sanguino, C y Muñoz, M. (2019) **Efficacy of a combined intervention program for the reduction of internalized stigma in people with severe mental illness.** *Schizophrenia Research*, <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.07.010>
- Gradaille-Pernas, R. y Caballo-Villar, M. B. (2016). **Las buenas prácticas como recurso para la acción comunitaria: Criterios de identificación y búsqueda.** *Contextos Educativos: Revista de Educación*, (19), 75-88.
- Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T., y Thornicroft, G. (2017). **Interventions to reduce discrimination and stigma: The state of the art.** *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(3), 249-258.
- Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., y Reid, R. (2014). **Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials.** *World psychiatry*, 13(2), 161-175.
- Hansson, L., Lexén, A., y Holmén, J. (2017). **The effectiveness of narrative enhancement and cognitive therapy: a randomized controlled study of a self-stigma intervention.** *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(11), 1415-1423. doi:10.1007/s00127-017-1385-x
- Happy Museum Project.** (2011). Recuperado de: <http://happymuseumproject.org/>
- Hebl, M. R., y Dovidio, J. F. (2005). **Promoting the "social" in the examination of social stigmas.** *Personality and Social Psychology Review*, 9(2), 156-182.

- Henderson, C.; Corker, E.; Lewis-Holmes, E.; Hamilton, S.; Flach, C.; Rose, D. Williams, P. Pinfold, V y Thornicroft, G. (2012) **England's time to change antistigma campaign: one-year outcomes of service user-rated experiences of discrimination.** *Psychiatr Serv*, 63(5):451-57.
- Hooper-Greenhill, E., Sandell, R., Moussouri, T., y O'Riain, H. (2000). **Museums and social inclusion: The GLLAM report.** Leicester: Research Center for Museums and Galleries: University of Leicester.
- Kavanagh, G. (2000) **Dream Spaces: Memory and the Museum.** London: Leicester University Press.
- Khenti, A., Bobbili, S. J., y Sapag, J. C. (2019). **Evaluation of a pilot intervention to reduce mental health and addiction stigma in primary care settings.** *Journal of Community Health*, 44(6), 1204-1213.
- Knight, M. T. D., Wykes, T. y Hayward, P. (2006). **Group treatment of perceived stigma and self-esteem in schizophrenia: a waiting list trial of efficacy.** *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 4, 305-318.
- Link, B. G., y Phelan, J. C. (2001). **Conceptualizing stigma.** *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B. G., y Phelan, J. C. (2006). **Stigma and its public health implications.** *The Lancet*, 367, 528-529.
- Livingston, J. D., y Boyd, J. E. (2010). **Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and metaanalysis.** *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161.
- Lucksted, A., Drapalski, A., Calmes, C., Forbes, C., DeForge, B., y Boyd, J. (2011). **Ending self-stigma: Pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses.** *Psychiatric rehabilitation journal*, 35(1), 51.
- Margalit, A. (1997) **La sociedad decente.** Madrid: Paidós.
- Martín, E., y Ahaoual, S. (2019). **Estigmatismo.** Madrid, España. Recuperado de: <https://www.contraelestigma.com/resource/proyecto-estigmatismo-material/>
- McCall, L. (2005). **The complexity of intersectionality.** *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 30(3), 1771-1800.
- McCay, E., Beanlands, H., Zipursky, R., Roy, P., Leszcz, M., Landeen, J., Ryan, K., Conrad, G., Romano, D., Francis, D., Hunt, J., Costantini, L. y Chan, E. (2007). **A randomised controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatisation in first episode schizophrenia.** *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 6(3), 1-9.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ottati, V., Bodenhausen, G. V., y Newman, L. S. (2005). **Social psychological models of mental illness stigma.** In P. W. Corrigan (Ed.), *On the Stigma of Mental Illness* (pp. 99-128). Washington D.C.: American Psychological Association.

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

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

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

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

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

Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Mashlach-Eizenberg, M., Derhy, O., Lysaker, P. H., y Yanos, P. (2014). **Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT) Effectiveness: A Quasi-Experimental Study**. *Journal of Clinical Psychology*, 70(4), 303–312. doi:10.1002/jclp.22050

Sampietro, H. M. (2014). **Proyecto buenas prácticas de enfermería y salud mental: Erradicación del estigma**. Recuperado de: <https://www.academia.cat/files/425-8231-DOCUMENT/buenaspracticass.pdf>

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

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

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

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

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

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

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

Twenge, J. M., Catanese, K. R., y Baumeister, R. F. (2003). **Social exclusion and the deconstructed state: Time perception, meaninglessness, lethargy, lack of emotion, and self-awareness.** *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(3), 409-423.

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

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

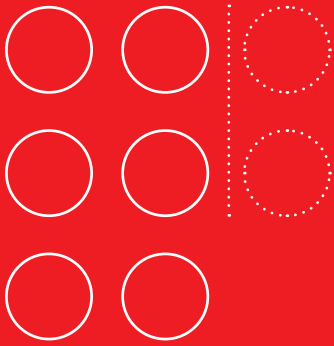
Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E. y Sells, M. (2007). **Self-stigma in people with mental illness.** *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318.

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

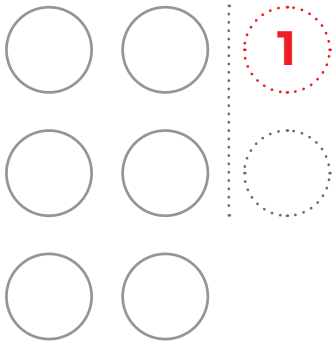
Wood, L., Byrne, R., Varese, F., y Morrison, A. P. (2016). **Psychosocial interventions for internalised stigma in people with a schizophrenia-spectrum diagnosis: A systematic narrative synthesis and meta-analysis.** *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 291-303.

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

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



ANEXOS



ANEXO 1

ESCALA DE BUENAS PRÁCTICAS CONTRA EL ESTIGMA GRUPO 5 - UCM

Cátedra UCM - Grupo 5 Contra el Estigma

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

1. METODOLOGÍA

1.1. EVALUACIÓN DE NECESIDADES

(0) No se considera

(1)

La práctica no incluye evaluación de necesidades. Se generaliza de otros centros.

(2)

Las necesidades las identifican los profesionales, sin diseño de investigación.

(3)

Hay una evaluación de necesidades (cuantitativa o/y cualitativa) pero no es participativa.

(4)

Hay una evaluación de necesidades mediante una investigación cualitativa o cuantitativa y con participación de todos los implicados.

Puede surgir de los propios destinatarios (asambleas, etc.)

1.2. DISEÑO

(0) No se considera

(1)

Existe un diseño de la investigación, pero no se toman medidas pre, ni post.

(2)

Se toman medidas post, pero sin medidas pre, ni grupo de contraste.

(3)

Se incluye una Evaluación de resultados: medidas pre y post, varias variables y con escalas estandarizadas. Sin grupo control. Puede existir un diseño cualitativo.

(4)

Se dispone de un diseño experimental o cuasi-experimental con medidas pre y post, y grupo control. Variables medidas con escalas estandarizadas o estrategias de observación. Puede incluir diseño cualitativo con operativización de variables.

1.3. REPLICABILIDAD Y TRANSFERENCIA

(0) No se considera

(1)

No se redacta ningún informe detallado sobre cómo se ha de realizar una acción. La difusión es únicamente informal, dentro del equipo.

(2)

Se redactan materiales internos (informes, manuales, etc) para uso del propio equipo.

(3)

Se redactan y publican manuales, materiales, etc.
Se incluye la práctica en un repositorio de buenas prácticas.

(4)

Se redactan manuales, etc. y existe un plan de difusión: Publicaciones científicas y/o difusión en medios de comunicación de los resultados.

2. EFICACIA - EFECTIVIDAD

2.1. ESTIGMA SOCIAL: CONTACTO

(0) No se considera

(1)

Hay contacto, pero no se hace un diseño del tipo de contacto a usar en la práctica.

(2)

Existe un contacto, pero no se ha diseñado en el mismo estatus, ni hay oportunidad de interacción.
Se desmontan estereotipos.

(3)

El contacto es por vídeo, con relato en primera persona, con estatus similares, se desmontan estereotipos y puede repetirse más de una vez.

(4)

El contacto es en el mismo estatus, existe interacción, con cooperación activa, se desmontan estereotipos, se previene la ansiedad social de forma anticipada y se repite más de una vez.

2.2. ESTIGMA SOCIAL: EDUCACIÓN

(0) No se considera

(1)

Se ofrece información educativa informal y no planificada.

(2)

Se ofrece una información escrita o en vídeo planificado. No incluye testimonios en primera persona.

(3)

Se hace mediante vídeos u otros materiales, se emplean testimonios personales, se enseñan habilidades, desmonta estereotipos, enfoque centrado en la persona, se utiliza la recuperación en el mensaje.

(4)

Se hace mediante vídeos u otros materiales, se incluye contacto directo. Se emplean testimonios personales, se enseñan habilidades, desmonta estereotipos, enfoque centrado en la persona, se utiliza la recuperación en el mensaje.

2.3. ESTIGMA SOCIAL: PROTESTA

(0) No se considera

(1)

Se realizan protestas con escaso impacto social (internas, en la propia organización, etc.).

(2)

La protesta tiene presencia social, pero no se asegura que el mensaje llegue a los agentes sociales implicados.

(3)

La protesta tiene presencia social y se hace llegar a los agentes sociales implicados. No es participativa ni colaborativa.

(4)

La protesta tiene presencia social, es participativa, se colabora con otras entidades y se hace llegar a los agentes sociales implicados.

2.4. ESTIGMA INTERNALIZADO

(0) No se considera

(1)

Técnicas o programas sin evidencia previa de eficacia. Basados en experiencias en primera persona u opiniones.

(2)

Técnicas o programas con opinión positiva de expertos profesionales.

(3)

Técnicas o programas con evidencia de eficacia incidental.
Destacar si incluye estrategias no planificadas de revelación.

(4)

Técnicas con eficacia contrastada (Psicoeducación, técnicas cognitivas, narrativas, de toma de decisiones, TAC, apoyo mutuo, afrontamiento).
Programas con evidencia experimental (PAR, PAREI, HOP, etc.)
Destacar los que incluyen Revelación.

2.5. ESTRATEGIAS CON PROFESIONALES

(0) No se considera

(1)

Se utilizan técnicas o programas sin evidencia previa.

(2)

Se utilizan técnicas o programas basados en la experiencia de profesionales expertos.

(3)

Se utilizan técnicas o programas con evidencia de eficacia incidental en el estigma social o internalizado.

(4)

Se utilizan técnicas o programas con evidencia de eficacia contrastada en el estigma social o internalizado. Se mantiene un diseño participativo.

2.6. ESTRATEGIAS CULTURALES

(0) No se considera

(1)

Se utilizan lecturas o vídeos culturales, pero no centrados en el estigma.

(2)

Se utilizan lecturas o vídeos culturales centrados en el estigma.

(3)

Se utiliza la cultura para romper estereotipos. Lecturas y vídeos culturales. No es participativa. Si es presencial, es individual.

(4)

Es presencial, puede emplear lecturas y vídeos. Se utiliza la cultura para romper estereotipos. Es participativa. Es en grupo. Relación de igualdad.

3. SOSTENIBILIDAD

3.1. SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA

(0) No se considera

(1)

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

(2)

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

(3)

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

(4)

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

3.2. SOSTENIBILIDAD MEDIOAMBIENTAL

(0) No se considera

(1)

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

(2)

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

(3)

Propone acciones ecológicas, educa en el medio ambiente.

(4)

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

3.3. SOSTENIBILIDAD SOCIAL

(0) No se considera

(1)

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

(2)

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

(3)

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

(4)

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

4. ENFOQUE ÉTICO

4.1. ENFOQUE ÉTICO: LEGAL Y DEONTOLÓGICO

(0) No se considera

(1)

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

(2)

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

(3)

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

(4)

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

4.2. ENFOQUE ÉTICO: FORMAL

(0) No se considera

(1)

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

(2)

Tienen un enfoque ético de inclusión social.

(3)

Promueve la inclusión y la cohesión sociales.

(4)

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

5. ENFOQUE DE GÉNERO

5.1. ENFOQUE DE GÉNERO

(0) No se considera

(1)

Se considera de manera teórica esta cuestión, pero no se llega a materializar en la acción.

(2)

La metodología incluye el análisis desagregado por género.

(3)

Género como aspecto específico en alguno de los componentes de la práctica. No toda la práctica

(4)

Ideología feminista de la práctica. Promoción de los derechos de las mujeres. Contribuye a la igualdad de género.

5.2. PARTICIPACIÓN DE MUJERES

(0) No se considera

(1)

No participan mujeres de forma significativa (<10%).

(2)

Las mujeres son el objetivo de la práctica, pero no participan en su diseño, etc.

(3)

Las mujeres son el objetivo de la práctica y participan en el diseño y puesta en marcha de la práctica (<50%). Si participan varones, se incluyen acciones por la igualdad y los derechos de las mujeres.

(4)

Las mujeres son el objetivo de la práctica y participan en el diseño y puesta en marcha de la práctica (>50%). Si participan varones, se incluyen acciones por la igualdad y los derechos de las mujeres.

6. ENFOQUE INCLUSIVO Y PARTICIPACIÓN

6.1. ENFOQUE INCLUSIVO

(0) No se considera

(1)

Práctica con ayudas para las personas con dificultades, pero no totalmente accesible (instalaciones, lenguaje, etc.)

(2)

Práctica totalmente accesible para personas con discapacidad física (instalaciones, actividades, etc.).

(3)

Práctica accesible para personas con discapacidades físicas, sensoriales, mentales o intelectuales. Lenguaje inclusivo y fácil.

(4)

Práctica accesible y con lenguaje inclusivo y fácil. Busca la participación de los distintos colectivos implicados. Diseño y toma de decisiones participativo. Perspectiva interseccional (género, edad, LGTBI, origen, etc.). En la acción participan "pares".

6.2. TRABAJO EN RED, PARTENARIADO

(0) No se considera

(1)

Abierta al trabajo en red, pero sin alianzas actuales.

(2)

Trabajo con otra organización (no una red).

(3)

Trabajo en una red de alianzas cerrada.

(4)

Se garantiza el trabajo en red con alianzas. Abierta a nuevas alianzas en todo momento.

7. IMPACTO SOCIAL

7.1. IMPACTO SOCIAL

(0) No se considera

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

8. INNOVACIÓN

8.1. INNOVACIÓN TÉCNOLÓGICA (TIC´S)

(0) No se considera

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

8.2. INNOVACIÓN EN LAS ACCIONES

(0) No se considera

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

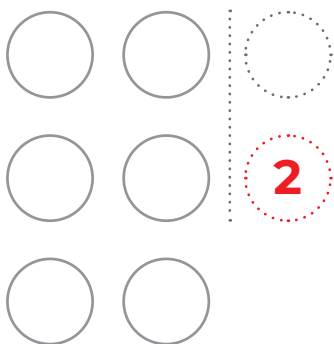
PUNTUACIÓN TOTAL: (0-84)

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

PUNTUACIÓN TOTAL: (0-4)

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

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



ANEXO 2

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

Cátedra UCM - Grupo 5 Contra el Estigma

DATOS GENERALES:

DATOS DE CONTACTO.

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

ENTIDAD

NOMBRE DE LA PRÁCTICA

ÁMBITO DE APLICACIÓN DE LA PRÁCTICA

PERSONAS OBJETIVO DE LA PRÁCTICA

Colectivos a los que va dirigida

RESUMEN DE LA PRÁCTICA ANTI ESTIGMA. (100 palabras)

--

OBJETIVOS DE LA PRÁCTICA

--

TEMPORALIZACIÓN

Inicio:
Final previsto:

DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA

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

Valoración

--	--

INDICADORES:

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

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

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

ECONÓMICA:
(Recursos humanos, económicos, cofinanciación, etc.)

MEDIO-AMBIENTAL

SOCIAL

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

ÉTICA Y DEONTOLOGÍA:

FORMAL

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

ENFOQUE DE GÉNERO

PARTICIPACIÓN DE MUJERES

ENFOQUE INCLUSIVO Y PARTICIPACIÓN	VALORACIÓN
-----------------------------------	------------

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

TRABAJO EN RED, PARTENARIADO
(Otras entidades colaboradoras, alianzas, etc.)

IMPACTO SOCIAL	VALORACIÓN
----------------	------------

INNOVACIÓN	VALORACIÓN
------------	------------

TECNOLÓGICA

ACCIONES INNOVADORAS



GRUPO5



www.contraelestigma.com