

Proyecto *Estigmatismo*

Junio 2019



“Especial agradecimiento a todas aquellas personas que han contribuido directa o indirectamente para que esta investigación haya sido posible”.

Esther Martín Arias²

Sara Ahaoual Rodríguez³

Autoras del Informe: Esther Martín² y Sara Ahaoual³.

Dirección académica: Jesús Saiz², Itziar Fernández³

Coordinación proyecto: María Salazar^{1,2}, Carlos Vaquero¹, Ana Abad¹, Ana Lozano¹, Sara Sainz¹.

¹Grupo 5, ²Universidad Complutense de Madrid, ³Universidad de País Vasco.

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| Planteamiento del problema | 4 |
| Justificación del problema | 4 |
| <i>Aproximación al concepto de estigma</i> | 4 |
| <i>Tipos de Estigma</i> | 6 |
| <i>Sujetos estigmatizantes</i> | 9 |
| <i>Personas con enfermedad mental</i> | 11 |
| <i>Personas sin hogar</i> | 15 |
| <i>Personas mayores/ancianas</i> | 18 |
| <i>Personas con daño cerebral adquirido</i> | 21 |
| Objetivos | 26 |
| Método | 27 |
| Diseño | 27 |
| Muestra | 27 |
| Instrumento | 29 |
| Procedimiento | 30 |
| Resultados | 30 |
| <i>Validez y fiabilidad del instrumento</i> | 30 |
| <i>Descripción de la muestra: edad género y vía de aplicación</i> | 31 |
| <i>Dimensiones estigmatizantes diferenciales para cada colectivo</i> | 33 |
| <i>Familiaridad con el colectivo</i> | 34 |
| <i>Proximidad con el colectivo</i> | 38 |
| <i>Ciudad de aplicación del instrumento</i> | 42 |

| | |
|---|----|
| | 3 |
| <i>Lugar de aplicación del instrumento (solo muestra calle)</i> | 42 |
| Conclusiones | 44 |
| Referencias | 50 |
| Apéndice | 55 |
| Apéndice A: Cuestionario Administrado | 55 |
| Apéndice B: Fiabilidad por ítems. | 57 |
| Apéndice C: Matriz de componente rotado. | 59 |
| Apéndice D: Comparaciones por pares. | 62 |

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

Las personas sin hogar, con enfermedad mental grave, con daño cerebral adquirido o las personas mayores se encuentran afectadas por el estigma que sufren como consecuencia de formar parte de dichos colectivos. El estigma genera consecuencias indeseables que afectan a diversos aspectos de la vida y al proyecto vital de los individuos que lo sufren. Aunque resulta importante reconocer las dificultades a las que estas personas deben enfrentarse, es urgente ir más allá de los análisis que pueden encontrarse en la literatura científica y aportar un valor añadido a nivel aplicado, a través de la propuesta de acciones específicas y políticas sociales, que involucren tanto a las personas estigmatizadas como a las personas que estigmatizan. Para conseguirlo, resulta imprescindible analizar las causas y consecuencias de dicho fenómeno pues, solo así, será posible proponer acciones específicas coherentes y efectivas que traten de reducir -y en el mejor de los casos eliminar- la discriminación que sufren los individuos que se encuentran estigmatizados.

En relación con esto, a continuación se presentarán las características del estigma y sus tipos, así como determinadas causas o factores relacionados con su existencia y algunas de las consecuencias que genera. Asimismo, se realizará una descripción exhaustiva del estigma que sufren los colectivos de personas con enfermedad mental grave, personas sin hogar, personas con daño cerebral adquirido y personas mayores, incluyendo algunas de las propuestas existentes que tratan de luchar contra el estigma en cada colectivo. Para finalizar con la revisión teórica, se realizará una reflexión crítica acerca de las limitaciones de la investigación realizada.

Más adelante, se comentarán los objetivos específicos de la investigación, los materiales y métodos utilizados a lo largo de la investigación, así como los resultados obtenidos junto con sus interpretaciones y conclusiones.

Justificación del problema

Aproximación al concepto de estigma

El término estigma lleva consigo distintos significados en función de la etapa histórica concreta a la que se haga referencia. En la época de la Grecia Clásica, dicho

término se incorporó en el lenguaje para hacer alusión a aquellos signos corporales de un determinado individuo que expresaban que el status moral del mismo era negativo y poco habitual. Este era el caso de los esclavos, criminales o traidores, individuos que solían presentar cortes o quemaduras para que su condición resultara evidente ante la mirada del resto de personas de su entorno (Goffman, 1963). Los individuos que se encuentran estigmatizados disponen de algún atributo que les diferencia y que genera rechazo ante los ojos de numerosas personas. Dichos atributos pueden ser claramente visibles o invisibles, fácilmente controlables o incontrolables y estar asociados al comportamiento, a diferentes rasgos físicos e incluso a la pertenencia a ciertos grupos sociales (Major y O'Brien, 2005). Un aspecto que resulta fundamental tener en cuenta para entender el sufrimiento que el estigma social provoca en los individuos es que, las personas estigmatizadas, presentan ciertas características que generan una identidad social que es devaluada en el contexto social particular del individuo (Crocker, Major y Steele, 1998; citado en Morales, Moya, Gaviria y Cuadrado, 2007, p.620). Tal y como enuncia Tajfel, la identidad social hace referencia a la “parte del autoconcepto de un individuo que deriva del conocimiento de su pertenencia a un grupo -o grupos- social junto con el significado valorativo y emocional asociado a dicha pertenencia” (Tajfel, 1984). De este modo, puede afirmarse que el estigma no emerge a partir del individuo que lo sufre, sino que es un proceso que se encuentra claramente vinculado al contexto histórico, social y cultural concreto en el que desarrolla (Major y O'Brien, 2005).

Actualmente, este proceso perjudica a las personas estigmatizadas en ámbitos como el empleo, la educación, el acceso a la vivienda, el sistema de justicia penal, la asistencia social y de salud y/o las prestaciones sociales (Henderson y Gronholm, 2018). Los aspectos mencionados se ven claramente deteriorados y tienen un componente social, lo cual podría ayudar a entender la consideración del proceso de estigmatización como una problemática social además de individual que, en último término, genera consecuencias indeseables en el individuo estigmatizado que dificultan de manera clara su salud, bienestar y calidad de vida. Existen múltiples indicadores que podrían hacer ver al lector cómo la estigmatización de determinados colectivos puede considerarse una problemática social que requiere de un análisis e intervención adecuados. Sin embargo, exponer las cuestiones que permiten relacionar la estigmatización de ciertos colectivos con la evidencia de la existencia de una problemática de corte contextual, alejaría al lector del objetivo del presente estudio. No obstante, sería una lectura paralela

altamente enriquecedora y que ayudaría a comprender la importancia de intervenir y estudiar dicho fenómeno.

A pesar de la existencia de indicadores que relacionan el estigma con el conflicto social, Henderson y Gronholm (2018) han señalado que todavía no existe consenso acerca de la naturaleza y solución del estigma social. Sin embargo, las investigaciones que existen sobre dicho fenómeno han generado una serie de definiciones, objetivos y resultados para poder reducir el estigma, el cual es el objetivo común en los diferentes diseños de investigación.

En otro orden de cosas, los modelos psicosociales que tratan de explicar el estigma hacia determinados individuos sugieren la presencia de tres componentes en dicho proceso: el componente cognitivo, el actitudinal y el comportamental. Por un lado, los estereotipos constituyen el componente cognitivo del estigma y suponen aquellas creencias acerca de un determinado grupo. Por otro lado, los prejuicios conllevan la existencia de determinadas actitudes, es decir, reacciones emocionales que, en último término, pueden facilitar el desarrollo de procesos discriminatorios o conductas inadecuadas hacia aquellos individuos estigmatizados (Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009).

Tipos de estigma

Cabe destacar que, la literatura más actual, define el proceso de estigmatización de manera detallada, diferenciando las diferentes tipologías de estigma en función de qué o quién ejerce el estigma y quién lo recibe. En primer lugar, si los prejuicios y la discriminación son consecuencia de las leyes, políticas y prácticas constitucionales se trataría de *estigma estructural*. En segundo lugar, el *estigma de cortesía* haría referencia a la estigmatización sufrida por una persona que está en contacto o tiene una relación con una persona estigmatizada. En tercer lugar, si los prejuicios y las conductas discriminatorias se llevan a cabo por parte de aquellos individuos o grupos dedicados a proporcionar asistencia profesional a los grupos que se encuentran estigmatizados se denominaría *estigma del proveedor*. En cuarto lugar, *el autoestigma* es aquel que se fundamenta en la legitimación e internalización por parte del individuo estigmatizado de aquellos estereotipos y prejuicios que públicamente se le atribuyen por la condición particular que presenta. Para finalizar, a través del *estigma público* el individuo sufre los

prejuicios y conductas discriminatorias por parte de los individuos que se encuentran en la sociedad en la que se desarrolla (Henderson y Gronholm, 2018).

En cuanto a las consecuencias derivadas del proceso de estigmatización, es preciso mencionar que, los individuos estigmatizados, sufren situaciones negativas que resultan altamente frustrantes como puede ser un grave deterioro en sus relaciones sociales, problemas de salud mental, un elevado estrés o un menor acceso a diferentes tipos de recursos (Hatzenbuehler, Phelan, y Link, 2013).

El proceso de estigmatización tiene implicaciones a diferentes niveles y, tras analizar las consecuencias a un nivel comunitario, se observa que la discriminación que sufren los individuos estigmatizados implica un menor acceso a recursos para el empleo, un menor salario y dificultades a la hora de solicitar hipotecas y otros préstamos. Esto, a su vez, puede obstaculizar el acceso a la vivienda, a la educación o a una correcta atención médica (Link y Phelan, 2001).

Link y Phelan (2001) identifican la pérdida de *status* como un componente esencial en la estigmatización. Además, es frecuente que los individuos estigmatizados se sientan infravalorados y perciban que el resto de personas les consideran poco competentes, cuestión que facilita el rechazo por parte el individuo a llevar a cabo una búsqueda activa de empleo o a recibir el tratamiento oportuno si sufre una determinada enfermedad mental (Wahl, 1999).

Por otro lado y, según Pachankis (2007), el estigma puede causar aislamiento social. El miedo que siente la persona estigmatizada a experimentar conductas discriminatorias facilita que, aquellos individuos que presentan una condición que genera rechazo pero que es posible ocultar, eviten iniciar relaciones con sus iguales por temor a que puedan llegar a descubrirla. El individuo estigmatizado percibe con bastante claridad que las interacciones llevadas a cabo con sujetos no estigmatizados no van a gozar de las mismas condiciones que las que se producen entre individuos no estigmatizados y, de esta manera, se mantiene alerta experimentando un sentimiento de vergüenza al ser consciente de que dispone de alguna característica considerada socialmente negativa (Goffman, 1963). Una cuestión que resulta altamente preocupante es el hecho de que, a medida que un grupo estigmatizado se resigna o acepta la visión estereotipada que mantienen los individuos de su entorno, disminuyen las probabilidades de que se cuestione o sienta un fuerte rechazo hacia aquellas formas de

discriminación de corte estructural que limitan de manera clara las oportunidades que debería de tener la posibilidad de disfrutar (Link, 2001).

Es preciso mencionar que, a largo plazo, experimentar estigmatización puede incrementar la vulnerabilidad de las personas a padecer algún tipo de trastorno emocional. Además, el estigma desencadena consecuencias negativas no solo en la salud emocional de la persona, sino también en la salud física (Pinel y Bosson, 2013). Percibirse estigmatizado/a genera un estrés crónico que, al cabo del tiempo, incrementa el riesgo a sufrir enfermedades relacionadas con dicha patología y la probabilidad de participar en conductas consideradas poco saludables -abuso de sustancias, consumo excesivo de tabaco, alcohol, etc-. Además, reduce la probabilidad de llevar a cabo conductas adecuadas para tratar de preservar una buena salud, entre ellas, la realización de exámenes médicos que permiten detectar tumores, controlar la diabetes o la utilización de preservativos (Pascoe y Smart Richman, 2009).

De esta manera, el estigma que sufre un determinado grupo en relación a una condición concreta desencadena tanto situaciones discriminatorias directas como una discriminación estructural. El resultado es un incremento de los niveles de ansiedad y el sentimiento de amenaza en la persona estigmatizada y, en el caso concreto de los individuos que sufren una determinada enfermedad mental, el aumento de la intensidad de aquella sintomatología de la que están tratando de recuperarse (Belcher y DeForge, 2013; citado en Wahl, 1999). Además, la legitimación del rechazo y reacciones negativas que sufren por parte de la sociedad, se asocia con una disminución de los niveles de autoestima (Corrigan y Watson, 2002).

En resumen, el estigma tiene una influencia negativa en la salud a través de la interrupción y alteración de innumerables sistemas fundamentales para el correcto funcionamiento de cualquier individuo. Genera consecuencias indeseables a nivel institucional y comunitario -dificultando un adecuado acceso a recursos y condiciones materiales-, a un nivel interpersonal -deteriorando las relaciones sociales del individuo estigmatizado- y a un nivel intrapsíquico -afectando a la autoestima y comportamientos de afrontamiento del individuo- (Hatzenbuehler et al., 2013).

Sujetos estigmatizantes

Por otra parte, es frecuente que los individuos que emiten las conductas de rechazo y evitación hacia aquellas personas que se encuentran estigmatizadas y consideradas como seres inferiores, califiquen su comportamiento como justo y apropiado. ¿Cómo es esto posible?, ¿qué cuestiones podrían permitir que entendiéramos de un modo holista y cuasi completo la presencia de dicho fenómeno? El concepto de “justificación de ideologías” podría facilitar la comprensión de dicho proceso ya que hace referencia a todas aquellas creencias y suposiciones alejadas de la comprobación experiencial acerca de cómo funciona el mundo y que son utilizadas por las personas que estigmatizan como “marco” para observar y comprender el contexto en el que se desarrollan. En relación con lo mencionado, se podrían identificar dos enfoques que permiten explicar los procesos de estigmatización de determinados individuos (Grandall, 2003).

El primer enfoque es el atribucional y, basado en un modelo social cognitivo que ha sido útil para comprender el estigma y el comportamiento discriminatorio que se genera, 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, el esfuerzo o la motivación- o externo -atribución de las conductas a causas externas como la ayuda de los demás, la suerte o el sistema social-. 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 (Corrigan et al., 2000).

El enfoque atribucional expone que las personas asumen que aquellos individuos que se encuentran estigmatizados son responsables de padecer dicho estigma y que, por tanto, también lo son de las consecuencias generadas a partir de su condición. Una de las explicaciones que se pueden desarrollar a partir de dicho enfoque es la “creencia en un mundo justo” (sesgo cognitivos), es decir, aquel en el que los individuos reciben lo que se merecen. De esta manera, los individuos estigmatizados merecerían las

circunstancias y situaciones a las que se enfrentan a consecuencia de la condición que presentan (Grandall, 2003).

Dentro de las teorías socio-cognitivas merece especial atención la propuesta sobre la construcción de la identidad social de Tajfel (1984). Según este autor, los tres procesos para la formación de la identidad social son la categorización social, la identificación y la comparación social. El primero trae como consecuencia la simplificación de la realidad, incrementando la semejanza intragrupal y maximizando la diferencia intergrupala. Durante el proceso de Identificación los sujetos aumentan su percepción como miembros de un grupo, reforzando esto su sentido de pertenencia y asociando su propia autoestima a dicha pertenencia. Finalmente, con la comparación social, el exogrupo es enfrentando al endogrupo (de pertenencia), con lo cual, consolidando el valor que este tiene para la autoestima de sus miembros, el exogrupo será visto como diferente y peor. Esto explicaría actitudes de rechazo y discriminación hacia los grupos diferentes, en el caso que aquí nos ocupa, hacia los grupos de personas estigmatizadas.

Otro enfoque enfatiza la necesidad de percibir la existencia de jerarquías sociales por parte de los individuos de una determinada sociedad. En otras palabras, las personas de un contexto concreto perciben y valoran la presencia de jerarquías en sus interacciones sociales con las que poder justificar o emplear un tratamiento diferente a las personas de acuerdo a la posición que ocupan en dicha jerarquía (Grandall, 2003).

A modo de conclusión y, tal y como se ha mencionado anteriormente, el estigma genera perjuicios en la situación vital de las personas, llegando a tener una influencia negativa en dominios como el afectivo, de la salud, el personal, el interpersonal, el laboral, el económico y el social. La estigmatización debe entenderse como un macroproceso que surge, actúa y se perpetúa en múltiples entornos de manera simultánea.

En la presente investigación se va a llevar a cabo una revisión de los principales aspectos y características asociadas al estigma que sufren las personas con enfermedad mental, las personas sin hogar, personas mayores o de tercera edad y aquellos individuos que han sufrido daño cerebral adquirido. Cabe destacar que la totalidad de los colectivos mencionados sufre discriminación derivada de la condición concreta que presentan, pero las formas en las que esta se manifiesta puede variar significativamente.

Por este motivo, se pretende realizar un análisis exhaustivo de aquellos aspectos que resultan más relevantes y que pueden ser esclarecedores a la hora de entender las limitaciones y consecuencias negativas derivadas de sufrir el estigma social.

Personas con enfermedad mental

Según Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén (2009): “Las personas con enfermedad mental sufren, además de las discapacidades y dificultades de integración derivadas directamente de la enfermedad, las consecuencias del desconocimiento social que existe hacia las enfermedades mentales y quienes las padecen”(p.5).

En las últimas décadas ha aumentado el número de individuos que sufren trastornos mentales, así como la medicalización de los mismos. Según las estadísticas recogidas por el Ministerio de Sanidad, en el 2017 un 10,8% de la población Española de 15 años o más declaró haber sufrido algún tipo de enfermedad mental así como haber sido diagnosticada por algún profesional en los últimos 12 meses. Por otro lado, tal y como se expone en la encuesta Nacional de Salud, un 10,7% de la población utiliza tranquilizantes o relajantes con el objetivo de dormir, y un 4,8% antidepresivos o estimulantes (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017).

Parece pertinente mencionar que, las señales que expresan que un individuo padece una enfermedad mental, pueden ser claramente visibles o, por el contrario, pueden pasar completamente desapercibidas. Un ejemplo de la primera situación sería la presencia de un individuo que manifiesta comportamiento psicótico y un aspecto externo poco cuidadoso. Por el contrario, puede darse la situación de que una persona con enfermedad mental decida ocultar su condición y que, por ejemplo, sus compañeros de trabajo no sean conscientes de ello. Desgraciadamente, si la persona revelase su enfermedad es probable que los individuos de su entorno le asignaran una etiqueta cargada de estereotipos y prejuicios de carácter negativo (Link y Phelan, 2001). Además, resulta frecuente que la población infiera que un individuo padece un trastorno mental cuando es posible observar síntomas psiquiátricos evidentes, un inadecuado funcionamiento en sus interacciones sociales o cuando presentan un aspecto físico descuidado (Corrigan, 2000).

El estigma público que sufre este colectivo es altamente preocupante ya que limita su salud, bienestar y posibilidad de acción en numerosas áreas de la sociedad. Dicho concepto hace referencia al proceso en el que los individuos de una determinada

sociedad disponen de aquellos estereotipos asociados a la enfermedad mental y emiten conductas discriminatorias de acuerdo con ellos (Corrigan y Bink, 2016). Tratando de entender la naturaleza del estigma en la enfermedad mental puede resultar enriquecedor mencionar que dicho concepto no es estático sino que se configura y transforma a partir de diferentes fenómenos sociales. En el siglo XIX con la prevalencia de un modelo económico capitalista, se produce una redefinición médica de aquellos individuos que no son capaces de adaptarse al modelo social dominante, pues el sistema social determina cuándo y en qué momento un individuo deja de ser funcional o resulta perjudicial para la articulación del propio sistema, y lo aparta o margina del mismo. De este modo, el propio concepto de enfermedad, y el estigma que lleva asociado se ven condicionados por el contexto sociohistórico, los requerimientos de las interacciones sociales, así como por la noción predominante acerca de qué es lo que se considera “normal” y patológico en un determinado momento (Almagro, 2008).

Padecer una determinada enfermedad mental provoca un gran sufrimiento a consecuencia de diferentes factores. Por un lado, la angustia o estrés que habitualmente sienten los individuos que sufren un determinado trastorno mental se relaciona con la presencia de los síntomas psiquiátricos, el deterioro cognitivo y la pérdida de habilidades sociales. Por otro lado, el estigma favorece que las personas con enfermedad mental se encuentren desanimadas, experimenten elevado malestar y se reduzcan drásticamente las oportunidades que deberían de poder disfrutar en diferentes áreas de su contexto social (Corrigan y Kleinlein, 2005). En definitiva, el malestar que provoca padecer una enfermedad mental es doble, pues se relaciona directamente con la sintomatología propia del trastorno en cuestión, pero también con todos aquellos estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias que coexisten en el contexto social en el que se encuentra el individuo enfermo.

En relación con lo mencionado, existe una amplia tipología de estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias que han sido asociadas de manera clara a la condición específica de padecer algún tipo de enfermedad mental y a la que puede ser interesante prestar atención si se desea conocer el funcionamiento y consecuencias del estigma. Una de las creencias más frecuentes asociadas a la condición de sufrir un trastorno es que las personas que lo padecen resultan agresivas y que, además, no es posible predecir o llegar a intuir la conducta que van a emitir. Como consecuencia se producen diferentes comportamientos discriminatorios basados en la evitación, siendo

frecuente el rechazo por parte de la población a establecer algún tipo de contacto con ellos, la excesiva dificultad hallada a la hora de tratar de ser contratados en un determinado empleo o los obstáculos encontrados en el proceso de búsqueda de una vivienda (Corrigan y Bink, 2016). Asimismo, desde el sistema de salud se llevan a cabo diferentes comportamientos discriminatorios ya que, tal y como encontró Rathore et al (2008) aquellos individuos con enfermedad mental y disfunción cardíaca eran atendidos o evaluados de un modo comparativamente más deficiente que aquellos sin diagnóstico de enfermedad mental, aumentando de este modo el riesgo de mortalidad y los ingresos hospitalarios.

Otra de las creencias que se encuentran instauradas en el imaginario colectivo es que las personas con enfermedad mental son culpables de la situación que presentan. Debido a ello, las personas de un contexto concreto pueden sentirse molestas con los individuos enfermos y emitir conductas coercitivas tales como llevar a cabo ingresos involuntarios de las personas enfermas en determinadas instituciones o exigirles la adherencia a tratamientos específicos. Además, es muy frecuente que los individuos de una determinada sociedad actúen de un modo paternalista con los enfermos mentales, pues consideran que son incapaces de actuar de manera independiente y que, por ello, requieren de una figura que decida por ellos. Este estereotipo es conocido bajo la etiqueta de “benevolencia” (o piedad) y facilita la emisión de múltiples comportamientos autoritarios, como puede ser la toma de decisiones completamente unilaterales, sin tener en consideración la opinión del individuo sobre el que repercuten (Corrigan y Wassel, 2008).

En relación a las consecuencias que se generan a partir de la estigmatización de una persona que sufre una determinada enfermedad mental, resulta habitual que tanto la autoestima como el sentimiento de autoeficacia se vean reducidos. Sin embargo, existen individuos que reaccionan ante dicho fenómeno a través del enfado o mediante la indiferencia, sin que su autoestima o sentimiento de autoeficacia se vean alterados. Por un lado, cuando las personas perciben que el trato discriminatorio que reciben del resto de individuos es injusto y se identifican con el colectivo de personas que sufren enfermedad mental, entonces es probable que reaccionen mediante el enfado y que su autoestima no se vea afectada. Por otro lado, experimentarán indiferencia si consideran que el trato discriminatorio resulta irrelevante y no se identifican con aquellas personas que sufren algún tipo de trastorno mental (Corrigan y Watson, 2002).

Resulta necesario llevar a cabo intervenciones que traten de reducir o eliminar la presencia del estigma asociado a la enfermedad mental ya que, como se ha comentado a lo largo del presente escrito, limita el bienestar y la libertad de aquellos individuos que padecen algún tipo de enfermedad mental. Diversos estudios han encontrado que las intervenciones llevadas a cabo para reducir el estigma hacia las personas con enfermedad mental pueden basarse en diferentes elementos. Morgan, Reavley, Ross, San Too y Jorm (2018) llevaron a cabo una revisión de 62 estudios en los que probaron diferentes intervenciones basadas en el contacto intergrupar, la psicoeducación, el contacto junto con la psicoeducación o en la simulación de alucinaciones. Los principales hallazgos señalan que la mayor parte de las intervenciones que utilizan el contacto intergrupar y la psicoeducación, logran reducir las actitudes negativas así como el deseo de mantener cierta distancia con aquellos individuos que sufren una enfermedad mental. Sin embargo, aquellas intervenciones en las que se emplea ambas estrategias no obtienen resultados significativamente diferentes a las que llevan a cabo con tan solo uno de los dos aspectos. Por otro lado, la utilización de programas basados en la simulación de alucinaciones muestran resultados contrapuestos ya que, mientras algunos estudios indican un cambio positivo de actitudes, otros demuestran que favorece el mantenimiento o desarrollo de actitudes negativas así como el deseo de mantenerse alejados de aquellos individuos con enfermedad mental. De manera similar, Corrigan et al (2012) llevaron a cabo un metaanálisis de 74 artículos que analizan diferentes estrategias para reducir el estigma público hacia la enfermedad mental. Los resultados indican que el contacto intergrupar y la psicoeducación resultan eficaces para reducir el estigma tanto en las personas adultas como en los adolescentes. No obstante, hallaron que el contacto en vivo provocaba efectos más positivos en los adolescentes y que el empleo de estrategias basadas en la psicoeducación era más adecuada en personas adultas.

Tal y como se ha expuesto, existen distintos modos de intervenir al tratar de reducir la estigmatización de las personas con enfermedad mental. Seguramente, sería adecuado utilizar enfoques de cambio que consideren los diferentes elementos que se encuentran relacionados con el estigma, tanto individuales como estructurales. En otras palabras, parece necesario modificar todas aquellas creencias estereotipadas de los individuos que conducen a comportamientos discriminatorios, así como limitar el poder y mecanismos que permiten a las personas que estigmatizan llevar a cabo conductas

dañinas y discriminatorias hacia el colectivo de personas con enfermedad mental (Link, 2001).

Personas sin hogar

El Observatorio Europeo de las Personas sin Hogar conceptualiza el sinhogarismo en cuatro categorías: sin techo, sin vivienda, vivienda insegura y vivienda inadecuada. Estas cuatro categorías, de manera más específica, abarcan trece situaciones diferentes en las cuales las personas sin hogar, se encuentran por ejemplo, en albergues nocturnos, en instituciones de internamiento, con una orden de desahucio o en situación de hacinamiento extremo (Feantsa, 2005).

Cuando las personas viven una situación que el entorno percibe como negativa, es común realizar una atribución interna. Este tipo de atribución entiende que el individuo es el causante de su propio estado y, en relación al colectivo que se está analizando, se considera que la persona sin hogar sería la responsable de su falta de vivienda. Se culpabiliza a la víctima en vez de focalizarse en las causas estructurales que se encuentran en la base de esa situación, como la tasa de desempleo, la limitación de viviendas asequibles y la falta de apoyo social. Se tiende a considerar que las causas de la situación en la que se encuentran las personas sin hogar se relacionan con factores internos dominables, como por ejemplo el interés, la motivación o el esfuerzo. Esta atribución, la cual genera estigma social, es llevada a cabo de manera habitual por el sector de la población con mayor poder socioeconómico. Los individuos que se hallan en una situación de mayor privilegio etiquetan, estereotipan, discriminan, separan y disminuyen el estatus de la parte de la población que se encuentra en una clara situación de necesidad. A esto se suma la visión utilitarista que mantiene una gran parte de la población pues, a partir de la misma, se considera que las personas sin hogar no son útiles o funcionales en el sistema capitalista, ya que no trabajan ni tampoco contribuyen de forma activa al sistema (Belcher y DeForge, 2012).

La opinión pública, con frecuencia, relaciona a las personas sin hogar con la pereza, la falta de interés por trabajar, el abuso de drogas, la enfermedad mental y la marginación. Estos juicios suponen un obstáculo para el éxito futuro de las personas sin hogar. La estigmatización que rodea a la población sin hogar puede ser un impedimento para la búsqueda de empleo y el acceso a diferentes servicios (Cronin, 2014).

Cabe destacar que el estigma no es el resultado de un proceso unitario y que está compuesto por un conjunto de dimensiones cuando las personas estigmatizadas son personas sin hogar. Entre dichas dimensiones se encuentran la funcionalidad (con más individuos funcionales más aceptables que menos funcionales); la estética (visibilidad y aceptabilidad social de la apariencia); las reglas establecidas para la interacción social (cuánto interfiere una condición con la interacción social); la culpabilidad personal (la percepción de la responsabilidad del individuo sobre las causas de sus circunstancias); la imprevisibilidad y peligrosidad; el grado en que una condición es "curable" o reversible; el grado en que se puede empatizar con los individuos y su situación; y el grado de contagio asociado a las condiciones/situaciones de las personas o grupos estigmatizados (Takahashi, 1997).

La funcionalidad entendida como productividad, se puede caracterizar como la participación en el mercado laboral remunerado, el consumo individual y colectivo y la participación estable y continua en comunidades sociales. Implica que los individuos participan mínimamente o directamente no participan en actividades que serían dañinas o destructivas para la producción y el consumo. El privilegio de la productividad constituye uno de los elementos definitorios en las políticas distributivas, las cuales se centran en el mercado laboral, con el objetivo de proporcionar o mejorar las oportunidades de empleo. La importancia de la productividad como una condición para conseguir la aceptación de los individuos o grupos es crucial en relación con las personas en situación de sinhogarismo puesto que si la sociedad define la aceptación según si los individuos trabajan en el mercado laboral formal y remunerado, entonces las personas que se perciben como no trabajadoras o que podrían estar obstaculizadas en el mercado laboral -por ejemplo, personas sin hogar- quedan relegadas a posiciones menos valoradas en la sociedad (Takahashi, 1997).

La caracterización de las personas sin hogar como peligrosas e impredecibles ha sido también un elemento crítico en su estigmatización. De hecho, la criminalidad se atribuye con asiduidad a la falta de vivienda. La situación de sinhogarismo se atribuye a "deficiencias individuales" y se culpa a las personas por llegar a esa situación y permanecer en ella. A la inversa, si se entiende que la falta de vivienda se debe a factores externos, es menos probable que la sociedad culpe a las personas por estar en situación de sinhogarismo. El grado de culpabilidad personal es un elemento vital en la comprensión de las causas y posibles soluciones para los individuos en esta situación.

Por tanto, cuanto más generalizada sea la percepción de que las personas son culpables por quedarse sin hogar, menos aceptables resultarán para la comunidad en la que se encuentran (Takahashi, 1997).

El estigma afecta negativamente al bienestar emocional de las personas sin hogar, así como su habilidad para acceder a los servicios de prestación de ayudas y apoyo en los momentos de necesidad (Shier, Jones y Graham, 2010). En el caso de las personas jóvenes sin hogar, el estigma juega un papel importante en su estado de salud mental y nivel de riesgo de suicidio (Kidd, 2007). Su autoestima se ve deteriorada, llegando a sentir vergüenza por tener que utilizar las prestaciones ofrecidas por los servicios sociales así como falta de motivación para la búsqueda de empleo, como consecuencia del sentimiento de humillación por la falta de higiene, por ejemplo (Cronin, 2014).

La percepción de estar sin hogar tiene un impacto negativo en los recursos y los tipos de apoyo que reciben las personas que forman parte de este colectivo. Tanto las percepciones como las actitudes controlan cómo los miembros de la comunidad interactúan con los servicios sociales, teniendo un impacto en el tipo de servicio que los/as profesionales ofrecen a las personas sin hogar (por ejemplo: vivienda tutelada, albergues de emergencia, servicios clínicos). Esto significa que, como consecuencia del estigma, las necesidades individuales no se satisfacen y las soluciones individualizadas se dejan a un lado (Shier et al., 2010). Es más, resulta habitual que las personas sin hogar eviten acudir a los servicios de salud como consecuencia de la discriminación y los prejuicios que mantienen los/as profesionales del sistema de salud acerca del colectivo que se está analizando (Wen, Hudak y Hwang, 2007).

Según Cronin (2014) es más probable que las personas sin hogar sean estigmatizadas y categorizadas dentro de un marco de pensamiento negativo cuando hay una falta de interacción significativa y positiva con las mismas. El contacto intergrupar es uno de los predictores más influyentes de las evaluaciones y actitudes negativas hacia el otro grupo (Aberson y McVean, 2008). El contacto entre los miembros de un grupo y un grupo externo mejora las actitudes de los primeros hacia los últimos al reemplazar la ignorancia dentro del grupo por un conocimiento de primera mano que desmiente los estereotipos que coexisten en el imaginario colectivo de las personas (Lee, Farrell y Link, 2004). Un mayor contacto puede llevar a una mayor preocupación y sensibilidad

por la difícil situación de las personas sin hogar, aumentando la empatía y eliminando los estereotipos que tiene la comunidad hacia las personas sin hogar. Humanizar a las personas sin hogar puede incluso actuar como un estímulo para la acción política posterior, facilitando la elaboración y adopción de soluciones de corte más estructural y un mayor compromiso cívico (Knecht y Martínez, 2009).

Es interesante mencionar que el contacto se puede definir en términos de cantidad y calidad. La calidad del contacto hace referencia al contacto personalizado en condiciones de igualdad, con objetivos compartidos, en un entorno cooperativo e interdependiente y apoyado por las figuras de autoridad. Se relaciona con un descenso de la ansiedad que pueden sentir los individuos al relacionarse con personas sin hogar. Gracias al establecimiento de un contacto de calidad con las personas sin hogar, las evaluaciones que se llevan a cabo hacia dicho colectivo son más positivas y las atribuciones que se realizan de las causas o factores que han podido llevar a que una persona pierda su hogar son fundamentalmente de carácter situacional (atribución externa) en vez de personal (atribución interna). Por este motivo, el contacto de calidad es fundamental en las acciones e intervenciones que promueven las actitudes positivas hacia las personas en situación de sinhogarismo y que fomentan los procesos de atribución externa (Aberson y McVean, 2008).

La estigmatización hacia las personas en situación de sinhogarismo no solo tiene un componente social tal y como se menciona anteriormente, sino que también poseen un componente espacial. A modo de ejemplo, la concentración de los servicios sociales en áreas específicas de la ciudad tiende a reforzar la estigmatización de dichas áreas. Los lugares heredan el estigma a través de la interacción con las personas y las personas también se estigmatizan a través de la interacción con los lugares. Por esto, las instalaciones de servicios sociales desempeñan roles primarios en la definición y refuerzo del estigma socio-espacial. Constituyen instituciones poderosas en la vida tanto de los/as usuarios/as de las instalaciones como de la sociedad en general y tienen el poder de definir o reforzar directamente la estigmatización de las personas que utilizan las instalaciones (Takahashi, 1997).

Personas mayores/ancianas

En la actualidad se ha incrementado la esperanza de vida de un modo notable y se espera que dicho fenómeno continúe aumentando, pues se estima que la proporción

de la población mundial con más de 60 años alcanzará los 2000 millones de individuos en el año 2050 (Organización Mundial de la Salud). La reducción de la mortalidad, el descenso de la natalidad, la adopción de diferentes cambios en el estilo de vida de las personas y los avances tecnológicos y científicos, son algunos de los factores que pueden facilitar la comprensión de un acelerado envejecimiento de la población a nivel mundial (Carbajo, 2009).

Cabe destacar que, la actitud hacia dicho grupo poblacional a lo largo de la historia, ha ido modificándose de acuerdo a la organización y articulación del sistema social en el que se encuentran los individuos. En las sociedades cazadoras-recolectoras las personas mayores gozaban de gran prestigio al ser considerados como una fuente de la que poder obtener diferentes saberes necesarios para el correcto funcionamiento social. Sin embargo, en situaciones en las que se generaban carencias alimentarias, serían los individuos de edad avanzada los que, con mayor probabilidad, serían eliminados del grupo. Por otro lado, en las sociedades agrícolas y ganaderas la acumulación de bienes y alimentos permitía que la alimentación de los miembros del grupo se llevara a cabo con mayor seguridad, cuestión que facilitó un mayor dominio y estatus de los mayores en la esfera económica, política y religiosa del sistema. En este tipo de sociedades, las personas de edad avanzada se encontraban en disposición de rebaños, tierras y otros productos que les permitían disponer del poder económico necesario para que el resto de individuos les considerasen miembros de la élite. Por último, son las sociedades industrializadas el modo de organización social en el que los individuos mayores se encuentran frecuentemente aislados y no disponen de gran poder social ni familiar (Carbajo, 2009).

Se puede afirmar que, actualmente, coexisten numerosas actitudes negativas hacia los individuos de edad avanzada que, en último término, favorecen el desempeño de conductas o comportamientos de carácter claramente discriminatorio. El estigma que sufren las personas mayores puede adoptar formas benevolentes como puede ser recibir ayuda no deseada, hasta formas más hostiles con las que experimentan numerosas formas de rechazo por parte de otros individuos (Chasteen y Lindsey, 2015). Es preciso mencionar que Robert N. Butler estableció el término *edadismo* para hacer referencia a la discriminación que sufren los individuos de edad avanzada en la sociedad en la que se desarrollan por el hecho de encontrarse en una etapa evolutiva avanzada.

Dicha discriminación se produce en diversos contextos, siendo frecuente en los servicios sociosanitarios, pues resulta habitual que los médicos dispongan de expectativas sesgadas acerca de las capacidades del individuo de edad avanzada, cuestión que repercute en las recomendaciones o tratamientos llevados a cabo (Richeson y Shelton, 2006). Además y, en relación con ello, la presencia de personas mayores en los ensayos clínicos se encuentra claramente infrarrepresentada, cuestión que repercute gravemente en el planteamiento y aplicación de determinados tratamientos en este grupo poblacional. Por otra parte, el estigma hacia las personas mayores influye en el trato que las instituciones encargadas de atenderlos llevan a cabo. Resulta habitual que los individuos que trabajan en las residencias y centros de mayores actúen de manera paternalista y que, de esta manera, se produzca un incremento de la dependencia de los usuarios así como un declive tanto a nivel psíquico como físico (Portal de Mayores, 2004).

La presencia de estereotipos asociados a la edad conlleva la realización de inferencias acerca de los objetivos, deseos y las capacidades de las personas mayores así como el desempeño de conductas congruentes a dichas creencias (Richeson y Shelton, 2006). De esta manera, resulta habitual que los individuos de edad avanzada sean objetos de falsas inferencias y que la sociedad en su conjunto asocie la vejez con un obligado deterioro cognitivo, el sedentarismo e incluso con la discapacidad. Las categorizaciones que sufren dichos individuos facilitan una reducción de su autonomía así como una limitación de su libre toma de decisiones. Probablemente, la presencia de una sociedad capitalista y mercantilista ha favorecido la devaluación de las personas que presentan una edad avanzada y su estigmatización correspondiente (De la Fuente, 2008).

Las consecuencias del estigma en las personas mayores son diversas, resultando frecuente la creencia de que dicho colectivo supone una carga para la sociedad, la toma de decisiones por ellas o la ejecución de políticas y prácticas institucionales que favorecen la presencia de estereotipos y prejuicios asociados a este grupo poblacional. Entre dichas prácticas se encuentran los impedimentos u obstáculos interpuestos en la posibilidad de acceder a determinados tratamientos sociosanitarios (Observatorio de Personas Mayores, 2009).

Resulta altamente preocupante que la perpetuación de determinados estereotipos negativos asociados a la vejez por parte de los profesionales de la atención sociosanitaria, las instituciones políticas, investigadores y, en definitiva, de los individuos que forman parte de la sociedad, puede incrementar de manera considerable el riesgo de maltrato en las personas mayores. Además, la estigmatización y consecuente discriminación de las personas mayores reduce drásticamente su nivel de autoestima y sentimiento de autoeficacia, cuestión que, por un lado, incrementa la probabilidad de sufrir malos tratos y, por otro, reduce la posibilidad de buscar y encontrar el apoyo que necesitan (Pinazo-Hernandis, 2013).

En otro orden de cosas, el edadismo refuerza la tendencia por parte de las personas mayores a internalizar aquellas características negativas que se les atribuye a consecuencia de su edad, pues se genera un proceso semejante a la conocida “profecía autocumplida” y comienzan a comportarse de acuerdo a la imagen percibida. De esta manera, es posible que se produzca una reducción de su independencia y un aumento de la probabilidad de padecer depresión o de la mortalidad anticipada (Portal Mayores, 2004).

No existen muchos estudios que analicen los modos en los que es posible modificar las creencias negativas acerca de la edad. Las intervenciones basadas únicamente en el contacto no parecen ser suficientes para modificar los estereotipos y las actitudes negativas hacia los individuos con edad avanzada. Eliminar las creencias acerca de un determinado grupo resulta complicado y parece que aquellas técnicas que utilizan la exposición directa de la población joven con los individuos mayores, las que tratan de aumentar la sensibilidad hacia dicho grupo poblacional o las que pretenden generar espacios de cooperación conjunta, no proporcionan resultados claros acerca de los efectos positivos de las mismas (Richeson y Shelton, 2006).

Personas con daño cerebral adquirido

El daño cerebral adquirido (DCA) es un daño súbito en el cerebro que surge como consecuencia de diferentes patologías como por ejemplo un tumor cerebral, un traumatismo craneoencefálico (TCE) o un accidente cerebrovascular (Navarro-Main et al., 2018). El DCA, por tanto, puede aparecer tras un traumatismo -accidente de tráfico, caída, golpe, etc.- o un proceso interno -hemorragia, infección, accidente cerebrovascular, etc.- (Irwin y Fortune, 2014). Resulta necesario aclarar que dentro de la

clasificación de DCA no se incluye el daño cerebral congénito ni el daño cerebral perinatal (Navarro-Main et al., 2018).

Los efectos del DCA no siempre son observables a simple vista (Irwin y Fortune, 2014). A pesar de estar clasificado en términos médicos como una discapacidad física, las dificultades que puede generar el DCA a largo plazo van más allá del físico de la persona. La situación emocional, cognitiva, conductual y social del individuo también se puede ver afectada. Esta afectación multidisciplinar también puede ocurrir con las enfermedades mentales. De hecho, la población general -la cual tiene una idea errónea acerca de las dificultades de memoria o la recuperación tras el daño cerebral- tiende a relacionar el DCA con las enfermedades mentales. El conocimiento limitado, junto con las actitudes negativas hacia las personas con DCA, provoca que la posibilidad de estigmatizar y discriminar a las personas con DCA sea mayor. Es más, las personas con DCA son percibidas de manera más negativa que otros colectivos con algún tipo de daño físico, como lesiones en brazos y/o piernas. Aun así, la investigación sobre el estigma no ha tenido muy en cuenta a las personas con DCA (Poritz et al., 2018).

Las personas con una discapacidad, sobre todo si es visible, son más fácilmente estigmatizadas y por tanto discriminadas por su condición de discapacidad que por su origen étnico o género (Rohmer y Louvet, 2009). De esta manera, las personas con DCA que tienen discapacidades visibles son fácilmente estigmatizadas. La población realiza atribuciones erróneas y exagera sus limitaciones. Las personas con DCA que no tienen discapacidades visibles pueden vivir menor estigmatización automática fruto de la invisibilización de su situación. Esto, aunque pueda parecer positivo, resulta perjudicial puesto que no se detectan o reconocen sus necesidades (McClure, 2011).

Las actitudes hacia las personas con discapacidad y las personas con enfermedad mental difieren en función de la atribución de responsabilidad. La población percibe que las personas con enfermedad mental, a diferencia de las personas con discapacidad, tienen el control sobre su situación y son las responsables de las causas de su situación (Corrigan y Watson, 2002). Las actitudes hacia las personas con una discapacidad por DCA también varían en función de la etiología y la percepción del nivel de culpa. La población tiene más prejuicios hacia los individuos que son percibidos como culpables del DCA. Además, existen diferencias en función del género en las actitudes hacia

personas con DCA. Generalmente, las mujeres tienen actitudes más positivas hacia las personas con DCA que los hombres. Todavía no se conocen las causas de estas diferencias aunque se hipotetiza que podría deberse a los roles de género impuestos culturalmente (Irwin y Fortune, 2014). Cabe destacar que las evaluaciones positivas hacia los individuos con DCA pueden mejorar su situación social y sus funciones, facilitando una recuperación positiva y mejorando la calidad de vida (McLellan, Bishop y McKinlay, 2010).

Puede ser interesante mencionar que, las personas que conocen a alguien con una enfermedad mental o con una discapacidad intelectual, tienen actitudes más benevolentes y confían en los beneficios terapéuticos que genera la inclusión social de las personas con DCA en la comunidad. Además, adoptan menos actitudes socialmente restrictivas hacia las personas con DCA (Irwin y Fortune, 2014). Es más, se cree que en la población general, los factores experienciales como la educación o la profesión y, en menor medida los factores demográficos, influyen en la formación de creencias acerca de las personas con DCA (Poritz et al., 2018). Es posible que la familiaridad influya en las evaluaciones realizadas hacia personas con DCA (McLellan et al., 2010).

Actualmente, existe una tendencia dirigida a la desinstitucionalización y la inclusión social de las personas con DCA a través de la generación de espacios para los cuidados y la neurorehabilitación en lugares comunitarios. Esta situación, si no se lleva a cabo junto con intervenciones comunitarias específicas de prevención del estigma, podría aumentar la probabilidad de que las personas con DCA se expongan al prejuicio y discriminación, cuestión que podría generar efectos en su progreso neurorrehabilitativo así como en su salud mental y en la de sus familiares (Irwin y Fortune, 2014).

Existen múltiples estrategias para aliviar el estigma hacia personas con DCA, como la investigación científica aplicada, la prevención, el marketing social para la corrección de ideas erróneas, las políticas sociales y el apoyo social (Poritz et al., 2018).

Según Linden y Crothers (2006) las campañas educativas que ponen el foco en la persona que padece DCA podrían ser de gran ayuda para fomentar la integración social de las personas con DCA. Sería conveniente registrar los cambios en la percepción antes, durante y después de las intervenciones para poder probar su eficacia.

Las intervenciones en los colegios pueden ser muy pertinentes ya que resultan rentables económicamente, suponen una inversión de tiempo adecuada y generan efectos positivos que facilitan el proceso de lucha contra el estigma. De hecho, el período de la adolescencia es una etapa crítica en la cual los/as adolescentes reciben gran cantidad de información y adoptan nuevas actitudes. Por este motivo, las intervenciones anti-estigma podrían ser más efectivas con la población adolescente que se encuentra en una edad comprendida entre los 14 y los 18 años. Se ha visto que las intervenciones basadas en el contacto son más efectivas que las intervenciones educativas y que facilitan un incremento de las actitudes positivas y un descenso de aquellas de carácter negativo. Sin embargo, es importante tener en cuenta que no todas las personas con DCA tienen una discapacidad visible y que, por tanto, la presencia o ausencia de visibilidad puede afectar a los resultados de una intervención basada en el contacto para una adecuada modificación de actitudes (Irwin y Fortune, 2014).

El estigma ha sido estudiado a nivel internacional y existen múltiples investigaciones al respecto. Sin embargo, a día de hoy seguimos sin conocer cuestiones específicas que pueden resultar controvertidas o ayudar a identificar carencias en la investigación actual.

A lo largo de este trabajo se ha realizado una descripción pormenorizada de las características, causas y consecuencias del estigma como proceso en general. Además, se han especificado las diferencias que surgen como consecuencia de este proceso en función del colectivo de personas en cuestión, ya sean personas con enfermedad mental, sin hogar, personas mayores o personas con daño cerebral adquirido. Sin embargo, es imprescindible tomar en consideración a todas aquellas personas que se identifican con diferentes condiciones estigmatizantes de manera simultánea. La definición de colectivos tiene la ventaja de poder agrupar a personas que probablemente hayan experimentado situaciones similares. Sin embargo, este enfoque puede resultar excesivamente determinista, dando por sentado que por el hecho de haber padecido una enfermedad mental, o haber estado en situación de sinhogarismo, tendrás una experiencia subjetiva similar a otras personas que se encuentren en la misma situación. La perspectiva de los colectivos tiene el riesgo de obviar las características personales, las necesidades individuales y todos aquellos casos de personas que no se identifican única y exclusivamente con un colectivo.

Además de la posible “pertenencia” a más de uno de los cuatro colectivos estigmatizados comentados a lo largo de este trabajo, es conveniente adoptar una perspectiva interseccional teniendo en cuenta los múltiples factores que están implicados en la generación de desigualdades. Es decir, es preciso considerar el hecho de ser mujer o de pertenecer a un grupo de personas minorizado -como por ejemplo, de un determinado origen etnocultural-, por el nivel de recursos económicos, por la privación de acceso a determinados niveles educativos o por la apariencia física, entre otros.

Para poder luchar contra el estigma, además de tener en cuenta las diferentes situaciones de necesidad, la pertenencia simultánea a colectivos diferentes, o la presencia de características que pueden relacionarse con un mayor riesgo de sufrir discriminación, es importante potenciar la evaluación de las propuestas de lucha contra el estigma que se plantean y se llevan a cabo. La investigación teórica sobre el estigma, el diseño de intervenciones para luchar contra éste y la puesta en práctica de dichas intervenciones, suponen un esfuerzo a nivel social. Este esfuerzo es en vano si no se realizan evaluaciones de las intervenciones para conocer los resultados y el impacto que pueden tener a corto, medio y largo plazo en poblaciones diversas social y culturalmente.

Objetivos

En la presente investigación se plantean una serie de objetivos específicos para conocer de forma precisa cómo se configura la estigmatización que sufren los individuos que forman parte de los colectivos estudiados previamente. Concretamente pretende:

- Analizar las dimensiones estigmatizantes diferenciales para cada colectivo evaluado.
- Comparar si existen diferencias significativas en el nivel de estigmatización en función del grado de familiaridad para cada colectivo.
- Describir las posibles diferencias en actitudes estigmatizadoras en relación con la proximidad con un centro de atención social para los diferentes colectivos (preferentemente, centros gestionados por Grupo 5).
- Describir las posibles diferencias en actitudes estigmatizadoras en relación con la ciudad y el lugar en donde se realice la recogida de datos.

Método

Diseño

Para la realización de la presente investigación se adoptó un diseño de tipo transversal ya que el proceso de recogida de datos se llevó a cabo en un único momento temporal y no experimental, pues no se produce ningún tipo de manipulación en las variables utilizadas. Además, se combinó el nivel de explicación descriptivo y comparativo. Por un lado, sigue un nivel descriptivo ya que se ha utilizado la encuesta como método de investigación y, por otro, un nivel comparativo pues, sigue un método ex post facto y correlacional. Es posible afirmar que el método resulta ex post facto ya que, a través de este estudio, se ha pretendido conocer cómo influyen diferentes variables en el grado de estigmatización de la muestra empleada. Asimismo, sigue un método correlacional ya que se ha tratado de observar la variación de determinadas variables en relación a la estigmatización de los colectivos mencionados previamente.

Muestra

El universo poblacional del estudio estaba formado por personas mayores de 18 años pertenecientes a la Comunidad de Madrid y el País Vasco, concretamente, por individuos que se encontraban en la ciudad de Madrid, Aranjuez, Alcalá de Henares, Vitoria y San Sebastián.

La muestra total empleada fue de 1714 personas (67,5% mujeres y 32,5% hombres), de las que 914 (53,3% del total) pertenecían a la base de datos online de Grupo 5 y, por tanto, respondieron de forma virtual a través de Google Cuestionarios. Las restantes 800 personas (46,7% del total) respondieron de manera presencial. La media de edad de los sujetos fue de 41,36 años, distribuyéndose en un rango de 83 años (desde los 18 años hasta los 101 años). Cabe destacar que, para obtener los participantes de la investigación, se utilizó el procedimiento no probabilístico por conveniencia.

A continuación (véase Figura 1), se puede observar la distribución de la muestra de personas obtenida a pie de calle en función del sexo, la ciudad y el entorno en el que respondieron el cuestionario (cerca de un centro que atiende a personas con enfermedad mental grave, de un centro que atiende a personas sin hogar, de un centro que atiende a personas con daño cerebral o de un centro que atiende a personas mayores/ancianas).

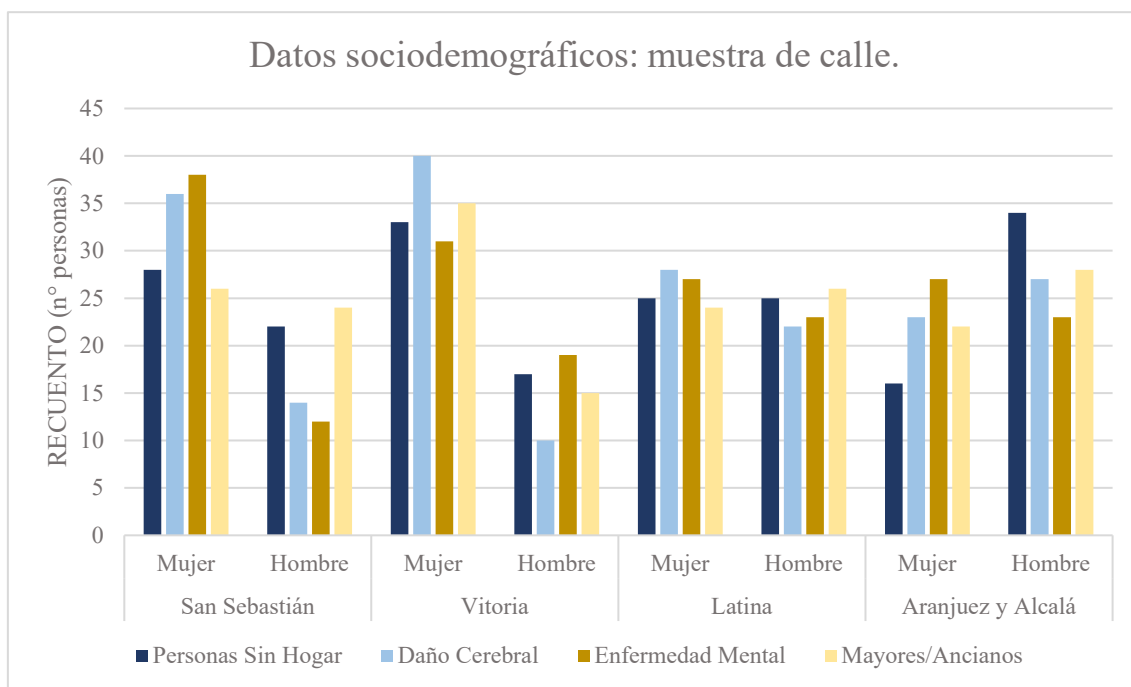


Figura 1. Datos sociodemográficos: muestra de calle.

De manera similar (véase Figura 2), se encuentra representada la muestra utilizada en la aplicación del cuestionario vía online en función del sexo de los participantes.

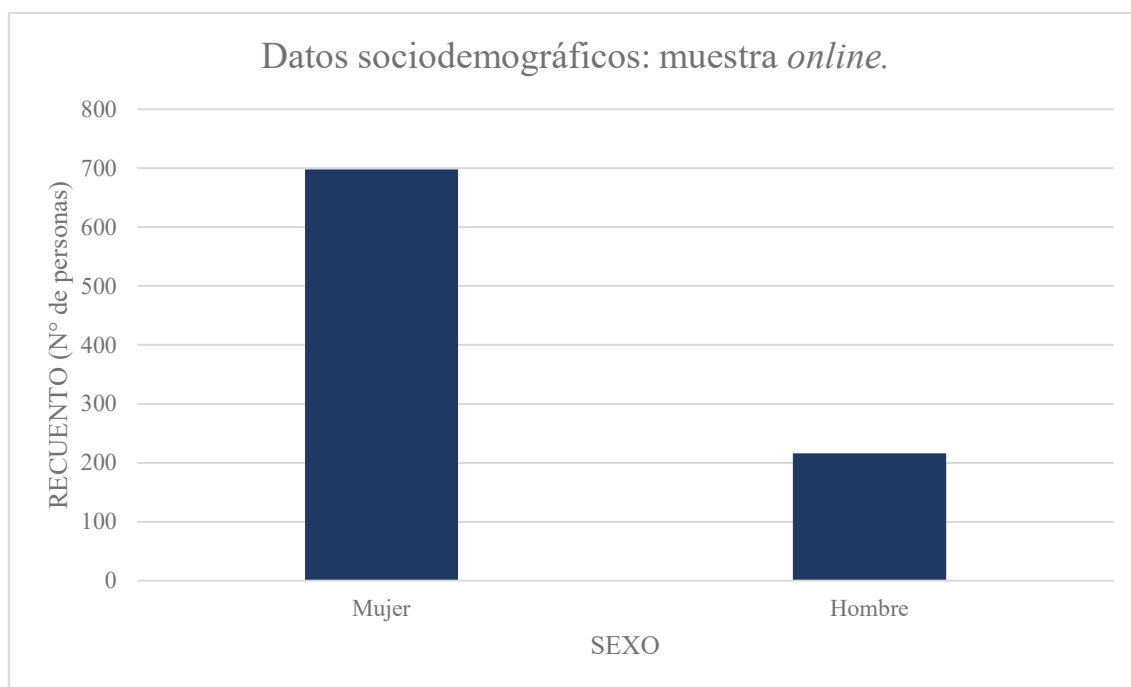


Figura 2. Datos sociodemográficos: muestra online.

Instrumento

Se ha utilizado el *Cuestionario de Atribución de Discapacidad Psiquiátrica* (PDAQ) (Corrigan et al., 2000), validado y traducido al español (Muñoz et al., 2009) para recoger información acerca del grado de estigmatización hacia los colectivos de personas con enfermedad mental, personas sin hogar, personas con daño cerebral y personas mayores o ancianas. La escala de respuesta del cuestionario es tipo Likert, con un rango de 1 (totalmente de acuerdo) a 7 (totalmente en desacuerdo). Este cuestionario arroja valores para 5 dimensiones del estigma en cada colectivo (pena, estabilidad tratamiento médico, estabilidad tratamiento psicológico, controlabilidad evitación, controlabilidad culpa y estabilidad recuperación), así como una puntuación del estigma total.

Además, se han añadido cinco ítems que evalúan la familiaridad de las personas hacia los colectivos mencionados previamente y cinco ítems para conocer si los participantes del estudio conocen la existencia de un centro en su barrio que atienda a personas pertenecientes a los colectivos objeto de estudio. Asimismo, se han añadido diferentes ítems para recoger información sociodemográfica que puede resultar relevante (véase Apéndice A: Cuestionario Administrado).

Por otra parte, para realizar el análisis estadístico de los datos recogidos, se utilizó el programa estadístico *SPSS* (versión 25). Además, con el objetivo de elaborar

de tablas y gráficas que permitan interpretar de resultados de un modo más esclarecedor, se utilizó la aplicación *Microsoft Excel*.

Procedimiento

En primer lugar, se llevó a cabo un lanzamiento *vía online* del cuestionario a todas las personas que mantienen contacto con Grupo 5, utilizando posteriormente un procedimiento de muestreo de bola de nieve para conseguir un mayor número de participantes. El número de participantes según esta vía de acceso fue de 914 personas.

En segundo lugar, se administraron cuestionarios a pie de *calle* en Madrid Centro, Madrid Comunidad, San Sebastián y Vitoria, municipios en los que se acudió a entornos cercanos a centros que atendieran a los colectivos evaluados, otorgando preferencia a los centros gestionados por Grupo 5. Resulta necesario mencionar que, para recoger la información en Madrid Centro, se acudió a diferentes localizaciones pertenecientes al distrito de la Latina y, para recolectar datos en Madrid Comunidad se acudió a Aranjuez y a Alcalá de Henares.

La muestra de 800 personas utilizada para recoger información a pie de calle, se segmentó de la siguiente manera: 200 participantes en Madrid Centro, 200 en Madrid Comunidad, 200 en San Sebastián y 200 en Vitoria. Además, dentro de cada uno de estos lugares, 50 sujetos fueron encuestados cerca de un centro para mayores, 50 cercanos a un centro para personas con enfermedad mental, 50 cercanos a un centro para personas con daño cerebral adquirido y 50 cercanos a un centro para personas sin hogar. Tras haber recopilado toda la información necesaria, se realizó un análisis de datos estadístico de la información obtenida.

Resultados

Validez y fiabilidad del instrumento

En primer lugar, para comprobar si los ítems utilizados en el cuestionario PDAQ miden lo que teóricamente deben medir, se llevó a cabo un análisis de fiabilidad de la prueba, obteniendo un resultado adecuado en el mismo ($\alpha=0,812$). Además, se observó minuciosamente si las puntuaciones de la totalidad de los ítems resultaban consistentes, así como las modificaciones que generaban en la fiabilidad total tras una hipotética eliminación de los mismos (véase Apéndice B: Fiabilidad por ítems).

A continuación, se realizó un análisis factorial con el objetivo de conocer la validez del instrumento, es decir, para averiguar cuál es la distribución de los ítems en los diferentes factores planteados teóricamente. Tras la ejecución de la prueba, se

observó que el instrumento se organiza en cinco factores que agrupan los veinticuatro ítems que forman parte de la misma, logrando explicar un 58,04% de la varianza.

En el *primer factor* se agrupan los ítems uno, seis, nueve, once, quince, dieciocho, veinte y veintiuno. En el *segundo factor* se organizan los ítems cinco, doce, diecisiete y veinticuatro. En el *tercer factor* se encuentran los ítems dos, diez, catorce y veintidós. En el *cuarto factor* se agrupan los ítems cuatro, ocho, dieciséis y veintitrés. Por último, en el *quinto factor* se observan los ítems tres, siete, trece y diecinueve (véase Apéndice C: Matriz de Componente Rotado).

Descripción de la muestra: edad, género y vía de aplicación

Con la finalidad de conocer si existen diferencias en el grado de estigmatización en función de los grupos edad, se ha llevado a cabo la prueba de Kruskal-Wallis obteniendo diferencias significativas entre los grupos de edad de *Mayores-Adultos* y entre los grupos de edad *Jóvenes-Adultos*. Tal y como se ha comentado con anterioridad, debido a la dirección de las puntuaciones de la escala, se decidió invertir el valor de los promedios PDAQ en cada grupo de edad para mejorar su comprensión en la representación gráfica.

Como se puede observar a continuación (Figura 3), por un lado, la media de estigma en el grupo de Mayores ($\bar{x}=2,84$) es superior a la del grupo de Adultos ($\bar{x}=2,60$) y, por otro, la media de los Jóvenes ($\bar{x}=2,72$) cuenta con un valor numérico superior a la del grupo de Adultos ($\bar{x}=2,60$). Conocer en qué grupos de edad se produce una mayor estigmatización podría ser de gran interés a la hora de planificar diferentes intervenciones dirigidas a reducir el grado de estigmatización en las diferentes etapas evolutivas.

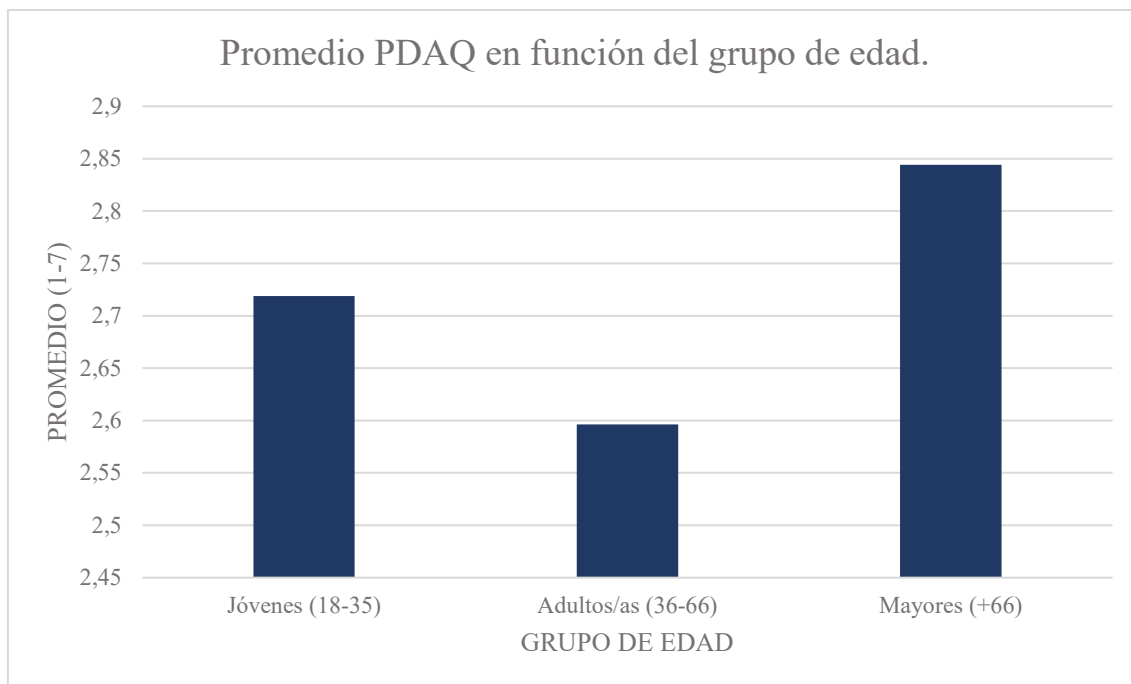


Figura 3. Promedio PDAQ en función del grupo de edad.

Por otra parte, como se ha observado en la Figura 2 para la muestra online, a pesar de que existe una gran diferencia en género en quienes responden al cuestionario, según la prueba ANOVA para un factor ($F_{1,1713}=0,905$, $p=0,342$), no existen diferencias significativas en el estigma total para el género en la muestra total (Ver también Figura 2).

A continuación, para conocer las actitudes estigmatizadoras de las personas cercanas a centros de atención social -preferentemente gestionados por Grupo 5- y las actitudes estigmatizadoras de las personas relacionadas con Grupo 5 de manera virtual, se calculó el promedio de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario PDAQ administrado tanto en formato *online* como en formato *presencial*. Teniendo en cuenta que la escala de respuesta del cuestionario oscila entre 1 (totalmente de acuerdo) y 7 (totalmente en desacuerdo), las puntuaciones promedio más cercanas a 1 indican un mayor nivel de estigmatización y a un 7 un menor nivel de estigmatización. Sin embargo, para que la interpretación de los datos a partir de las gráficas sea más esclarecedora, se decidió invertir el valor de los promedios PDAQ de las respuestas del cuestionario online y de las respuestas del cuestionario de calle ya que, de este modo, a mayor puntuación es posible afirmar que se produce un mayor grado de estigmatización.

Así, tal y como se observa en la próxima gráfica (Figura 4), el promedio PDAQ de las personas que respondieron al cuestionario *online* tiene un valor de 2,65 y el promedio PDAQ de las respuestas recolectadas en *entornos cercanos a centros de atención social* es de 2,66. Además, se llevó a cabo una prueba T para muestras independientes para conocer si existen diferencias significativas en el grado de estigmatización de los participantes en función de si han cumplimentado el cuestionario vía online o, por el contrario, si lo han respondido en la calle. Los resultados señalan que no existen diferencias significativas en el grado de estigmatización en función de la vía de aplicación del cuestionario ($t = -0,222, p \leq 0,824$).

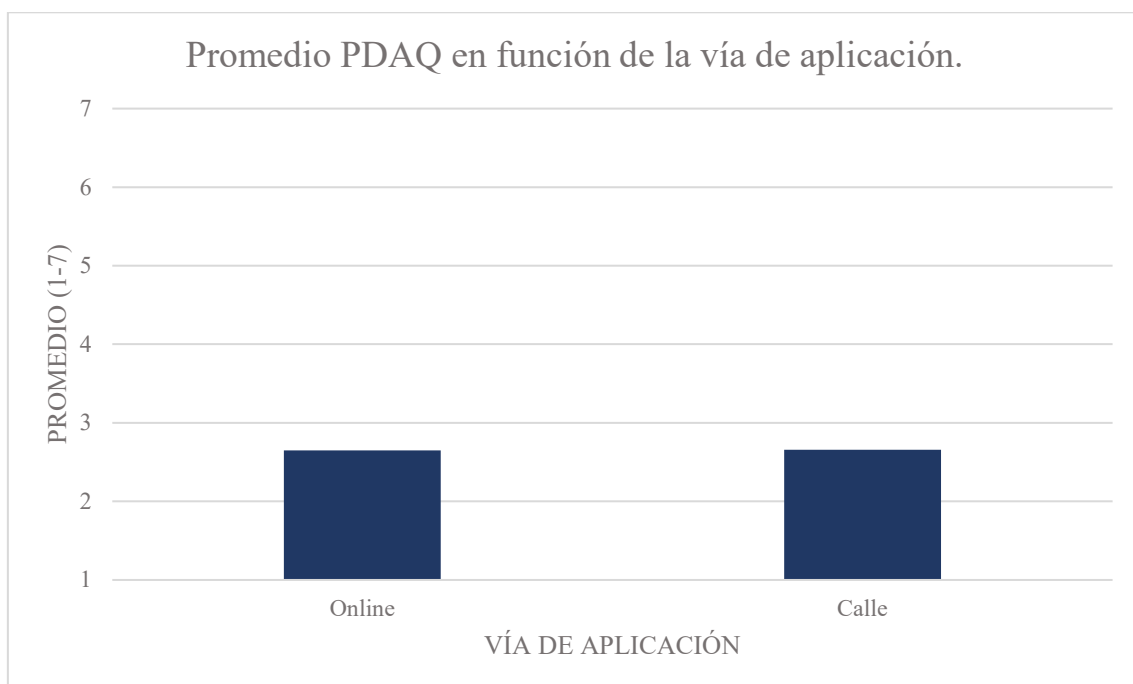


Figura 4. Promedio PDAQ en función de la vía de aplicación

Dimensiones estigmatizantes diferenciales para cada colectivo

Tras esto, con el objetivo de conocer las dimensiones estigmatizantes diferenciales para cada colectivo evaluado, es decir, para averiguar si existen diferencias significativas en el grado de estigmatización en función de la condición estigmatizante por cada colectivo estudiado, se utilizó la prueba de ANOVA de un factor para medidas repetidas. Las diferencias entre pares de ítems resultaron significativas ($p \leq 0,001$) a excepción de los pares de Enfermedad Mental Tratamiento Médico- Ancianos Tratamiento Médico y Daño Cerebral Evitación-Ancianos Evitación (véase Apéndice D: Comparaciones por pares).

De la misma manera que en anteriores ocasiones, se tomó la decisión de invertir las puntuaciones obtenidas para poder representar gráficamente que, cuanto más elevado es el promedio PDAQ en la dimensión estigmatizante concreta, mayor será el grado de estigmatización. Así, a mayor puntuación en el promedio de PDAQ en la dimensión estigmatizante en cuestión, se produce una mayor estigmatización.

Tal y como puede observarse a continuación (Figura 5), los ítems que hacen referencia al colectivo de personas sin hogar obtuvieron la mayor puntuación en las dimensiones estigmatizantes de *pena* ($\bar{x}= 4,75$), *tratamiento médico* ($\bar{x}=2,50$), *tratamiento psicológico* ($\bar{x}=2,81$), *evitación* ($\bar{x}= 2,44$) y *culpa* ($\bar{x}= 2,48$). Por otro lado, los ítems que hacen referencia al colectivo de personas mayores/ancianos son los que mostraron la mayor puntuación en la dimensión estigmatizante *recuperación* ($\bar{x}= 4,33$).

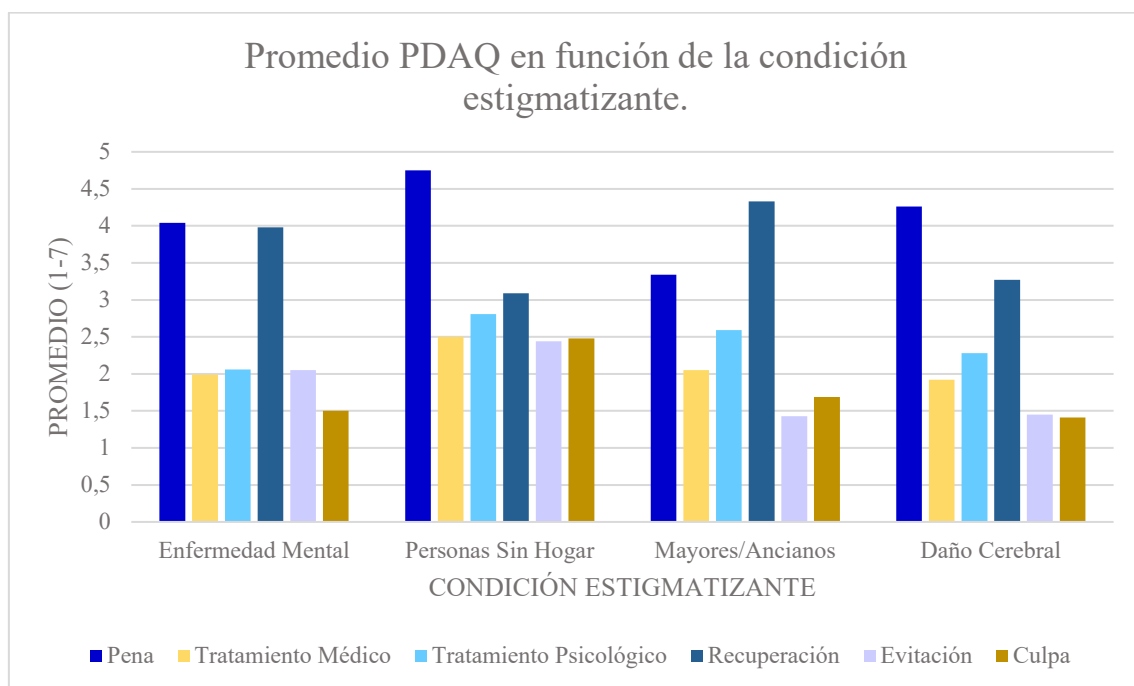


Figura 5. Promedio PDAQ en función de la condición estigmatizante.

Familiaridad con los colectivos

Tratando de conocer cómo se distribuyen las variables familiaridad y proximidad en la muestra empleada, se llevó a cabo un análisis descriptivo y una representación gráfica para observar los datos obtenidos de un modo más esclarecedor.

Tal y como puede apreciarse a continuación (Figura 6), un 2,74% de los individuos encuestados relataron padecer una enfermedad mental, un 20,45% mencionaron tener un familiar que padece una enfermedad, un 28,05% expusieron conocer a una persona próxima que padece una enfermedad mental, un 26,06%

relataron conocer a una persona con enfermedad mental debido a su profesión y un 22,67% mencionaron no conocer a ningún individuo que sufriera algún tipo de enfermedad mental.

Tomando como referencia la familiaridad con el colectivo de personas sin hogar, un 1,11% de los individuos encuestados afirmaron encontrarse sin hogar, un 2,17% manifestaron tener un familiar que se encuentra en dicha situación, un 20,82% expresaron que conocen a una persona próxima que se encuentra sin hogar, un 23,28% de la muestra expuso que conoce a personas que forman parte de este colectivo debido a su profesión y, por último, un 52,60% de las personas encuestadas mencionó no conocer a nadie que se encuentre en dicha situación.

Respecto a la familiaridad con el colectivo de personas mayores/ancianas, un 4,69% de los individuos encuestados afirmaron pertenecer a dicho colectivo, un 75,86% mencionó tener un familiar perteneciente a ese grupo de edad, un 12,27% expresó conocer a una persona próxima que se encuentra en esa situación, un 5,93% manifestó conocer a una persona anciana/mayor gracias a su profesión y un 1,23% apuntó no conocer a ningún individuo perteneciente al colectivo de ancianos/personas mayores.

En cuanto a la familiaridad con personas que han sufrido daño cerebral, un 1,05% de la muestra afirmó ser una persona que ha sufrido daño cerebral, un 21,58% expresó tener un familiar que ha sufrido daño cerebral, un 30% manifestó conocer a una persona próxima en esta situación, un 21,17% apuntó conocer a personas con daño cerebral por la profesión que ejercen y, por último, un 26,11% de las personas encuestadas mencionó no conocer a ninguna persona con daño cerebral.

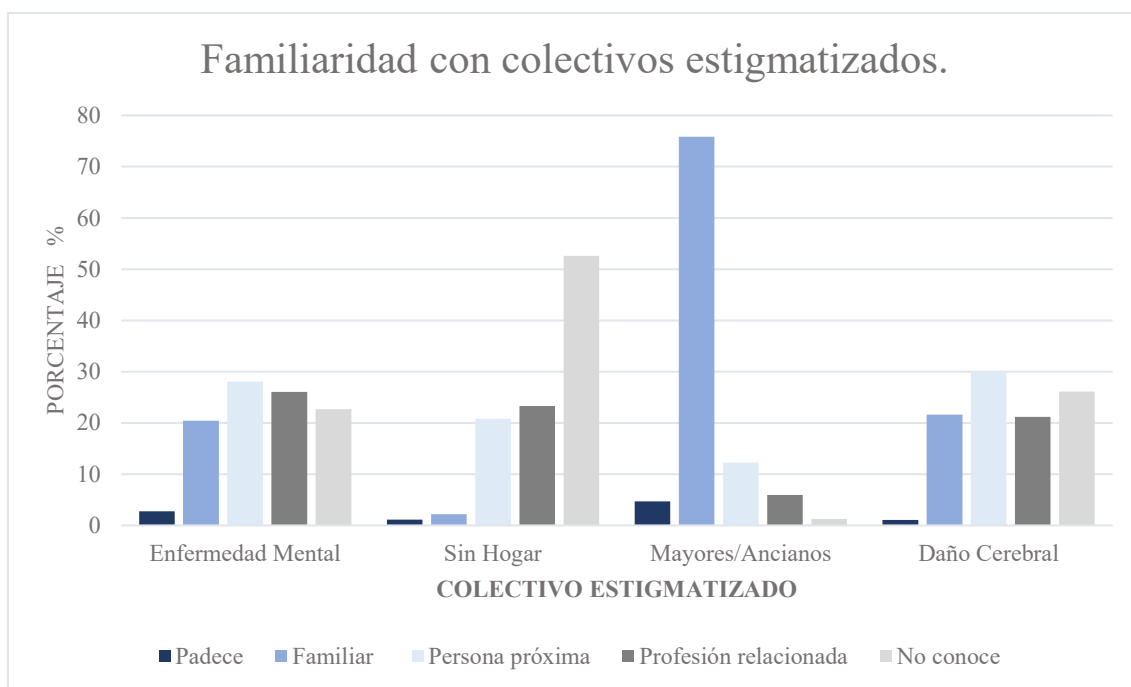


Figura 6. Familiaridad con colectivos estigmatizados.

De manera similar, para comparar si existen diferencias significativas según el grado de familiaridad con el colectivo, es decir, para conocer si en función de la familiaridad con individuos pertenecientes a los cuatro colectivos mencionados hay diferencias significativas en el grado de estigmatización, se utilizó por un lado, la prueba de ANOVA de un factor en los ítems referidos a los colectivos de personas con enfermedad mental, daño cerebral y personas mayores y, por otro, la prueba de Brown-Forsythe en los ítems relacionados con el colectivo de personas sin hogar.

Se encontraron diferencias significativas en las cuatro pruebas realizadas por lo que es posible afirmar que, en función de la familiaridad que los individuos encuestados mantienen con personas pertenecientes a los colectivos comentados previamente, van a existir diferencias en el grado de estigmatización hacia los mismos. En la siguiente gráfica (véase Figura 7) se pueden observar los promedios de PDAQ invertidos obtenidos para los ítems referidos a cada colectivo en función de la familiaridad.

Cabe destacar que, en los ítems que hacen referencia al colectivo de personas que sufren una enfermedad mental, se obtuvo un mayor grado de estigma cuando los participantes conocían a una persona próxima con dicha enfermedad ($\bar{x}=2,64$). La segunda mayor puntuación en estigma se obtuvo cuando los participantes manifestaron padecer una enfermedad mental ($\bar{x}=2,61$). La siguiente mayor puntuación en el grado de estigmatización hacia las personas con enfermedad mental se encuentra cuando los

individuos que cumplimentaron el cuestionario expresaron no conocer a ningún individuo en esas circunstancias ($\bar{x}=2,61$). La cuarta mayor puntuación se observa en aquellos participantes que manifestaron tener un familiar que padece una enfermedad mental ($\bar{x}= 2,54$). Por último, el menor nivel de estigma hacia el colectivo de personas con enfermedad mental se encuentra cuando los participantes del estudio expresaron conocer a una persona con esta condición como consecuencia de la profesión que ejercen ($\bar{x}=2,47$).

Respecto a los ítems que hacen referencia al colectivo de personas mayores/ancianas, en primer lugar, el mayor grado de estigmatización se encuentra cuando los individuos que cumplimentaron el cuestionario manifestaron no conocer a ninguna persona perteneciente a dicho colectivo ($\bar{x}=2,84$). En segundo lugar, se produce un mayor estigma cuando los participantes declararon pertenecer al colectivo de personas mayores/ancianas ($\bar{x}=2,60$). En tercer lugar, se observan mayores valores en estigmatización cuando los participantes expresaron tener un familiar que pertenece a dicho colectivo ($\bar{x}=2,59$). En cuarto lugar, el mayor nivel de estigma se encuentra cuando los individuos que cumplimentaron el cuestionario manifestaron conocer a una persona próxima a ellos mayor/anciana ($\bar{x}=2,49$). Por último, el menor nivel de estigma se halla cuando los participantes declararon conocer a personas pertenecientes al colectivo mencionado como consecuencia de la profesión que ejercen ($\bar{x}=2,32$).

En cuanto al nivel de estigma en los ítems referidos al colectivo de personas con daño cerebral, el mayor grado de estigmatización se encuentra cuando las personas manifestaron no conocer a ningún individuo con esta condición ($\bar{x}=2,57$). En segundo lugar, se observa un mayor nivel de estigma cuando los participantes apuntaron tener un familiar con daño cerebral ($\bar{x}=2,462$). La tercera mayor puntuación se observa en aquellos individuos que afirmaron conocer a una persona próxima perteneciente al colectivo de personas con daño cerebral ($\bar{x}=2,43$). Seguidamente, se encuentran aquellos individuos que declararon conocer a personas que han sufrido daño cerebral por la profesión que ejercen ($\bar{x}=2,24$). El menor nivel de estigma se localiza en aquellos individuos que manifestaron padecer un determinado daño cerebral ($\bar{x}=2,11$).

Por último y, en referencia a aquellos ítems que se refieren al colectivo de personas sin hogar, se observa la mayor puntuación de estigma cuando las personas que cumplimentaron el cuestionario afirmaron no conocer a nadie en esa situación ($\bar{x}=3,14$).

El segundo mayor nivel de estigma se localiza en aquellos participantes que expresaron pertenecer a dicho colectivo ($\bar{x}=2,97$). La tercera mayor puntuación se observa cuando las personas expresaron conocer a una persona próxima en estas circunstancias ($\bar{x}=2,93$). Seguidamente, se encuentran los participantes que relataron conocer a una persona sin hogar como consecuencia de la profesión que ejercen ($\bar{x}=2,84$). Para finalizar, el menor nivel de estigma se localiza en aquellos individuos que expresaron tener un familiar perteneciente al colectivo de personas sin hogar ($\bar{x}=2,72$).

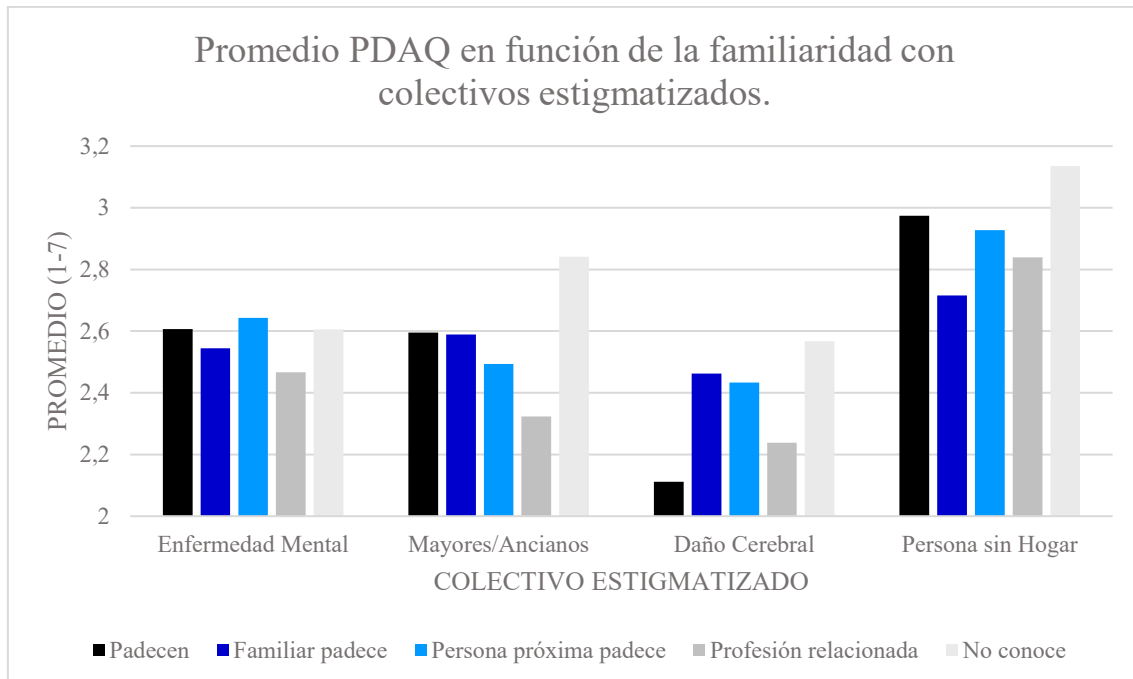


Figura 7 Promedio PDAQ en función de la familiaridad con colectivos estigmatizados.

Proximidad con los colectivos

En cuanto a la variable proximidad (véase Figura 8) y, tomando como referencia el colectivo de personas con enfermedad mental, un 28,92% de la muestra afirmó que en el barrio en el que residen hay un centro que atiende a personas con enfermedad mental, un 49,82% de los individuos encuestados manifestaron que en su barrio no hay un centro que atienda a dicho colectivo de personas y un 21,25% de personas expresó no saber si existe o no un centro de tales características en su barrio.

Por otra parte, un 25,58% de la muestra empleada manifestó que en su barrio es posible localizar un centro que atienda a personas sin hogar, un 50,87% expresó que no existe ningún centro que atienda a dicho colectivo en su barrio y un 23,53% declaró desconocer la existencia de un centro que atienda a personas que se encuentran sin hogar.

Respecto a la proximidad hacia el colectivo integrado por personas ancianas/mayores, un 77,38% de los participantes del estudio manifestó que en su barrio es posible encontrar un centro que atienda a personas mayores/ancianas, un 15,42% afirmó que en su barrio no es posible localizar un centro de tales características y, por último, un 7,18% declaró no conocer si existe o no un centro que atienda al colectivo de personas mayores/ancianas en el barrio en el que reside.

Para finalizar, un 17,58% de los participantes afirmó que en su barrio es posible encontrar un centro que atienda a personas que han sufrido daño cerebral, un 53,85% de la muestra señaló que en su barrio no existen centros de atención social para personas que padecen daño cerebral y el 28,56% declaró que no sabía si en su barrio de residencia existe un centro que atienda a personas pertenecientes a dicho colectivo.

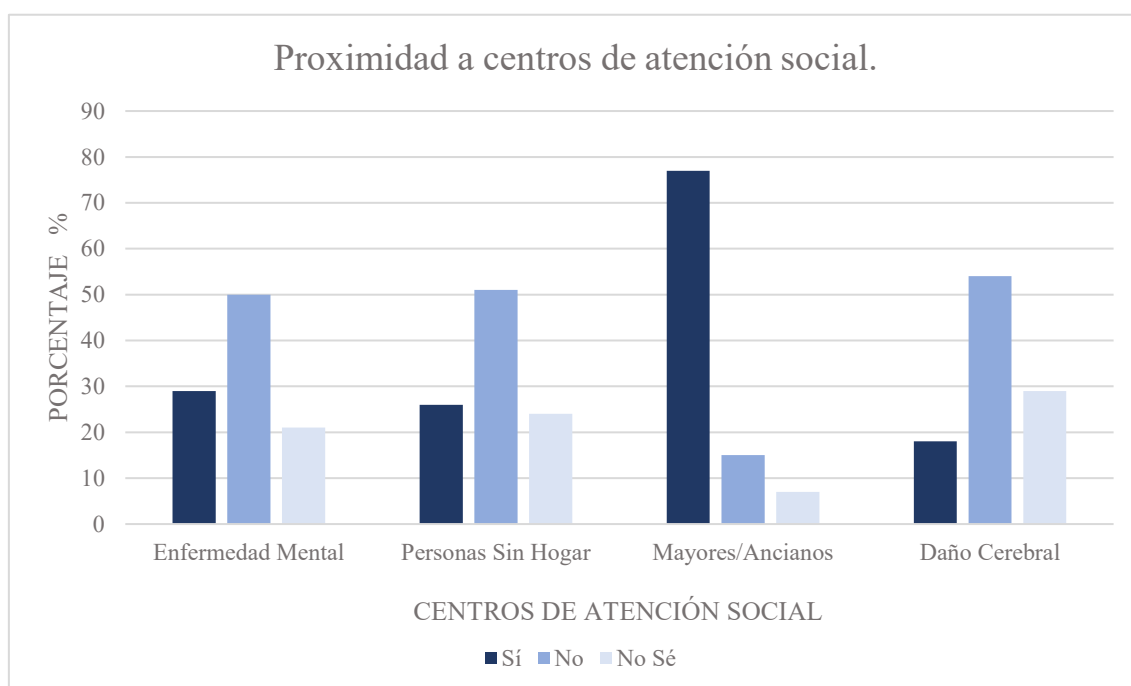


Figura 8. Proximidad a centros de atención social.

Por otra parte y, en relación al objetivo que desea comparar si existen diferencias significativas en función de la existencia o no de un centro de atención social para este colectivo, es decir, para conocer si existen diferencias en el grado de estigmatización en función de la proximidad que mantienen los individuos encuestados con un centro que atiende a los colectivos de personas que se están tratando en el presente estudio, se llevó a cabo la prueba de ANOVA de un factor para los ítems referidos a los colectivos de personas mayores/ancianas, de personas con daño cerebral y de personas sin hogar. En los ítems referentes al colectivo de personas con enfermedad mental, al no cumplirse

el supuesto de homogeneidad de varianzas con la prueba de ANOVA de un Factor, fue necesario utilizar la prueba de Brown-Forsythe.

Se encontraron diferencias significativas en la estigmatización en función del nivel de proximidad en aquellos ítems referidos al colectivo de personas con enfermedad mental, daño cerebral y personas sin hogar. De esta manera, puede afirmarse que, en función de la proximidad que mantienen los individuos encuestados con un centro que atiende a los tres colectivos mencionados previamente, se encuentran diferencias en la estigmatización que se ejerce a los individuos pertenecientes a los mismos. A continuación (Figura 9), se pueden observar los promedios de PDAQ invertidos obtenidos para los ítems que hacen referencia a cada colectivo en función de la proximidad que mantienen los participantes del estudio a un centro que atiende a los individuos pertenecientes a dichos colectivos.

Respecto a los ítems que hacen referencia al colectivo de personas con enfermedad mental, el mayor nivel de estigmatización se observa cuando los participantes expresaron que no sabían si en su barrio de residencia existe un centro que atienda a personas pertenecientes a dicho colectivo ($\bar{x}=2,83$). El segundo mayor nivel de estigma se localiza cuando los individuos manifestaron que no hay ningún centro en su barrio que atienda a personas con enfermedad mental ($\bar{x}=2,60$). El menor nivel de estigma se sitúa en aquellos casos en los que los participantes declararon conocer un centro en su barrio que trata a personas pertenecientes a dicho colectivo ($\bar{x}=2,44$).

En aquellos ítems que se refieren al colectivo de personas mayores/ancianas, el mayor estigma se observa cuando los participantes expresaron que no sabían si en su barrio de residencia existe un centro que atienda a personas pertenecientes a dicho grupo poblacional ($\bar{x}=2,64$). Seguidamente, se encuentran aquellos participantes que manifestaron conocer un centro de dichas características ($\bar{x}=2,57$). El menor nivel de estigma se localiza en aquellos participantes que afirman la ausencia de un centro en su barrio que atienda al colectivo de personas mayores/ancianas ($\bar{x}=2,52$).

En cuanto a los ítems relacionados con el nivel de estigma hacia las personas con daño cerebral, el mayor nivel de estigma se observa cuando los participantes expresaron que no sabían si en su barrio de residencia existe un centro que atienda a personas pertenecientes a dicho colectivo ($\bar{x}=2,55$). El segundo mayor nivel de estigma se localiza cuando los individuos manifestaron que en su barrio no hay un centro con las

características mencionadas ($\bar{x}=2,42$). Por último, el menor grado de estigmatización se sitúa en aquellos participantes que señalaron que en su barrio hay un centro que atiende al colectivo de personas con daño cerebral ($\bar{x}=2,27$).

Para finalizar y, tomando como referencia aquellos ítems que se refieren al colectivo de personas sin hogar, el mayor nivel de estigma se observa cuando los participantes expresaron desconocer la existencia o ausencia de un centro en su barrio que atienda a personas sin hogar ($\bar{x}=3,11$). Seguidamente, se encuentran aquellos casos en los que los individuos que cumplieron el cuestionario manifestaron que en su barrio no hay un centro de dichas características ($\bar{x}=3,03$). El menor nivel de estigma se produce cuando los participantes señalaron conocer un centro en su barrio que atiende a individuos sin hogar ($\bar{x}=2,88$).

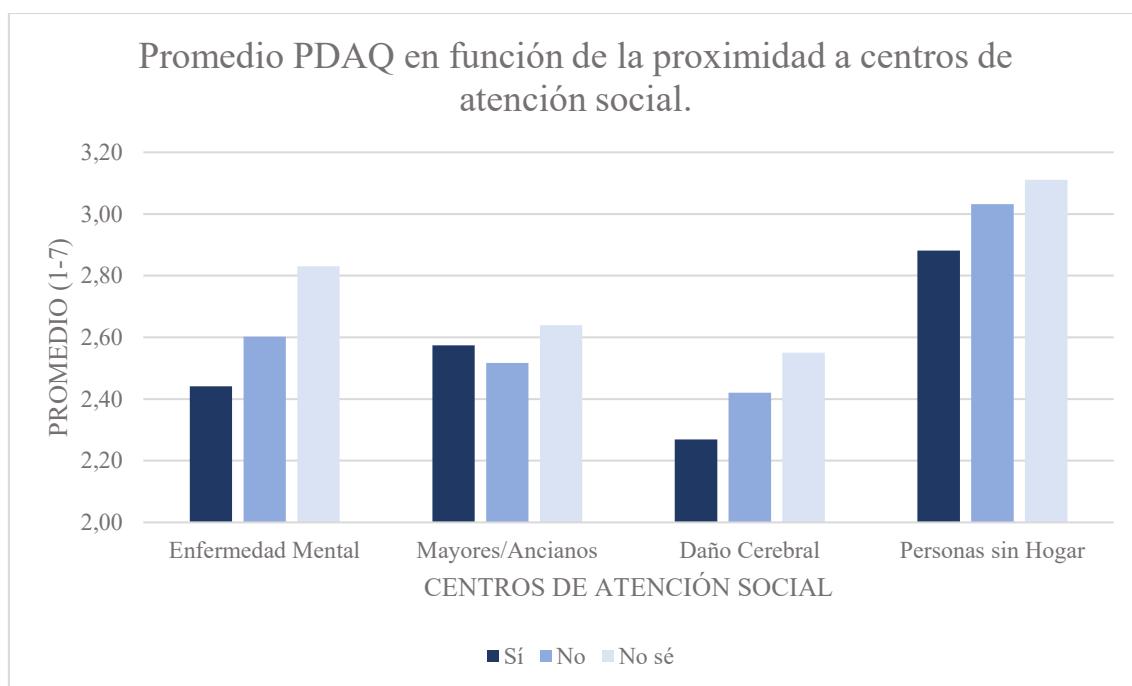


Figura 9. Promedio PDAQ en función de la proximidad a centros de atención social.

Ciudad de aplicación del instrumento

Con el objetivo de describir las posibles diferencias en actitudes estigmatizantes en relación con la ciudad en la que se ha aplicado el cuestionario, se realizó la prueba de Kruskal-Wallis, obteniéndose diferencias significativas entre las ciudades *Vitoria-Madrid Centro*, entre *Vitoria-Madrid Comunidad* y entre *San Sebastián-Madrid Comunidad*. Al observar los valores invertidos del promedio PDAQ en cada ciudad

(véase Figura 10), se observa que las ciudades en las que se produce una mayor estigmatización son Vitoria ($\bar{x}= 2,81$) y San Sebastián ($\bar{x}= 2,71$).

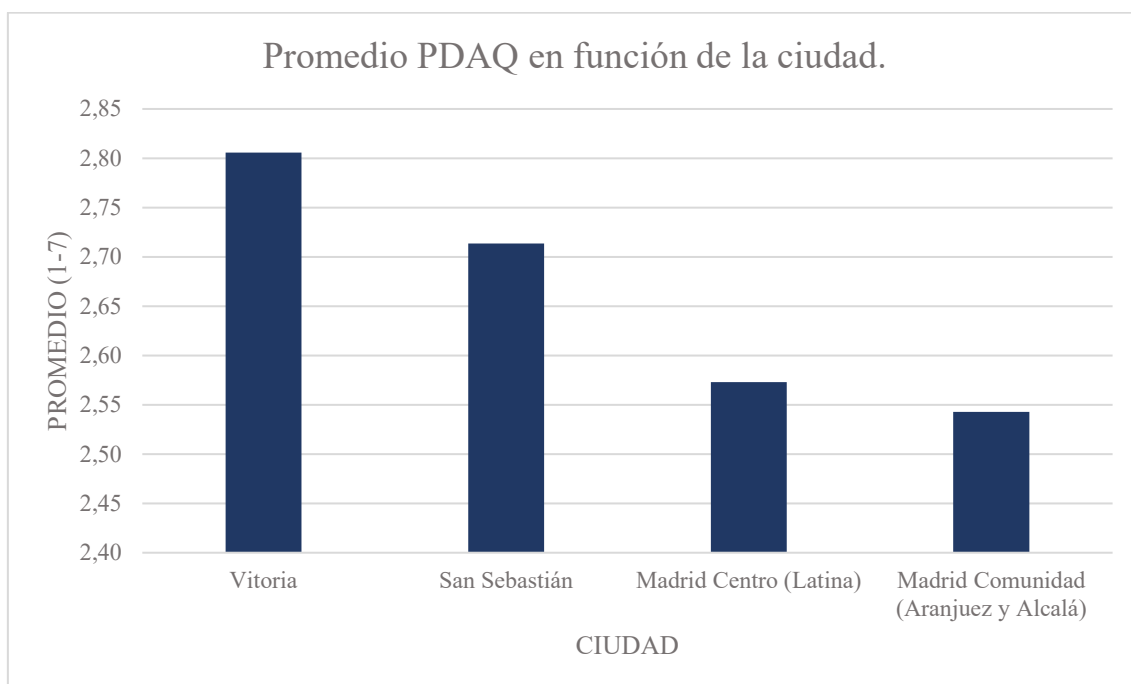


Figura 10. Promedio PDAQ en función de la ciudad.

Lugar de aplicación del instrumento (sólo muestra de calle)

A continuación, para lograr describir las posibles diferencias en las actitudes estigmatizadoras en relación al entorno en el que se aplica el cuestionario (ya sea un entorno cercano a un centro que atiende a personas con enfermedad mental, a personas sin hogar, a personas mayores/ancianas o a personas con daño cerebral), se llevó a cabo la prueba ANOVA para un Factor. Se encontraron diferencias significativas en el promedio de los ítems que hacen referencia a las personas con enfermedad mental ($p \leq 0,035$) por lo que es posible afirmar que existen diferencias significativas en el grado de estigmatización del colectivo de personas con enfermedad mental en función del entorno de aplicación del cuestionario. Estas diferencias se hallan cuando el cuestionario es

cumplimentado en entornos cercanos a centros que atienden a personas con daño cerebral y personas mayores/ancianas ($p \leq 0,042$).

Las medias del promedio PDAQ referentes al colectivo de personas con enfermedad mental mostraron diferencias significativas en función de si se realizaron los cuestionarios en un entorno cercano a centros para personas mayores/ancianas y a centros para personas con daño cerebral. En este caso, se observa (véase Figura 11) que cuando el cuestionario se aplica en entornos cercanos a centros para mayores se obtiene una mayor puntuación de estigma hacia las personas con enfermedad mental ($\bar{x}=2,71$). En otras palabras, cuando la persona que cumplimenta el cuestionario se encuentra en un entorno cercano a un centro de personas mayores, refleja una mayor puntuación de estigma hacia el colectivo de personas con enfermedad mental.

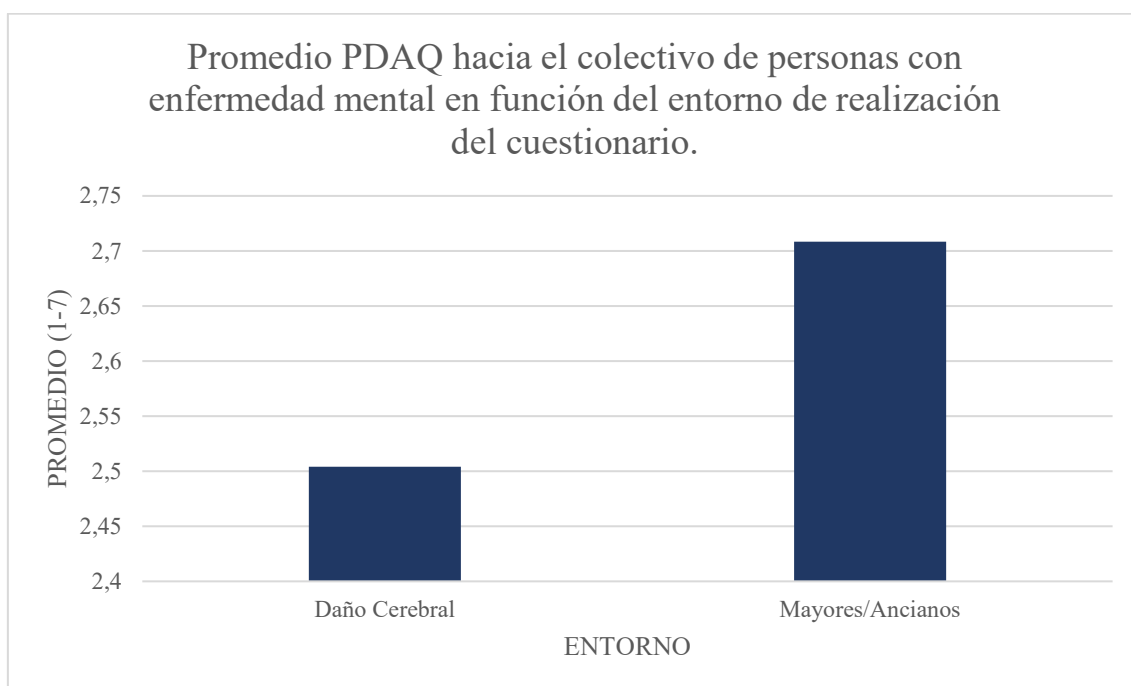


Figura 11. Promedio PDAQ hacia el colectivo de personas con enfermedad mental en función del entorno de realización del cuestionario.

Conclusiones

El Informe es el resultado de un estudio incluido dentro de un proyecto más global dirigido al análisis del estigma hacia diversos colectivos: Proyecto Estigmatismo. Se trata de un ambicioso proyecto impulsado por Grupo 5 que pretende conocer las dimensiones que influyen en los procesos de rechazo hacia personas con enfermedad mental, personas en situación de sin hogar, personas mayores y personas con daño cerebral.

La muestra utilizada, tanto vía online como de campo, estaba constituida por un número destacado de personas. Dicha muestra estaba compuesta fundamentalmente por mujeres, hecho que llama la atención por la mayor predisposición de éstas a contestar este tipo de cuestionarios, aunque no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en las puntuaciones generales de estigma.

La edad media de los encuestados era de 41.36, siendo la franja mayoritaria la de personas adultas (36-66). Las personas que mayores tasas de estigma general muestran son las pertenecientes a la categoría de personas jóvenes (18-35) y los mayores (más de 66).

El análisis de las dimensiones estigmatizantes diferenciales para cada colectivo nos muestra que son las personas en situación de sin hogar las que reciben mayores niveles de estigma en todas las dimensiones, salvo en la de recuperación en la que son las personas mayores las que menor posibilidad de recuperación se estima. Este dato es coherente con la idea de que estas personas no tienen opciones de recuperarse al tratarse de una cuestión de edad.

En el cuanto a los colectivos de enfermedad mental y personas con daño cerebral, encontramos puntuaciones muy similares en las dimensiones estudiadas. Una hipótesis que puede explicar este hecho es que exista confusión entre los entrevistados entre una y otra población.

Por último, es destacable que, tanto en personas con enfermedad mental, como personas con daño cerebral y personas sin hogar, la dimensión que mayores puntuaciones obtiene es la relativa a la “Pena”, mientras que en personas mayores es, como se ha indicado anteriormente, la de “Recuperación”.

De manera descriptiva, en relación a la familiaridad, encontramos que, la mayor parte de la muestra (76%) tienen un familiar dentro del colectivo de mayores.

Encontramos parecida distribución de los datos entre las personas con enfermedad mental y daño cerebral que en el análisis de las dimensiones previo, lo que puede deberse a un factor de confusión entre ambos colectivos que podrían estar siendo considerados como uno sólo.

El mayor porcentaje de “no conoce” recae dentro del colectivo de personas sin hogar, por lo que una variable importante a analizar más en profundidad sería el conocimiento de la realidad de estas personas. En este sentido, una posible línea de intervención contra el estigma podría ir dirigida a reducir esta invisibilidad.

Los niveles de identificación con los colectivos estudiados están escasamente representados, hecho que llama la atención si tenemos en cuenta, por ejemplo, las estadísticas que nos hablan de porcentajes de enfermedad mental en la población general (1 de cada 4). La escasa representatividad encontrada en la identificación de personas que “padecen” la condición de persona sin hogar resulta también llamativa, pudiendo deberse a un ejercicio deliberado de ocultación a la entrevistadora o por la escasa accesibilidad de este colectivo a la recogida de información.

Respecto a si existen diferencias significativas en el nivel de estigmatización en función del grado de familiaridad para cada colectivo, queda patente que las personas en situación de sin hogar son las más estigmatizadas, independientemente de cuál sea la familiaridad con ellas. Los mayores niveles de estigma en personas mayores, personas con daño cerebral y personas sin hogar se encuentran entre aquellos que dicen no conocer a nadie con estas características. por lo que cobra fuerza el diseño de estrategias de contacto social y mejora del conocimiento para reducir el estigma. Sin embargo, en el caso de las personas con enfermedad mental, el hecho de conocer a una implica mayores niveles de estigma. Este dato nos remite a la idea de revisar si la estrategia de qué tipo de contacto y qué transmisión de conocimientos serían necesarios para reducir las actitudes negativas hacia personas con enfermedad mental. Sobre esto cabe recordar las condiciones de óptimo contacto comentadas por Corrigan y Penn (1999). Los autores sostienen que, en el contexto de cambio de actitudes, el contacto debe implicar la interacción entre personas con un nivel de estatus similar, la realización de tareas cooperativas, apoyo institucional para ese contacto, altos niveles de intimidad y frecuencia en el contacto y que las personas estigmatizadas no difieran de forma importante del estereotipo.

Respecto a las personas que pertenecen a alguno de los colectivos estudiados, llama la atención que el mayor nivel de estigmatización está en personas en situación de sin

hogar, seguido de personas con enfermedad mental y personas mayores, con puntuaciones similares y en último lugar las personas que han sufrido un problema de daño cerebral. Esto se podría vincular con la autopercepción del estigma o el estigma internalizado, por lo que parecería conveniente pensar en una intervención futura en la línea de trabajar para la reducción de este tipo de estigma. En este sentido, las estrategias dirigidas a favorecer un contacto social significativo, en la que las personas estigmatizadas adquieren un rol alejado de características vinculadas a la enfermedad, es probable que permitan reducir esta autoimagen negativa. Para ello, estrategias de intervención similares a las desarrolladas en los procesos de rehabilitación laboral que suponen la adquisición o afianzamiento de roles productivos podrían servir como ejemplo para el diseño de intervenciones que fomenten y permitan el cambio de rol. También podrían ser aplicables intervenciones que favorezcan la apertura con "orgullo" (Corrigan, 2019) de pertenecer a este colectivo para fomentar la reducción del estigma internalizado.

La descripción de las diferencias en relación a la proximidad de las personas entrevistadas a un centro perteneciente a alguno de los colectivos, refleja que se identifica con mayor facilidad la presencia de un centro de personas mayores en su barrio. La mitad de las personas entrevistadas no conoce la existencia de centros de atención a personas del resto de colectivos, siendo los centros de atención a personas con daño cerebral los menos conocidos.

Se han encontrado diferencias significativas en relación a la proximidad en los grupos de enfermedad mental, sin hogar y daño cerebral, en los que aquellas personas que desconocen la existencia o saben que no hay un centro para atender a estas personas en su entorno cercano muestran mayores niveles de estigma. Estas puntuaciones decrecen cuando se conoce la existencia de centros de atención. Esto podría relacionarse con la hipótesis de que a mayor apertura y conocimiento de la existencia de estos centros, menor estigma hacia los colectivos que atienden, lo que implicaría el desarrollo de acciones específicas de lucha contra el estigma que promuevan el contacto social significativo.

Por otra parte, estos datos podrían resultar indicativos de un estigma estructural que se traduce en una menor dotación de recursos para atender a estos colectivos y la necesidad de proveer de un mayor número de dispositivos que hagan más visible su situación en la convivencia cotidiana.

En relación a las ciudades en las que se ha llevado a cabo la recogida de datos, las mayores diferencias al comparar entre ciudades son Vitoria al compararla ambas con Madrid centro y Madrid Comunidad, y San Sebastián al compararla con Madrid Comunidad. En estos casos las ciudades del norte de España serían las que tendrían mayores índices de estigmatización. Parece que el entorno semirural frente al urbano presenta menores niveles de estigma que podrían estar asociados con que en estos entornos hay un mayor soporte estructural que permite una mayor funcionalidad en los entornos rurales, frente al riesgo de individualización, aislamiento y marginalización de los contextos urbanos. En cualquier caso, esto daría pie a un análisis con mayor profundidad para averiguar los factores que están en la base de estas diferencias.

Por último, en relación al lugar de aplicación del instrumento en la muestra de calle, se encuentran datos similares a los comentados anteriormente en lo que se indicaba que la proximidad a centros de atención a personas con enfermedad mental no implica niveles altos de estigma, sin embargo, cuando la proximidad es con centros de mayores los niveles de estigma hacia las personas con enfermedad mental sí son significativos. Esto apoyaría la hipótesis de que la proximidad a centros de salud mental no implica mayores niveles de rechazo hacia estas personas, avalando la pertinencia de la presencia de estos centros integrados en la comunidad.

Limitaciones

Es un muestreo a conveniencia y no representativo de las ciudades en las que se realiza. Sin embargo, se han subsanado los sesgos que esto podría implicar parcialmente con la aplicación de los cuestionarios en calle, obteniendo así una mayor homogeneidad en la muestra. Además, se han controlado estadísticamente los posibles efectos de variables extrañas, pudiendo afirmar que ni sexo, ni lugar de aplicación interfieren en nuestros resultados. En cuanto a la variable edad, sería conveniente tomarla en estrecha consideración para futuros trabajos, puesto que aparecen diferencias significativas que justificarían el diseño de una intervención dirigida a jóvenes y mayores de manera prioritaria.

El fenómeno de la discapacidad social se encuentra siempre presente en este tipo de pruebas, lo que exige prudencia a la hora de interpretar los datos, que podrían ser más pronunciados sin este fenómeno.

De la misma manera, para un futuro sería oportuno desarrollar estudios cualitativos que maticen los datos cuantitativos aquí expuestos.

Por otra parte, hemos encontrado que a menudo las personas encuestadas presentaban confusión entre centros. Estos centros solían estar integrados en los contextos comunitarios, incluso algunos de los recursos estaban muy cerca unos de otros en el mismo barrio; tanto es así que el vecino de a pie no sabía distinguir cuál era su objeto social o no lo tenían identificado. Esta circunstancia dificultó evaluar la influencia real de la cercanía de los centros en las personas de su contexto.

El que no hubiese un centro para daño cerebral sobrevenido en Aranjuez, exigió que se obtuviese la muestra correspondiente en Alcalá de Henares, lo que añade una variable extraña más al integrar ambas como Madrid Comunidad.

En este sentido, cabe añadir, que si bien el número de ciudades aporta una dimensión nacional al proyecto, no deja de estar limitado a dos Comunidades Autónomas; por lo que abogamos por ampliar este estudio a otras comunidades.

Líneas futuras de desarrollo

Sería muy importante en un futuro desarrollar estudios que exploren la interseccionalidad de los estigmas. Es decir, conocer si la influencia de múltiples estigmas agrava las consecuencias de los mismos para la persona, a la vez, que hace que su representación social adquiera una connotación diferente, que requiera también estrategias distintas para su reducción.

Desarrollar investigaciones aplicadas sobre la reducción del estigma social que prueben la eficacia del contacto e información del estigma, así como de otras estrategias para su erradicación, resulta justificado con este estudio. En esta dirección, además de acciones específicas para grupos diana concretos en formato presencial (jóvenes y mayores), la escasez de información que en ocasiones revela este estudio, hace recomendable el crear medios de difusión masiva (por ejemplo, observatorio online sobre el estigma), que permitan la difusión de contenidos científicos y actualizados sobre la realidad de los colectivos estudiados.

Por otro lado, en la presente investigación se han podido encontrar elementos que hacen pensar en la necesidad de intervención sobre el estigma estructural. Esto incluiría el desarrollo de planes de intervención específicos dirigidos a los actores políticos (*policy makers*), responsables del diseño de estrategias nacionales y autonómicas de salud y políticas sociales y educativas.

En definitiva, consideramos que el estigma es un condicionamiento sociocultural que condiciona la vida a quienes lo padecen y les rodean. Los resultados de esta investigación ponen en evidencia la necesidad de ofrecer situaciones de contacto

significativo en condiciones óptimas para reducir el estigma de un modo eficaz. Como si de un defecto óptico se tratara, abogamos por seguir implementando medidas que corrijan los efectos del #estigmatismo en nuestra sociedad.

Referencias

- Aberson, C. L., y McVean, A. D. (2008). Contact and anxiety as predictors of bias toward the homeless 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 38(12), 3009-3035.
- Belcher, J. R., y DeForge, B. R. (2012). Social stigma and homelessness: The limits of social change. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22(8), 929-946.
- Carbajo, M.C. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *ENSAYOS. Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 24, 87-96
- Chasteen, A. L., y Cary, L. A. (2015). Age stereotypes and age stigma: Connections to research on subjective aging. *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*, 35, 99.
- 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. & Penn D. L. (1999). Lessons From Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765-776.
- 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 Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 46(1), 42-48.
- Corrigan, P. W., y Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.
- Corrigan, P. W., y Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*, 1(1), 16.
- Corrigan, P.W. y Bink, A.B. (2016). The Stigma of Mental Illness. *Encyclopedia of Mental Health*, 4, 230-234.

- Corrigan, P.W. y Kleinlein, P. (2005). The impact of mental illness stigma. In P.W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness* (pp. 11-44). Washington, DC: American Psychological Association.
- Crocker, J., Major, B. y Steele, C. (1998) Social Stigma. *Handbook of Social Psychology*, 504-553.
- Cronin, J. (2014). Perceptions and misconceptions: The relationship between education and understandings of individuals experiencing homelessness (Tesis de pregrado). Bridgewater State University, Massachusetts.
- De la Fuente, M. (2008). La estigmatización de las personas mayores. González Fernández, R., Lozano Maneiro, B., y Castien Maestro, J. I. (2008). *Psicosociología del estigma: ensayos sobre la diferencia, el prejuicio y la discriminación* (pp.273-296). Madrid, España: Editorial Universitas.
- Feantsa, U. (2005). ETHOS—European Typology on Homelessness and Housing Exclusion. Recuperado de <https://www.feantsa.org/download/ethos2484215748748239888.pdf>
- Goffman, E. (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Madrid, España: Amorrortu.
- González Fernández, R., Lozano Maneiro, B., y Castien Maestro, J. I. (2008). *Psicosociología del estigma: ensayos sobre la diferencia, el prejuicio y la discriminación*. Madrid, España: Editorial Universitas.
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., y Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American journal of public health*, 103(5), 813-821.
- Henderson, C., y Gronholm, P. (2018). Mental health related stigma as a ‘wicked problem’: the need to address stigma and consider the consequences. *International journal of environmental research and public health*, 15(6), 1158.
- Irwin, L. G, y Fortune, D. G. (2014). Schools-based interventions for reducing stigmatization of acquired brain injury: the role of interpersonal contact and visible impairment. *Archives of clinical neuropsychology*, 29(2), 194-205.
- Kidd, S. A. (2007). Youth homelessness and social stigma. *Journal of youth and adolescence*, 36(3), 291-299.

- Knecht, T., y Martinez, L. M. (2009). Humanizing the homeless: Does contact erode stereotypes?. *Social Science Research*, 38(3), 521-534.
- Lee, B. A., Farrell, C. R., y Link, B. G. (2004). Revisiting the contact hypothesis: The case of public exposure to homelessness. *American Sociological Review*, 69(1), 40-63.
- Linden, M. A., y Crothers, I. R. (2006). Violent, caring, unpredictable: Public views on survivors of brain injury. *Archives of clinical neuropsychology*, 21(8), 763-770.
- Link, B. G. (2001). Stigma: many mechanisms require multifaceted responses. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 10(1), 8-11.
- Link, B. G., y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Major, B., y O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual review of Psychology*, 56, 393-421.
- McClure, J. (2011). The role of causal attributions in public misconceptions about brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 56(2), 85.
- McLellan, T., Bishop, A., y McKinlay, A. (2010). Community attitudes toward individuals with traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(4), 705-710.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). Encuesta Nacional de Salud. España: 2017. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
- Morales, J.F., Moya, M. Gaviria, E. y Cuadrado, I. (2007). *Psicología Social*. Madrid, España: McGrawHill.
- Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., San Too, L., y Jorm, A. F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 103, 120-123.

- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., y Guillén, A. *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense SA; 2009.
- Navarro-Main, B., Castaño-León, A. M., Munarriz, P. M., Gómez, P. A., Rios-Lago, M., y Lagares, A. (2018). Conocimiento sobre daño cerebral adquirido en familiares de pacientes neuroquirúrgicos. *Neurocirugía*, 29(1), 1-8.
- Observatorio de Personas Mayores. (2009). Edadismo en Estados Unidos (40). Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm40.pdf>
- Pachankis, J. E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: a cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*, 133(2), 328.
- Pascoe, E. A., y Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135, 531–554.
- Pinazo Hernandis, S. (2013). Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial. *Sociedad y utopía*, 41, 252-282.
- Pinel, E. C., y Bosson, J. K. (2013). Turning our attention to stigma: An objective self-awareness analysis of stigma and its consequences. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 55-63.
- Poritz, J. M., Harik, L. M., Vos, L., Ngan, E., Leon-Novelo, L., y Sherer, M. (2018). Perceived stigma and its association with participation following traumatic brain injury. *Stigma and Health*, 4(1), 107-115.
- Portal Mayores. (2004). Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. (14). Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>
- Rathore, S. S., Wang, Y., Druss, B. G., Masoudi, F. A., y Krumholz, H. M. (2008). Mental disorders, quality of care, and outcomes among older patients hospitalized with heart failure: an analysis of the national heart failure project. *Archives of general psychiatry*, 65(12), 1402-1408.

- Richeson, J.A. y Shelton, J.N. (2006). A Social Psychological Perspective on the Stigmatization of Older Adults. En L.L. Cartensen y C.R. Hartel (Ed), *When I'm 64* (pp. 174-209). Washington, Estados Unidos: The National Academies Press.
- Rohmer, O., y Louvet, E. (2009). Describing persons with disability: Salience of disability, gender, and ethnicity. *Rehabilitation Psychology*, 54(1), 76.
- Shier, M. L., Jones, M. E., y Graham, J. R. (2010). Perspectives of employed people experiencing homeless of self and being homeless: challenging socially constructed perceptions and stereotypes. *J. Soc. y Soc. Welfare*, 37, 13.
- Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder.
- Takahashi, L. M. (1997). The socio-spatial stigmatization of homelessness and HIV/AIDS: Toward an explanation of the NIMBY syndrome. *Social science y medicine*, 45(6), 903-914.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia bulletin*, 25(3), 467-478.
- Wen, C. K., Hudak, P. L., y Hwang, S. W. (2007). Homeless people's perceptions of welcomeness and unwelcomeness in healthcare encounters. *Journal of General Internal Medicine*, 22(7), 1011-1017.

Apéndice

Apéndice A: Cuestionario Administrado

| ASTIG - 5 | | | | | | | GRUPO 5 |
|--|------------|-----------------|--------------------------------|--------------------|---------------|--------------------------|----------------|
| Edad: ____ | | | | | | | Mujer / Hombre |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Algo de acuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Algo en desacuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo | |
| Creo que es probable que las personas mayores/ancianos se beneficien de los tratamientos médicos. | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Creo que las personas con daño cerebral (ictus, daño cerebral sobrevenido, accidente cerebro vascular) se recuperan. | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Creo que las personas con enfermedad mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar) son culpables de sus problemas. | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Evito a las personas mayores/ancianos. | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Creo que es probable que las personas sin hogar se beneficien de los tratamientos psicológicos. | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Evito a las personas con daño cerebral (ictus, daño cerebral sobrevenido, accidente cerebro vascular). | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Creo que es probable que las personas con daño cerebral (ictus, daño cerebral sobrevenido, accidente cerebro vascular) se beneficien de los tratamientos psicológicos. | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Siento pena por las personas con enfermedad mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar). | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Creo que las personas con enfermedad mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar) se recuperan. | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Evito a las personas sin hogar. | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Creo que es probable que las personas con enfermedad mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar) se beneficien de los tratamientos psicológicos. | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Creo que las personas con daño cerebral (ictus, daño cerebral sobrevenido, accidente cerebro vascular) son culpables de sus problemas. | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Siento pena por las personas con daño cerebral (ictus, daño cerebral sobrevenido, accidente cerebro vascular). | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Creo que es probable que las personas sin hogar se beneficien de los tratamientos médicos. | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Creo que las personas mayores/ancianos se recuperan (de las dolencias vinculadas a su condición). | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Creo que las personas sin hogar se recuperan. | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Creo que es probable que las personas mayores/ancianos se beneficien de los tratamientos psicológicos. | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Creo que es probable que las personas con daño cerebral (ictus, daño cerebral sobrevenido, accidente cerebro vascular) se beneficien de los tratamientos médicos. | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Creo que las personas mayores/ancianos son culpables de sus problemas. | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Creo que es probable que las personas con enfermedad mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar) se beneficien de los tratamientos médicos. | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Evito a las personas con enfermedad mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar). | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Creo que las personas sin hogar son culpables de sus problemas. | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Siento pena por las personas mayores/ancianos. | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Siento pena por las personas sin hogar. | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

¿Conoce usted a alguien con enfermedad mental grave?

Sí, padezco una enfermedad mental grave.

Sí, tengo un familiar que padece esta enfermedad.

Sí, conozco a una persona próxima con esta enfermedad.

Sí, por mi profesión.

No conozco a nadie con esta enfermedad.

En mi barrio hay un centro para personas con enfermedad mental grave: Sí_ No_ No sé_

¿Conoce usted a alguna persona sin hogar?

Sí, soy o he sido una persona sin hogar.

Sí, tengo un familiar que padece esta situación.

Sí, conozco a una persona próxima en esta situación.

Sí, por mi profesión.

No conozco a nadie en esta situación.

En mi barrio hay un centro para personas sin hogar: Sí_ No_ No sé_

¿Conoce usted a alguna persona mayor/anciana?

Sí, soy una persona mayor/anciana.

Sí, tengo un familiar que padece esta situación.

Sí, conozco a una persona próxima en esta situación.

Sí, por mi profesión.

No conozco a nadie en esta situación.

En mi barrio hay un centro para personas mayores/ancianas: Sí_ No_ No sé_

¿Conoce usted a alguien con daño cerebral?

Sí, soy una con daño cerebral.

Sí, tengo un familiar que se encuentra en esta situación.

Sí, conozco a una persona próxima en esta situación.

Sí, por mi profesión.

No conozco a nadie en esta situación.

En mi barrio hay un centro para personas con daño cerebral: Sí_ No_ No sé_

Apéndice B: Fiabilidad por ítems.

| | Correlación total de elementos corregida | Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido |
|--|---|--|
| Creo que es probable que las personas mayores/ancianos se beneficien de los tratamientos médicos. | ,425 | ,802 |
| Creo que las personas con daño cerebral (ictus, daño cerebral sobrevenido, accidente cerebro vascular) se recuperan. | ,332 | ,806 |
| Creo que las personas con enfermedad mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar) son culpables de sus problemas. | ,224 | ,810 |
| Evito a las personas mayores. | ,251 | ,809 |
| Creo que es probable que las personas sin hogar se beneficien de los tratamientos psicológicos. | ,496 | ,797 |
| Evito a las personas con daño cerebral (ictus, daño cerebral sobrevenido, accidente cerebro vascular). | ,298 | ,808 |
| Creo que es probable que las personas con daño cerebral (ictus, daño cerebral sobrevenido, accidente cerebro vascular) se beneficien de los tratamientos psicológicos. | ,536 | ,796 |
| Siento pena por las personas con enfermedad mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar). | ,296 | ,810 |
| Creo que las personas con enfermedad mental grave (Esquizofrenia, trastorno | ,312 | ,807 |

bipolar) se recuperan.

| | | |
|--|------|------|
| Evito a las personas sin hogar. | ,279 | ,808 |
| Creo que es probable que las personas con enfermedad mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar) se beneficien de los tratamientos psicológicos. | ,552 | ,796 |
| Creo que las personas con daño cerebral (ictus, daño cerebral sobrevenido, accidente cerebro vascular) son culpables de sus problemas. | ,270 | ,809 |
| Siento pena por las personas con daño cerebral (ictus, daño cerebral sobrevenido, accidente cerebro vascular). | ,315 | ,809 |
| Creo que es probable que las personas sin hogar se beneficien de los tratamientos médicos. | ,509 | ,797 |
| Creo que las personas mayores/ancianos se recuperan (de las dolencias vinculadas a su condición). | ,273 | ,809 |
| Creo que las personas sin hogar se recuperan. | ,304 | ,807 |
| Creo que es probable que las personas mayores/ancianos se beneficien de los tratamientos psicológicos. | ,514 | ,796 |
| Creo que es probable que las personas con daño cerebral (ictus, daño cerebral sobrevenido, accidente cerebrovascular) se beneficien de los tratamientos médicos. | ,524 | ,798 |
| Creo que las personas mayores/ancianos son culpables de sus problemas. | ,246 | ,809 |
| Creo que es probable que las personas con enfermedad mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar) se beneficien de los tratamientos médicos. | ,512 | ,798 |
| Evito a las personas con enfermedad mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar). | ,325 | ,806 |

| | | |
|---|------|------|
| Creo que las personas sin hogar son culpables de sus problemas. | ,248 | ,809 |
| Siento pena por las personas mayores/ancianos. | ,261 | ,811 |
| Siento pena por las personas sin hogar. | ,243 | ,812 |

Apéndice C: Matriz de componente rotado.

| | Componente | | | | |
|--|------------|------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Creo que es probable que las personas mayores/ancianos se beneficien de los tratamientos médicos. | ,660 | | | | |
| Creo que las personas con daño cerebral (ictus, daño cerebral sobrevenido, accidente cerebro vascular) se recuperan. | | | ,678 | | |
| Creo que las personas con enfermedad mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar) son culpables de sus problemas. | | | | | ,725 |
| Evito a las personas mayores. | | | | ,703 | |
| Creo que es probable que las personas sin hogar se beneficien de los tratamientos psicológicos. | | ,746 | | | |
| Evito a las personas con daño cerebral (ictus, daño cerebral sobrevenido, accidente cerebro vascular). | ,728 | | | | |
| Creo que es probable que las personas con daño cerebral (ictus, daño cerebral sobrevenido, accidente cerebro vascular) se beneficien de los tratamientos psicológicos. | | | | | ,618 |

| | |
|--|------|
| Siento pena por las personas con enfermedad mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar). | ,715 |
| Creo que las personas con enfermedad mental grave (Esquizofrenia, trastorno bipolar) se recuperan. | ,735 |
| Evito a las personas sin hogar. | ,731 |
| Creo que es probable que las personas con enfermedad mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar) se beneficien de los tratamientos psicológicos. | ,818 |
| Creo que las personas con daño cerebral (ictus, daño cerebral sobrevenido, accidente cerebro vascular) son culpables de sus problemas. | ,858 |
| Siento pena por las personas con daño cerebral (ictus, daño cerebral sobrevenido, accidente cerebro vascular). | ,720 |
| Creo que es probable que las personas sin hogar se beneficien de los tratamientos médicos. | ,675 |
| Creo que las personas mayores/ancianos se recuperan (de las dolencias vinculadas a su condición). | ,824 |
| Creo que las personas sin hogar se recuperan. | ,712 |
| Creo que es probable que las personas mayores/ancianos se beneficien de los tratamientos psicológicos. | ,867 |
| Creo que es probable que las personas con daño cerebral (ictus, daño cerebral sobrevenido, accidente cerebrovascular) se beneficien de los tratamientos médicos. | ,780 |

| | |
|---|------|
| Creo que las personas mayores/ancianos son culpables de sus problemas. | ,568 |
| Creo que es probable que las personas con enfermedad mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar) se beneficien de los tratamientos médicos. | ,838 |
| Evito a las personas con enfermedad mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar). | ,843 |
| Creo que las personas sin hogar son culpables de sus problemas. | ,718 |
| Siento pena por las personas mayores/ancianos. | ,664 |
| Siento pena por las personas sin hogar. | ,798 |

Apéndice D: Comparaciones por pares.