

## GENERACIÓN DE ESTIGMA HACIA LA ESQUIZOFRENIA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DESDE LA TEORÍA DEL MARCO RELACIONAL: UNA RÉPLICA EXPERIMENTAL

Noelia Navarro y Rubén Trigueros  
*Universidad de Almería (España)*

### Resumen

El presente estudio pretende realizar un análogo experimental a los procesos estigmatizantes relativos a la esquizofrenia, replicando parcialmente el estudio de Weinstein, Wilson, Drake y Kellum (2008). Participaron 65 estudiantes universitarios de entre 18 y 25 años ( $M= 22,45$ ;  $DT= 2,65$ ), quienes fueron entrenados para responder a estímulos arbitrarios (triángulos o estrellas) que se relacionaron o no con el estigma hacia la esquizofrenia a través de un procedimiento de emparejamiento a la muestra (MTS). El impacto de este breve condicionamiento fue evaluado con el "Test de asociación implícita" (IAT) y el "Cuestionario de actitudes de los estudiantes hacia la esquizofrenia" (CAEE). Los resultados sugieren que esta breve historia experimental es suficiente para generar transferencia de funciones estigmatizantes a estímulos arbitrarios inicialmente neutros,  $t(65)= 2,89$ ;  $p < 0,05$ ;  $d= 0,45$ , lo que iría en concordancia con los postulados de la teoría del marco relacional.

PALABRAS CLAVE: *estigma, IAT, teoría del marco relacional, esquizofrenia.*

### Abstract

The present study aimed to carry out an experimental analog to the stigmatizing processes related to schizophrenia, partially replicating the study by Weinstein, Wilson, Drake and Kellum (2008). 65 University students between 18 and 25 years of age ( $M= 22.45$ ,  $SD= 2.65$ ) were trained to respond to arbitrary stimuli (triangles or stars) that were related or not to the stigma towards schizophrenia through a match-to-sample procedure (MTS). The impact of this brief conditioning was evaluated with the "Implicit Association Test" (IAT) and the "Questionnaire of students' attitudes towards schizophrenia" (CAEE). The results suggest that this brief experimental history is enough to generate transfer of stigmatizing functions to initially neutral arbitrary stimuli,  $t(65)= 2.89$ ,  $p < .05$ ,  $d= 0.45$ , which would be in accordance with the postulates of the relational frame theory.

KEY WORDS: *stigma, IAT, relational framework theory, schizophrenia.*

## Introducción

En las últimas décadas hemos asistido a un importante avance en la investigación relativa a la intervención contra el estigma inherente a los trastornos psicológicos (p. ej., Spagnolo, Murphy y Librera, 2008; Stuart, 2009). Podemos definir el estigma como “un conjunto de actitudes negativas y de creencias hacia la gente etiquetada como enfermos mentales y añade que se trata de fenómeno profundamente enraizado en el trasfondo de la sociedad que no solamente se da en la comunidad sino también en los servicios de salud mental” (Barbato, 2000, p.6-7). En lo que se refiere a su naturaleza, la investigación no está tan desarrollada y los mecanismos relativos a su formación no están tan claramente definidos. En efecto, la respuesta a cómo se genera el estigma es de gran complejidad, dada la inabarcable cantidad de variables en juego y la variedad de explicaciones y modelos propuestos que se han ido sugiriendo con el fin de dar cuenta del fenómeno (Link y Phelan, 2001; Ottati, Bodenhausen y Newman, 2005; Pescosolido, Martin, Lang y Olafsdottir, 2008). A este respecto, destacamos las aportaciones surgidas desde un enfoque analítico de la conducta.

Centrándonos en la esquizofrenia como trastorno estigmatizado por antonomasia, es frecuente la atribución de contenidos tales como peligrosidad, extrañeza e impredecibilidad, dificultades en las relaciones interpersonales, todo ello unido a la creencia de cronicidad e incurabilidad del trastorno e incluso la atribución de cierta responsabilidad y "culpa" sobre su diagnóstico (Martin, Pescosolido y Tuch, 2000). Se ha demostrado además que la esquizofrenia es uno de los trastornos que peores opiniones suscita, especialmente si se compara con otras etiquetas diagnósticas como la ansiedad o la depresión (López *et al.*, 2008). Se han encontrado incluso creencias negativas entre los profesionales de la salud (Granados-Gámez, López-Rodríguez, Corral-Granados y Márquez-Hernández, 2016; Horsfall, Cleary y Hunt, 2010; Magliano *et al.*, 2012; Mårtensson, Jacobsson y Engström, 2014).

Todo esto tiene un impacto demoledor para quienes lo padecen que no se circunscribe únicamente a una faceta de la vida (Penn y Martin 1998). Por citar algunas consecuencias, en el plano del empleo, sus posibilidades se ven claramente limitadas (Henderson, Williams, Little y Thornicroft, 2013; Stuart, 2006), así como las relaciones sociales (Warner, 2001) o el acceso a una vivienda (Cowan, 2002; Piat, 2000). Asimismo, es preciso señalar lo pernicioso del estigma internalizado, interiorizado o autoestigma, esto es, la aceptación del estigma social (Corrigan y Watson, 2002; Morgades-Bamba, Fuster-Ruizdeapodaca y Molero, 2019), que repercute negativamente en la calidad de vida y en la autoestima (Link y Phelan, 2001; Markowitz, 1998), a la par que correlaciona positivamente con los síntomas de depresión y ansiedad (Ertugrul y Ulug, 2004; Markowitz, 1998), dificultando todo ello la recuperación de estas personas.

Entre las explicaciones teóricas a los procesos de formación de estigma, en los últimos años se han desarrollado aproximaciones novedosas como la teoría del marco relacional (*relational frame theory*, RFT) (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). Dicha teoría sostiene que la conducta verbal es una clase de operante generalizada que se corresponde con la habilidad de responder a un estímulo en

términos de otro, dada la historia interactiva del sujeto entre dicho estímulo y otros que no necesariamente presenten características físicas comunes, esto es en la base de propiedades definidas arbitrariamente por la comunidad social. En lo relativo al estigma y al proceso de categorización, hay que señalar que nuestra cultura ha fomentado la utilidad de categorizar a las personas (*el negro, el guapo, la loca*), siendo este proceso similar al que realizaríamos si calificáramos objetos físicos. Es precisamente esta categorización con la consiguiente transformación de funciones (generalmente de carácter negativo como aversión, rechazo o miedo), lo que denominamos estigma social, producto del condicionamiento verbal mediado por los marcos relacionales o formas de respuesta relacional. Dada su útil función evolutiva al permitir manipular y predecir nuestro medio lo que facilita la supervivencia en un mundo hostil, se reforzará la tendencia a categorizar y etiquetar, siendo, por tanto, difícil de reducir o eliminar, más aún, teniendo en cuenta lo impredecible del entorno físico. Del mismo modo, el ser humano tiene una cierta inclinación por los “falsos negativos”, muy por encima de los “falsos positivos” (Kenrick, Li y Butner, 2003), por lo que preferimos estar advertidos de un peligro potencial que de un posible beneficio. Sin embargo, por otro lado, las predicciones erróneas de este tipo nos incapacitan de forma lenta pero constante, al limitar nuestra capacidad de desarrollo como seres humanos (Vilardaga, 2012). En definitiva, desde este enfoque el estigma podría ser visto como una construcción del otro “precaria”, que limita el alcance potencial de nuestras relaciones sociales, constituyendo una barrera para interacciones satisfactorias.

Tradicionalmente, para la evaluación de este tipo de creencias y la obtención de información de los mecanismos de categorización social, se ha recurrido al uso de medidas explícitas tales como autoinformes o cuestionarios. No obstante, es conveniente considerar los inconvenientes de este tipo de herramientas, entre otros el excesivo tiempo que conlleva su elaboración para garantizar su calidad científica y asegurar que cumplen las demandas psicométricas, así como los diversos inconvenientes relativos a las respuestas que los propios participantes proporcionan, no exentas de sesgos en múltiples direcciones (falta de conciencia de sus propias creencias, deseabilidad social...). Como alternativa a dicha metodología, se ha comenzado a estudiar lo que se denominan actitudes o creencias implícitas, para lo que se han desarrollado diferentes procedimientos experimentales que solventarían los inconvenientes atribuibles a las medidas explícitas, encontrándose, discrepancias importantes entre las respuestas a los instrumentos de autoinforme y los resultados obtenidos mediante medidas de cognición implícita, en áreas como las actitudes hacia el género (Greenwald y Farnham, 2000), la raza o etnia (Greenwald, McGhee y Schwartz, 1998), la edad (Mellott y Greenwald, 2000).

Entre estas medidas implícitas se encuentra el “Test de asociación implícita” (*Implicit Association Test*, IAT; Greenwald *et al.*, 1998), una tarea de ordenador que mide la fuerza de asociación automática entre representaciones mentales de pares de conceptos, denominados categorías y atributos (Greenwald, Nosek y Banaji, 2003) a través de la latencia de respuesta. Los participantes de la prueba deben hacer una categorización dual de diversos estímulos individuales en un ordenador, lo más rápido posible, partiendo de la premisa de que las respuestas

serán más rápidas y precisas cuando las categorías que están cercanamente asociadas comparten una respuesta (Greenwald *et al.*, 1998). El IAT ya ha sido ampliamente utilizado en la investigación en cognición implícita en áreas tan heterogéneas como las actitudes implícitas negativas hacia el autismo por parte de profesores y su relación con el agotamiento y la psicopatología, el miedo a las arañas, las actitudes hacia la comida o las adicciones y la identidad social (Barnes-Holmes, Murtagh y Stewart, 2010; Kelly y Barnes-Holmes, 2013; Vahey, Boles y Barnes-Holmes, 2010).

El presente estudio es una réplica parcial de un trabajo previo centrado en el estudio del estigma hacia la obesidad (Weinstein, Wilson, Drake y Kellum, 2008) donde mediante un procedimiento experimental que incorporaba un breve condicionamiento, consiguieron transferir funciones relacionadas con la imagen social de la obesidad hacia estímulos inicialmente neutros. En este caso, se pretende examinar si a través de este procedimiento se logra generar experimentalmente un análogo experimental de los procesos de estigmatización y categorización social en jóvenes desde la perspectiva de la RFT hacia trastornos mentales, en este caso, la esquizofrenia. Diversos estudios apuntan a que los jóvenes parecen tener ideas confusas acerca de la etiología del estigma apuntando en su mayoría a fallas en el sistema nervioso (Stone y Merlo, 2011), encontrándose además que, en la comparativa por edades los estudiantes mayores de edad muestran mayores negativos frente a estos trastornos (Rodrigues, 1992). Se seleccionó la esquizofrenia, por ser este trastorno uno de los trastornos que más carga estigmatizante presenta, como se comentó anteriormente, en comparación con otros como la depresión o la ansiedad, más normalizados y aceptados socialmente (Crisp, 2001; López *et al.*, 2008).

La hipótesis de partida es que, al igual que en el estudio que se replica, se conseguirá generar estigma hacia la esquizofrenia mediante un breve proceso de condicionamiento. Esto confirmaría, que existen mecanismos comunes en todos los procesos de estigmatización (independientemente de que se dirijan a aspectos físicos o psicológicos), acercándonos a la comprensión de los procesos de categorización y generación del estigma. Del mismo modo, esperamos encontrar discrepancias entre las medidas implícitas y las medidas de autoinforme.

## Método

### *Participantes*

La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico intencionado o de conveniencia y estuvo compuesta por 65 estudiantes de Psicología de la Universidad de Almería de entre 18 y 25 años de edad ( $M= 22,45$ ;  $DT= 2,65$ ). Con respecto a la distribución por sexos, el 41,54% eran hombres y el 58,46% restante eran mujeres. Ninguno contaba con diagnóstico de trastorno mental. El único criterio de exclusión del estudio era que el participante no tuviese dominio del español. Los participantes podían abandonar el estudio en cualquier momento. Se inscribieron de forma voluntaria y no recibieron ningún incentivo por su participación. Ninguno de los estudiantes fue excluido debido al criterio del

idioma, ni ningún participante eligió no completar el estudio. Para no sesgar sus resultados, no fueron informados de los objetivos del estudio hasta que lo hubieron completado. Asimismo, antes de completar las tareas de ordenador, y dado que en el IAT los participantes son instruidos a responder de una determinada manera, estos debían dar su consentimiento haciendo clic en la siguiente oración: "Es posible que se me presenten afirmaciones o tenga que hacer asociaciones con las que no esté de acuerdo. No obstante, comprendo que simplemente forman parte del contexto de un procedimiento experimental, y sabiendo esto, deseo continuar".

### *Instrumentos*

- a) "Cuestionario de actitudes de los estudiantes hacia la esquizofrenia" (CAEE) (*Students' Attitudes towards People with Schizophrenia*; Schülze, Richter-Werling, Matschinger y Angermeyer, 2003), adaptación en español de Navarro *et al.* (2017). Este cuestionario permite realizar un cribado general para detectar estereotipos y mitos relativos a la esquizofrenia en jóvenes. El CAEE consta de 19 ítems distribuidos en dos factores: 1) *estereotipos*, que incluye ítems relacionados con la habilidad para gestionar el estrés, el estrato social, la intratabilidad del trastorno, la peligrosidad, la inteligencia, la impredecibilidad y la creatividad (ítems 1-7) (p. ej., "Alguien con esquizofrenia puede ponerse furioso por una tontería") y 2) *distancia social*, cuyos ítems se refieren principalmente a intenciones conductuales, como invitar a una fiesta a una persona con esquizofrenia, visitar a un amigo con esquizofrenia al hospital, o sentarse a su lado en clase (ítems 8-19) (p. ej., "Si la persona que se sienta a mi lado en clase desarrollara esquizofrenia, preferiría sentarme en otro lado"). Las opciones de respuesta son: 2= *estoy de acuerdo*, 1= *no estoy seguro* y 0= *estoy en desacuerdo*, excepto en los ítems 5, 9, 10 y 13 donde estas puntuaciones se invierten. Así, a mayor puntuación, mayor estigma. La puntuación máxima es de 38 puntos. La consistencia interna (alfa de Cronbach) para la puntuación total es de 0,95 (Navarro *et al.*, 2017)
- b) "Test de asociación implícita" (*Implicit Association Test, IAT*; Greenwald *et al.*, 1998). Este test permite detectar la fuerza de asociación inconsciente entre asociaciones mentales. Se aplicaron dos tareas de asociación implícita (compuesta de bloques consistentes o inconsistentes con el estigma hacia la esquizofrenia). Estas tareas se presentan en un ordenador de sobremesa y su descripción más detallada aparece en el Procedimiento. El IAT fue diseñado utilizando el software FreellAT\_1.3.3.exe
- c) "Emparejamiento a la muestra" (*Matching to Simple*; MTS). Se trata de un procedimiento de discriminación condicional en el que se presenta un estímulo de muestra que debe emparejarse con uno de los tres estímulos de comparación que se presentan en cada ensayo. Los emparejamientos correctos son reforzados y en los incorrectos se indica que esa no es la asociación que se desea entrenar. Se aplicaron dos MTS, en ambos, el estímulo de muestra fueron sílabas sin sentido, variando los estímulos de comparación (triángulos y

palabras relacionadas con el estigma en el MTS1, y estrellas y palabras sin relación con el estigma en el MTS2).

### Procedimiento

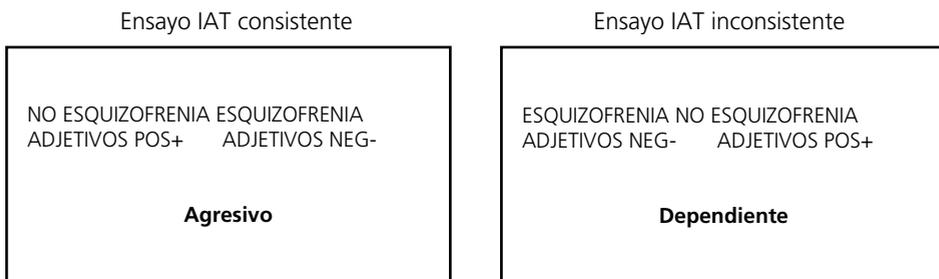
El estudio se llevó a cabo en el transcurso de tres meses. La participación fue voluntaria (los estudiantes se inscribieron en un listado que se proporcionó en horario de clase) pudiendo los participantes abandonar en cualquier momento el estudio si así lo deseaban. Se proporcionaron las instrucciones, al tiempo que se insistió en la necesidad de responder sinceramente y prestar atención a las tareas. Las tareas se realizaron en una sala aislada de ruidos que disponía de una mesa y un ordenador de sobremesa en la Universidad de Almería. El investigador permanecía en la sala para resolver cualquier duda o problema que pudiera plantearse. Los participantes completaron el cuestionario, así como las tareas de ordenador de forma individual en sesiones de aproximadamente una hora y media de duración. Se balanceó entre los participantes el orden de presentación de las tareas implícitas (el IAT y MTS) y explícitas (el CAEE). Los participantes firmaron un consentimiento para el tratamiento de sus datos, aunque, en cualquier caso, se garantizó la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Aquellos que no alcanzaron los criterios exigidos en el IAT y el MTS fueron eliminados del estudio.

### PRESENTACIÓN DE LAS TAREAS

*Tarea 1 y 2. IAT.* La lógica de la tarea es que los estímulos escritos se clasifican más rápidamente durante un bloque cuando el emparejamiento de la categoría objetivo y atributo (p. ej., esquizofrenia- adjetivos negativos o no esquizofrenia- adjetivos positivos) coincide con las asociaciones automáticas de los encuestados, en comparación con los bloques en los que el emparejamiento de las categorías objetivo y atributo no coincide (p. ej., esquizofrenia- adjetivos positivos o no esquizofrenia- adjetivos negativos) (ensayos consistentes e inconsistentes) (figura 1).

**Figura 1**

Ejemplos de ensayos IAT consistentes e inconsistentes con el estigma hacia la esquizofrenia



*Nota:* IAT= Test de asociación implícita.

Los estímulos fueron seleccionados atendiendo al criterio de cinco expertos (psiquiatras y psicólogos), que a través de la técnica de tormenta de ideas propusieron una serie de conceptos asociados a los conceptos diana, seleccionándose aquellos comunes a los cinco jueces. Para los conceptos atributo (adjetivos positivos/adjetivos negativos) se cuidó que estos no tuvieran valencia para los conceptos diana para controlar que los términos fueran representativos de cada categoría. En la tabla 1 se incluye un resumen de las tareas del IAT.

**Tabla 1**  
Estructura del Test de asociación implícita (IAT)

Tarea 1&Tarea 4. IAT con estímulos neutros. Tarea 2&Tarea 5. IAT con estímulos estigma						
Bloque	Nº de ensayos	Función	Ítems tecla "E"	Ítems tecla "I"	Ítems tecla "E"	Ítems tecla "I"
1	20	Práctica	Triángulos	Estrellas	Adjetivos estigma	Adjetivos no estigma
2	20	Práctica	Adjetivos +	Adjetivos -	Adjetivos +	Adjetivos -
<b>3</b>	<b>40</b>	<b>Test</b>	<b>Triángulos Adjetivos +</b>	<b>Estrellas Adjetivos-</b>	<b>Adjetivos estigma Adjetivos +</b>	<b>Adjetivos no estigma Adjetivos -</b>
4	20	Práctica	Estrellas	Triángulos	Adjetivos no estigma	Adjetivos estigma
<b>5</b>	<b>40</b>	<b>Test</b>	<b>Estrellas Adjetivos +</b>	<b>Triángulos Adjetivos -</b>	<b>Adjetivos no estigma Adjetivos +</b>	<b>Adjetivos estigma Adjetivos -</b>

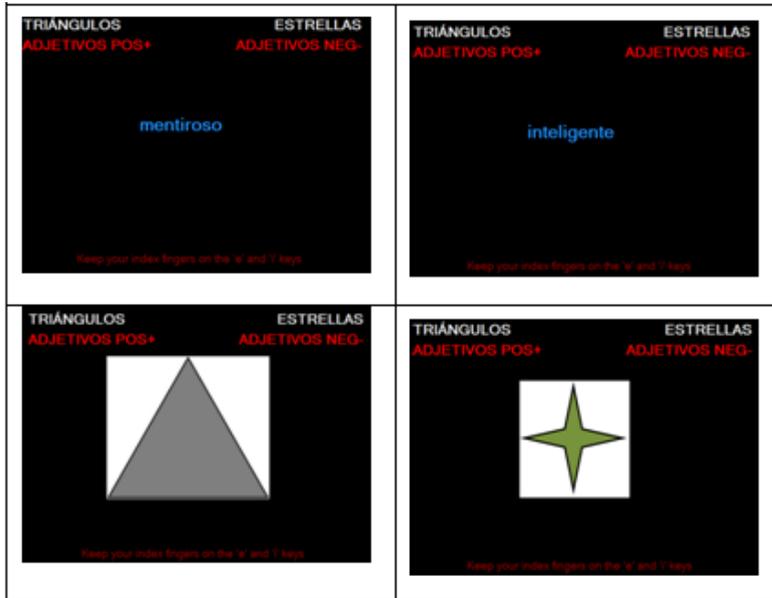
Notas: adjetivos += amable, sincero, divertido, educado, tolerante; adjetivos -= hipócrita, caprichoso, dañino, envidioso, aburrido; adjetivo estigma= agresivo, vago, inútil, enfermo, dependiente; adjetivos no estigma= autónomo, trabajador, sano, responsable, sociable. En negrita se indican aquellos bloques de ensayos de test o prueba. El resto de ensayos corresponden a bloques de práctica o entrenamiento.

*Tarea 1. Tarea de respuesta sin estigma (IAT derivado).* Esta tarea consistió en un procedimiento en el que se mostraban estímulos neutros (triángulos y estrellas) y descriptores positivos y negativos (no relacionados con el estigma hacia la esquizofrenia). La presentación y localización de los estímulos se aleatorizaron siguiendo las indicaciones de Greenwald *et al.* (2003). La tarea consistió en relacionar las categorías con sus respectivos estímulos diana tan rápido y preciso como fuera posible. En caso de error, aparecía una X roja en el centro de la pantalla que no desaparecía hasta que el participante respondiese de forma correcta. En este caso, los participantes debían clasificar imágenes de triángulos y estrellas (estímulos objetivo), adjetivos positivos (p. ej., amable, sincero, divertido, educado, tolerante) y negativos (p. ej., hipócrita, caprichoso, dañino, envidioso, aburrido) o ambos combinados, presionando las letras "E" e "I", respectivamente (figura 2). Los participantes respondieron a estos estímulos en cinco bloques de ensayos.

*Tarea 2. IAT II. Tarea de respuesta con estigma (IAT tradicional).* Se trata de una tarea similar a la Tarea 1, pero cambiando los estímulos. El procedimiento en los cinco bloques que comprendían la tarea combinaban adjetivos positivos y negativos de carácter neutro en lo que se refiere al estigma, así como descriptores

**Figura 2**

Ejemplos de ensayos de la tarea de respuesta sin estigma (Test de asociación implícita derivado)

**Figura 3**

Ejemplos de ensayos de la tarea de respuesta con estigma (Test de asociación implícita tradicional)

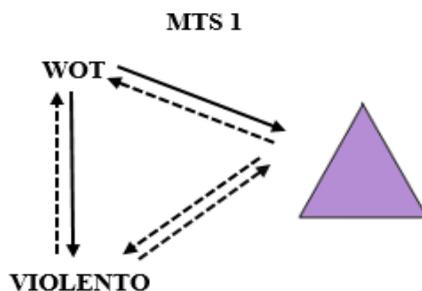


relevantes negativos (p. ej., agresivo, vago, inútil, enfermo, dependiente) en lo que se refiere al estigma y sus opuestos positivos (p. ej., autónomo, trabajador, sano, responsable y sociable) (en esta tarea los estímulos objetivo siempre son adjetivos) que eran forzados al ser emparejados con las etiquetas "esquizofrenia" o a "no esquizofrenia" (teclas "E" o "I") dependiendo del bloque (figura 3). Se controló el orden de presentación de las combinaciones y se contrabalanceó la situación (el concepto esquizofrenia aparecía combinado con los adjetivos positivos en algunos ensayos y en otros juntos a los negativos. Además, aparecía la mitad de las veces en el lado izquierdo de la pantalla y la otra mitad al lado derecho de la misma).

*Tarea 3. Tarea de emparejamiento a la muestra 1 (MTS)* (figura 4). En este caso, los participantes completaron una tarea de ordenador en la que eran entrenados para desarrollar marcos relacionales de coordinación entre estímulos cargados socialmente (palabras con o sin carga estigmatizante) y estímulos neutros, estrellas y triángulos. Si bien, los estímulos arbitrarios utilizados en esta tarea eran topográficamente similares a los usados en el IAT, no eran idénticos (ver apéndice), con el objetivo de evaluar la transferencia de funciones. Los participantes fueron expuestos a un bloque de familiarización, tres bloques de entrenamiento a esta tarea y un bloque de test.

**Figura 4**

Relaciones directamente entrenadas y derivadas a través de la Tarea de emparejamiento a la muestra (MTS)



- Bloque de familiarización. Los participantes fueron expuestos a un estímulo de muestra y tres estímulos de comparación. Todos los estímulos utilizados en la tarea fueron sílabas sin sentido. Los participantes debían hacer emparejamientos correctos fueron (arbitrarios) entre el estímulo de muestra y los estímulos de comparación (figura 5). Se les proporcionaba retroalimentación en la pantalla (¡CORRECTO! /INCORRECTO). Para pasar al siguiente bloque se requirió un 100% de aciertos.
- Bloque 1. Entrenamiento de dos discriminaciones condicionales de forma separada. Se presentaron tres estímulos, en este caso, tres sílabas sin sentido (A1a, A2a, A3a). Al igual que hicieron en la fase anterior, los participantes debían aprender una asociación arbitraria entre estas sílabas con uno de los tres estímulos de comparación (en este caso, triángulos de colores) (B1a, B2a, B3a). Se les proporcionaba retroalimentación en la pantalla (¡CORRECTO!

/INCORRECTO). Se repitió hasta que los participantes alcanzaron el 100% de aciertos en un bloque de nueve ensayos (esto es, A1a-B1a, A2a-B2a, A3a-B3a).

- Bloque 2. Entrenamiento de dos discriminaciones condicionales de forma separada. En este segundo bloque se presentaron tres estímulos novedosos de comparación, en este caso adjetivos con carga estigmatizante (C1a, C2a y C3a), emparejados con los estímulos de muestra (silabas sin sentido del bloque anterior, A1a, A2a y A3a). Se les proporcionaba retroalimentación en la pantalla (¡CORRECTO! /INCORRECTO). De este modo, se entrenaron nuevas relaciones A1a-C1a, A2a-C2a y A3a-C3a. Se repitió hasta que los participantes alcanzaron el 100% de aciertos en un bloque de nueve ensayos.
- Bloque 3. Ensayos mixtos. Los participantes fueron expuestos a un bloque de 12 ensayos aleatorios de ensayos mixtos de los bloques 1 y 2. Los participantes contaban con retroalimentación y debían alcanzar el 100% de aciertos en los ensayos para poder continuar. En caso contrario, volvían a los bloques 1 y 2.
- Bloque 4. Fase de test. Los participantes fueron expuestos a 18 ensayos en los que se testó la emergencia de nuevas relaciones no entrenadas directamente (p. ej., B1a-C1a, B2a-C2a, B3a-C3a...). No se proporcionó retroalimentación a los participantes. Debían alcanzar el 100% de aciertos para poder continuar y acceder al segundo MTS. En caso contrario, los participantes volvían a ser entrenados en los bloques anteriores hasta que alcanzaban el criterio. Si lo deseaban, podían abandonar el estudio en cualquier momento.

*Tarea 4. Tarea de emparejamiento a la muestra II (MTS).* La estructura de este segundo MTS fue idéntica al primero a excepción de los estímulos. En este segundo MTS, se trabajó con otras sílabas sin sentido, se utilizaron estrellas en lugar de triángulos y se trabajó con adjetivos sin carga estigmatizante (se balanceó el orden de presentación de las tareas 3 y 4 entre participantes).

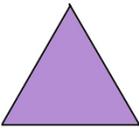
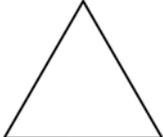
*Tarea 4 y tarea 5. Repetición de las tareas IAT.* Se presentaron nuevamente las tareas 1 y 2 con el objetivo de comprobar si el emparejamiento de los triángulos y las estrellas con adjetivos con/sin carga estigmatizante tenía alguna influencia en la latencia de respuesta de los participantes en el emparejamiento de adjetivos positivos y negativos con los estímulos neutros.

### *Análisis de datos*

Para analizar los resultados del IAT se recurrió al algoritmo propuesto por los autores (Greenwald *et al.*, 2003). Dicho algoritmo se obtiene calculando la diferencia en la latencia media de respuesta entre las dos tareas de respuesta y dividiéndolo por la desviación típica de las latencias para ambas tareas. Posteriormente, se eliminaron aquellos ensayos con latencias superiores a 10.000 milisegundos y las respuestas de los participantes que tuvieran más de un 10% de los ensayos con latencias inferiores a 300 milisegundos. Las latencias restantes se transformaron en unidades de desviación típica (llamada *D*), siendo esta medida similar a la *d* de Cohen para calcular el tamaño del efecto para las respuestas de un individuo en la tarea (Nosek, Greenwald y Banaji, 2005). Estas puntuaciones *D* consisten, en un número que refleja en unidades de desviaciones típicas la

magnitud de la diferencia entre los ensayos consistentes y los ensayos inconsistentes con el estigma. Se calcularon las puntuaciones  $D$  para el IAT tradicional y para el IAT derivado. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics v. 22.0.

**Figura 5**  
Estímulos de muestra y de comparación MTS1 y MTS 2

MTS1			MTS2		
A- Estímulo de muestra	B-Estímulo de comparación	C-Estímulo de comparación	A- Estímulo de muestra	B-Estímulo de comparación	C-Estímulo de comparación
WOT (A1a)	 (B1a)	VIOLENTO (C1a)	ÑEK (A1b)	 (B1b)	PACÍFICO (C1b)
SUQ (A2a)	 (B2a)	LOCO (C2a)	FUD (A2b)	 (B2b)	CURABLE (C2b)
LIR (A3a)	 (B3a)	INCONTRO- LABLE (C3a)	QAL (A3b)	 (B3b)	CUERDO (C3b)

## Resultados

### *Latencias-replicación del efecto estigmatizante en el IAT tradicional*

Se examinaron las latencias para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones consistente e inconsistente con el estigma. Se encontraron diferencias entre ambos tipos de condiciones, mostrando 58 de los 65 participantes latencias mayores en los ensayos inconsistentes con el estigma en los ensayos test (*latencia media total*= 80,7;  $DT= 4,23$ ) en comparación con los ensayos consistentes con el estigma (*latencia media total*= 69,38;  $DT= 3,15$ ). Estas diferencias fueron transformadas a puntuaciones  $D$  ( $M= 0,42$ ;  $DT= 0,54$ ;  $t(64)= 8,42$ ;  $p < 0,001$ ). Se ha observado, por tanto, sesgo en favor de cierto efecto estigmatizante.

### *Emparejamiento a la muestra (MTS)*

Los participantes debían alcanzar el 100% de aciertos en los bloques de test. En caso contrario, repetían el entrenamiento. El número medio de bloques de entrenamiento necesario para alcanzar este criterio fue 22,4 ( $DT= 7,82$ ).

### *Latencias-replicación del efecto estigmatizante en el IAT derivado*

Para el análisis de la tarea IAT derivada con estigma se tuvieron en cuenta las latencias de respuesta y las puntuaciones D (tabla 2). En lo que se refiere a las latencias, los resultados fueron similares a los obtenidos en el IAT tradicional. Antes del entrenamiento MTS no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en sus latencias en lo que se refiere a los estímulos arbitrarios,  $t(64)= 2,10$ ;  $p > 0,05$ ;  $d= 0,23$ . Del mismo modo, en las puntuaciones transformadas D no se encontraron diferencias estadísticamente significativas,  $t(64)= 0,9$ ;  $p > 0,05$ ;  $d= 0,17$ ). Sin embargo, tras el entrenamiento, se encontraron diferencias en el IAT derivado a favor de la transferencia de funciones,  $t(65)= 2,89$ ;  $p < 0,05$ ;  $d= 0,45$ .

**Tabla 2**

Latencias de respuesta en el Test de asociación implícita derivado

Momentos de la evaluación	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
Pretest				
Ensayos consistentes	58,32	10,58	n/a	n/a
Ensayos inconsistentes	61,27	12,04	n/a	n/a
Diferencias	2,12-2,79	11,36	0,35	0,27
Puntuaciones D	0,06	0,46	0,53	0,18
Postest				
Ensayos consistentes	50,69	9,86	n/a	n/a
Ensayos inconsistentes	53,28	9,92	n/a	n/a
Diferencias	2,05-2,9	10,05	0,04	0,41
Puntuaciones D	0,08	0,43	0,05	0,39

### *Medidas explícitas*

En lo que se refiere a la medida explícita, el CAEE, se observan puntuaciones relativamente bajas en los niveles de estigma ( $M= 7,38$  sobre un máximo de 38;  $DT= 2,41$ ) y no se encontró correlación significativa con la respuesta en el IAT tradicional. Del mismo modo, tampoco se encontró correlación con la respuesta en el IAT derivado ( $p > 0,05$ ).

## **Discusión**

El objetivo de este estudio era investigar la transformación de funciones estigmatizantes desde estímulos socialmente relevantes a estímulos arbitrarios en un intento de recrear experimentalmente los procesos de categorización social y el proceso de estigmatización que en ocasiones se deriva de estos. Este trabajo es

una réplica del de Weinstein *et al.* (2018), adaptado al estigma en salud mental, concretamente hacia la esquizofrenia. En dicho estudio, los autores, lograron transferir funciones estigmatizantes relacionadas con la obesidad a líneas horizontales y verticales. En este caso, al igual que ocurrió en el estudio original cuando los participantes alcanzaron el criterio de entrenamiento, las funciones estigmatizantes con las que la esquizofrenia va “cargada”, se transfieren a los estímulos arbitrarios (en este caso triángulos, no encontrándose efecto en las estrellas, emparejadas en el MTS con adjetivos no estigmatizantes). En otras palabras, una breve historia de condicionamiento podría afectar a la transformación de funciones hacia estímulos arbitrarios inicialmente neutros.

De este estudio pueden derivarse diversas implicaciones. En primer lugar, es conveniente remarcar la falta de correlación encontrada entre las medidas implícitas y explícitas, resultados coherentes con los encontrados en otros estudios previos en los que también se ha recurrido al IAT para el estudio del estigma en la esquizofrenia (González-Sanguino *et al.*, 2018; Peris, Teachman y Nosek, 2008; Sandhu, Arora, Brasch y Streiner, 2018). Las respuestas al CAEE fracasan al predecir la actuación en el IAT. Este hallazgo es una constatación más de lo que podría denominarse *estigma moderno*, perceptible de forma sutil o indirecta, pero de efectos tremendos para quienes lo sufren (Morgades-Bamba, Fuster-Ruizdeapodaca y Molero, 2017), por ejemplo, cuando se dice explícitamente “tolerar y respetar a las personas que padecen algún tipo de trastorno”, pero se asume que “una persona con problemas de salud mental supone un riesgo para la población general, no las entrevistaría para un trabajo o no le alquilaría una vivienda”.

Así, el estigma es muy bajo en los cuestionarios, sin embargo, sí que se ha observado efecto estigmatizante en la medida de cognición implícita, IAT. De este modo, las respuestas al cuestionario están influenciadas en algún grado por variables que se extienden más allá del control relacional o contextual o la deseabilidad *per se*. El impacto en los participantes de lo “políticamente correcto” se reduce debido a la necesidad de dar una respuesta rápida, que impide la compleja actividad relacional que genera una respuesta “cuidadosamente considerada”.

Por otro lado, esta generación experimental del fenómeno de estigmatización hacia estímulos inicialmente neutros podría ser explicada en términos de la RFT. De acuerdo con Hayes *et al.* (2001), “el prejuicio supone una transformación derivada de las funciones hacia determinados individuos basada en el contacto directo o verbal con las funciones aversivas de unos pocos individuos del grupo estigmatizado” (p. 112). Todo este proceso, ocurre cuando un estímulo en la red relacional tiene ciertas funciones psicológicas, modificando o según la terminología transformando las funciones de otros eventos en la red de acuerdo con la relación derivada subyacente, en forma de eventos privados como rechazo, miedo o aversión, entre otros. El prejuicio, producto universal, se derivaría del proceso natural de categorización, y además es un heurístico, puesto que no hace uso de nuestras máximas capacidades cognitivas, cuando enmarcamos relacionalmente a nosotros mismos o a los demás, con la consiguiente transformación de funciones del entorno social. Este proceso estigmatizante, de efectos dramáticos para

quienes lo padecen, se ha observado tanto en familiares, como en profesionales de la salud mental (Heresco-Levy, Ermilov, Giltsinsky, Lichtenstein y Blander, 1999), como en los propios afectados, quienes tras diversas exposiciones al fenómeno interiorizan y asumen este sentir (autoestigma).

Eso es precisamente lo que se ha simulado en este estudio, a través de un procedimiento de MTS, que posibilita la respuesta relacional entre imágenes neutras y palabras relacionadas con el estigma. Estas figuras inicialmente neutras, aunque similares en forma, no eran idénticas a las figuras que se presentaban en la tarea IAT. Sin embargo, en las tareas 4 y 5 (cuando vuelven a pasar por el procedimiento IAT), se observa transferencia de funciones coherente con el breve entrenamiento que se proporciona en las tareas MTS. De este modo, el condicionamiento relacional o derivado podría convertirse en una respuesta factible para el desarrollo de respuestas estigmatizantes. Estos resultados, sugerirían que la generalización y transformación de funciones podrían dar cuenta de los procesos de estigmatización entre categorías sociales (O’Hora, Roche, Barnes-Holmes y Smeets, 2002). Por tanto, el estudio podría ser un análogo de los procesos que ocurrirían en la adquisición de funciones de estigma. Desde la perspectiva de la RFT, en el estudio parece haberse producido la adquisición de funciones sociales estigmatizantes en estímulos arbitrarios incluso en ausencia de entrenamiento directo. La transferencia de funciones hacia figuras inicialmente neutras como triángulos y estrellas, podría ser un análogo de la transferencia de funciones que se produce en los procesos estigmatizantes en nuestra vida cotidiana. Por poner un ejemplo, cuando nos dicen que “Juanito tiene esquizofrenia”, incluso sin haber tenido contacto alguno con él, lo pondremos en un marco de coordinación con todos aquellos adjetivos asociados dado contexto socioverbal, a la esquizofrenia (peligrosidad, extrañeza e impredecibilidad, dificultad de relación e incapacidad para manejar su vida, violento, loco, enfermo...). Estos procesos se van configurando a partir de múltiples historias interactivas en las que se produce aprendizaje relacional. Así, se habrá producido de forma derivada una transformación de funciones, siendo Juanito víctima de rechazo o discriminación. Y es que, en efecto, dada la historia pertinente, aprendemos a relacionar eventos de forma arbitraria y a hacerlo de muchas formas posibles, hasta el punto de que estos patrones relacionados aprendidos son aplicados a nuevos estímulos. Dado que somos seres verbales y que, por tanto, relacionan, esta actividad relacional es predominante en nuestra interacción, de modo que al contactar con cualquier evento reaccionamos relacionándolo de algún modo. De este modo, el aprendizaje relacional arbitrario es predominante en la conducta verbal, al establecer relaciones en los estímulos más allá de la forma o secuencia de los eventos relacionados. Se producen por tanto patrones de respuesta que se consolidan por reforzamiento diferencial de tipos de respuesta a partir de numerosos ejemplos, pero en presencia de determinadas claves relevantes o contextuales. De esta forma, el organismo no respondería al contenido físico, sino al marco relacional, o sea, a las claves contextuales establecidas históricamente, de manera que cuando el organismo responde, su respuesta es enmarcar los eventos relacionalmente. Esto supone un avance

importante en la comprensión de los procesos de estigmatización inherentes a los trastornos psicológicos.

En lo que se refiere a la esquizofrenia, la investigación apunta que las actitudes sociales hacia estas personas no son exactamente similares a las que se dan en trastornos como la ansiedad o la depresión, y aunque hay una base común de rechazo, se ha encontrado un cierto gradiente que abarcaría desde aquellos trastornos que "pueden afectarnos a todos" y tienen una mejor imagen social, hasta aquellos trastornos más cercanos a la imagen tradicional de "locura" (Crisp, 2001). De hecho, la esquizofrenia, el alcoholismo y la adicción a sustancias son los trastornos que peores opiniones suscitan esto es, las actitudes hacia las personas con esquizofrenia, por ejemplo, son diferentes que las actitudes hacia otros síndromes como la ansiedad o la depresión (López *et al.*, 2008).

Además de todo lo anterior, los estudios reflejan también que, en el caso de la esquizofrenia, se produce una categorización de estas personas en un grupo distinto ("ellos" frente a "nosotros"), a la vez que quedan completamente definidas por el trastorno, perdiendo su identidad como personas: se asume que las personas "son" esquizofrénicas y no que "tienen" o "padecen" esquizofrenia.

Todo esto tendría importantes consecuencias en la persona víctima de esta estigmatización, que terminarían por internalizar los estereotipos, con la consiguiente desmoralización o la reducción de su autoestima (Lysaker *et al.*, 2011; Morgades-Bamba, *et al.*, 2017; Ritscher y Phelan, 2004). Asimismo, el alejar a estas personas de contextos normalizados (universidad, mundo laboral) favorecería los sentimientos de minusvalía y de autoestigma a la par que aumenta el estigma social (Burgess, Curtis-Downes y Gibson, 2012). En efecto, el estigma favorece el aislamiento, retrasa o inhibe la petición de ayuda y genera dificultades graves en las relaciones sociales, la vivienda, el empleo y la atención sanitaria y social (Cowan, 2002; Stuart, 2006; Corrigan, Watson, Warpinski y Gracia, 2004). Aspectos a los que hay que añadir el efecto igualmente negativo que el proceso tiene sobre la familia e incluso sobre profesionales y servicios que atienden a personas con trastornos mentales graves (Lauber, Nordt y Rössler, 2005).

Lo llamativo, además de preocupante, es que, a pesar de que como se ha comentado, el número y representatividad de los estudios publicados sean todavía escasos, se encuentre una cifra considerable de aquellos que señalan que gran parte de los profesionales de la salud mental, aunque poseen un conocimiento sobre los trastornos evidentemente superior al de la población general, sus opiniones hacia estos no difieren significativamente en lo que se refiere a distancia social. De hecho, se ha encontrado que una historia previa de paciente violento es un factor que propicia que los psiquiatras diagnostiquen esquizofrenia (Clark y Rowe, 2006).

No en vano, existen estudios que reportan que los profesionales de la salud (Jorm, Korten, Jacomb, Christensen y Henderson, 1999) y los profesionales de la psiquiatría, en particular, presentan un mayor número de estereotipos negativos y actitudes estigmatizantes en comparación con otros profesionales de la salud (Nordt, Rössler y Lamber, 2006), que tienen peores actitudes hacia ciertas conductas de las personas con trastornos mentales que el público general, quien parece tolerar comportamientos más inusuales (Sarbin y Mancuso, 1970), a la par

que se ha informado de conductas desplegadas por estos profesionales poco respetuosas y desfavorables para una atención orientada a la recuperación (Lauber, Nordt, Braunschweig y Rössler, 2006; López *et al.*, 2008; Sartorius, 2002;).

Conocer los procesos de generación del estigma tiene importantes implicaciones de cara a diseñar mecanismos eficaces de intervención. Al respecto, y en el caso que nos ocupa, resulta fundamental diseñar estrategias que pongan fin o frenen esta lacra social. Así, desde la perspectiva que supone la RFT podría exponerse a los participantes a una variedad de contextos relacionales en los que se resalten categorías supraordenadas por encima de las supuestas diferencias, esto es, romper la distinción entre observador y observado.

No obstante, pese a los prometedores resultados, de cara a futuros estudios podrían solventarse algunas limitaciones metodológicas. En primer lugar, tenida cuenta que los procesos de estigmatización se desarrollan a lo largo de años tras múltiples ejemplos de interacciones en los que se han ido asociando características no deseadas a la esquizofrenia, un entrenamiento breve como el que se ha desarrollado quizá sea insuficiente. Por ello, quizá los resultados obtenidos estén infrarrepresentados, por lo que sería interesante diseñar un entrenamiento experimental de mayor duración.

Por otro lado, en futuras investigaciones podría haberse medido y controlado el grado de deseabilidad social, utilizando alguna de las medidas disponibles a tal efecto, como la versión al castellano de la escala de deseabilidad social de Crowne y Marlowe (1960) (Ferrando y Chico, 2000). En cuanto a las características de la muestra, por un lado, sería interesante replicar el estudio en una muestra mayor y más heterogénea (los participantes son todos estudiantes universitarios de Psicología), para asegurar la generalización de los resultados. También podría ser de interés el haber controlado los posibles efectos del sexo, así como, haber contado con otros datos que pudieran estar influyendo en los resultados, como el contacto previo (o no) con población clínica. Por otro lado, al ser todos ellos estudiantes de Psicología, a los que se les presupone una mayor conciencia con este tipo de problemáticas, así como más conocimientos sobre este trastorno, la magnitud del estigma podría estar infrarrepresentada. Del mismo modo, podría ser interesante trabajar también con población clínica y observar si se dan patrones de autoestigma, como ya se ha hecho en estudios hacia la ansiedad, cierto tipo de discapacidad o prejuicio local (Barnes, Lawlor, Smeets y Roche, 1996).

En cualquier caso, el análisis que se hace desde este enfoque es fundamental de cara a comprender los procesos de categorización social subyacentes a la estigmatización, lo que se traduce en importantes implicaciones en el desarrollo de intervenciones antiestigma, como, por ejemplo, y en consonancia con los planteamientos expuestos de la RFT, las propuestas generadas desde las terapias de tercera generación, como la terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Wilson y Luciano, 2002). Dichas intervenciones ya han mostrado eficacia en el estigma hacia trastornos psicológicos (Masuda *et al.*, 2007), hacia personas con sobrepeso (Lillis, Hayes, Bunting y Masuda, 2009) o incluso en el autoestigma en personas en tratamiento por abuso de sustancias (Luoma, Kohlenberg, Hayes, Bunting y Rye, 2008).

## Referencias

- Barbato, A. (2000). Consequences of schizophrenia: a public health perspective. *World Association for Psychosocial Rehabilitation Bulletin*, 21, 6-7.
- Barnes, D., Lawlor, H., Smeets, P. M. y Roche, B. (1996). Stimulus equivalence and academic self-concept among mildly mentally handicapped and nonhandicapped children. *The Psychological Record*, 46, 87-107. doi: 10.1007/BF03395165
- Barnes-Holmes, D., Murtagh, L., Barnes-Holmes, Y. y Stewart, I. (2010). Using the implicit association test and the implicit relational assessment procedure to measure attitudes toward meat and vegetables in vegetarians and meat-eaters. *The Psychological Record*, 60, 287. doi: 10.1007/BF03395708
- Burgess, B., Curtis-Downes, D. y Gibson, R. C. (2012). Education and employment levels among Jamaican patients newly diagnosed with schizophrenia and bipolar disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 136, 1188-1191. doi: 10.1177/0020764011433638
- Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1, 16-20.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Warpinski, A. C. y Gracia, G. (2004). Stigmatizing attitudes about mental illness and allocation of resources to mental health services. *Community Mental Health Journal*, 40, 297-307. doi: 10.1023/B:COMH.0000035226.19939.76
- Cowan, S. (2002). Public arguments for and against the establishment of community mental health facilities: implications for mental health practice. *Journal of Mental Health*, 11, 5-15. doi: 10.1080/096382301200041425
- Crisp, A. (2001). The tendency to stigmatise. *British Journal of Psychiatry*, 178, 197-199. doi: 10.1192/bjp.178.3.197
- Crowne, D. P. y Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- De Houwer, J. (2006). What are implicit measures and why are we using them? En R. W. Wiers y A. W. Stacy (dirs.), *The handbook of implicit cognition and addiction* (pp. 11-28). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ertugrul, A. y Ulug, B. (2004) Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Social Psychiatry Epidemiology*, 39, 73-77.
- Ferrando, P. J. y Chico, E. (2000). Adaptación y análisis psicométrico de la Escala de discapacidad social de Marlowe y Crowne. *Psicothema*, 12, 383-389.
- González-Sanguino, C., Muñoz, M., Castellanos, M., Pérez-Santos, E. y Villameriel, T. (2018). Study of the relationship between implicit and explicit stigmas associated with mental illness. *Psychiatry Research*, 272, 663-668. doi: 10.1016/j.psychres.2018.12.172
- Granados-Gámez, G., López-Rodríguez M., Corral-Granados, A. y Márquez-Hernández, V. V. (2016). Attitudes and beliefs of nursing students toward mental disorder: the significance of direct experience with patients. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(2), 135-143. doi: 10.1111/ppc.12147
- Greenwald, A. G. y Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102, 4-27. doi: 10.1037/0033-295X.102.1.4
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E. y Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: the Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464-1480. doi: 10.1037/0022-3514.74.6.1464
- Greenwald, A. G., Nosek, B. A. y Banaji, M. R. (2003). Understanding and using the Implicit Association Test: an improved scoring algorithm. Correction to Greenwald et al. (2003). *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 197-216.

- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York, NY: Plenum.
- Henderson, C., Williams, P., Little, K. y Thornicroft, G. (2013). Mental health problems in the workplace: changes in employers' knowledge, attitudes and practices in England 2006-2010. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 55, 70-76.
- Heresco-Levy, U., Ermilov, M., Giltsinsky, B., Liechtenstein, M. y Blander, D. (1999). Treatment-resistant schizophrenia and staff rejection. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 457-465.
- Hofmann, W., Gawronski, B., Gschwendner, T., Le, H. y Schmitt, M. (2005). A meta-analysis on the correlation between the Implicit Association Test and explicit self-report measures. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(10), 1369-1385. doi:10.1177/0146167205275613
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. y Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Kelly, A. y Barnes-Holmes, D. (2013). Implicit attitudes towards children with autism versus normally developing children as predictors of professional burnout and psychopathology. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 17-28. doi: 10.1016/j.ridd.2012.07.018
- Kenrick, D. T., Li, N. P. y Butner, J. (2003). Dynamical evolutionary psychology: individual decision rules and emergent social norms. *Psychological Review*, 110, 3-28. doi: 10.1037/0033-295X.110.1.3
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C. y Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 51-59. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K. y Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: a preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 58-69.
- Link, B. G. y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- López, M., Laviana M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 101, 43-83.
- Lysaker, P., Erickson, M., Ringer, J., Buck, K.D., Semerari, A., Carcione, A. y Dimaggio, G. (2011). Metacognition in schizophrenia: the relationship of mastery to coping, insight, self-esteem, social anxiety, and various facets of neurocognition. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 412-424.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K. y Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research & Theory*, 16, 149-165.
- Magliano, L., Read, J., Patalano, M., Sagliocchi, Oliviero, N., D'Ambrosio, A. y Cerrato, F. (2012). Contrarrestar el estigma hacia las personas con esquizofrenia en el ámbito sanitario: una experiencia piloto en una muestra de estudiantes italianos de medicina. *Psychology, Society & Education*, 4, 169-181.
- Markowitz, F. E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335-347.

- Mårtensson, G., Jacobsson, J. W. y Engström, M. (2014). Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 782-788.
- Martin, J. K., Pescosolido, B. A. y Tuch, S. A. (2000). Of fear and loathing: the role of disturbing behavior, labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 208-223. doi: 10.2307/2676306
- Masuda, A., Hayes, S., Lillis, J., Bunting, K., Herbst, S. y Fletcher, L. (2009). The relation between psychological flexibility and mental health stigma in acceptance and commitment therapy: a preliminary process investigation. *Behavior and Social Issues*, 18, 25. 10.5210/bsi.v18i1.2525
- Mellott, D. S. y Greenwald, A. G. (2000, 7-11 Mayo). *Measuring implicit ageism: do the Implicit Association Test and semantic priming measure the same construct?* [Comunicación]. Congreso de la Midwestern Psychological Association, Chicago, IL: Estados Unidos.
- Morgades-Bamba, C. I., Fuster-Ruizdeapodaca, M. J. y Molero, F. (2017). The impact of stigma on subjective well-being in people with mental disorders. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*. doi: 10.3371/CSRP.CBMF.071317
- Morgades-Bamba, C. I., Fuster-Ruizdeapodaca, M. J. y Molero, F. (2019). The impact of internalized stigma on the well-being of people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 271, 621-627. doi: 10.1016/j.psychres.2018.12.060
- Navarro, N., Cangas, A. J., Aguilar-Parra, J. M., Gallego, J., Moreno-San Pedro, E., Carrasco-Rodríguez, Y. y Fuentes-Méndez, C. (2017). Propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de las actitudes de los estudiantes hacia la esquizofrenia. *Psychology, Society & Education*, 9, 325-334. doi: 10.25115/psye.v9i2.865
- O'Hora, D., Roche, B., Barnes-Holmes, D. y Smeets, P. M. (2002). Response latencies to multiple derived stimulus relations: testing two predictions of relational frame theory. *Psychological Record*, 52, 51-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF03395414>
- Ottati, V., Bodenhausen, G.V. y Newman, L. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. En P. W. Corrigan (dir.), *On the stigma of mental illness* (pp. 99-128). Washington, DC: American Psychological Association.
- Penn, D.L. y Martín, J. (1998). The stigma of severe mental illness: some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatric Quarterly*, 69, 235-247.
- Perlick, D. A., Nelson, A. H., Mattias, K., Selzer, J., Calvin, C., Wilber, C. H., Huntington, B., Holman, C. S. y Corrigan, P. W. (2011). In our own voice-family companion: reducing self-stigma of family members of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 62(12), 1256-1262. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.001222011>
- Peris, T., Teachman, B. y Nosek, B. (2008). Implicit and explicit stigma of mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 752-760. doi:10.1097/NMD.0b013e3181879dfd
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Lang, A. y Olafsdottir, S. (2008). Rethinking theoretical approaches to stigma: a framework integrating normative influences on stigma (FINIS). *Social Science & Medicine*, 67, 431-440.
- Piat, M. (2000). Becoming the victim: a study on community reactions towards group homes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 108-116.
- Rehfeldt, R. A. (2003). Establishing contextual control over generalized equivalence relations. *The Psychological Record*, 53, 415-428.
- Rehfeldt, R. A. y Hayes, L. J. (2000). The long-term retention of generalized equivalence classes. *The Psychological Record*, 50, 405-428. doi: 10.1007/BF03395363

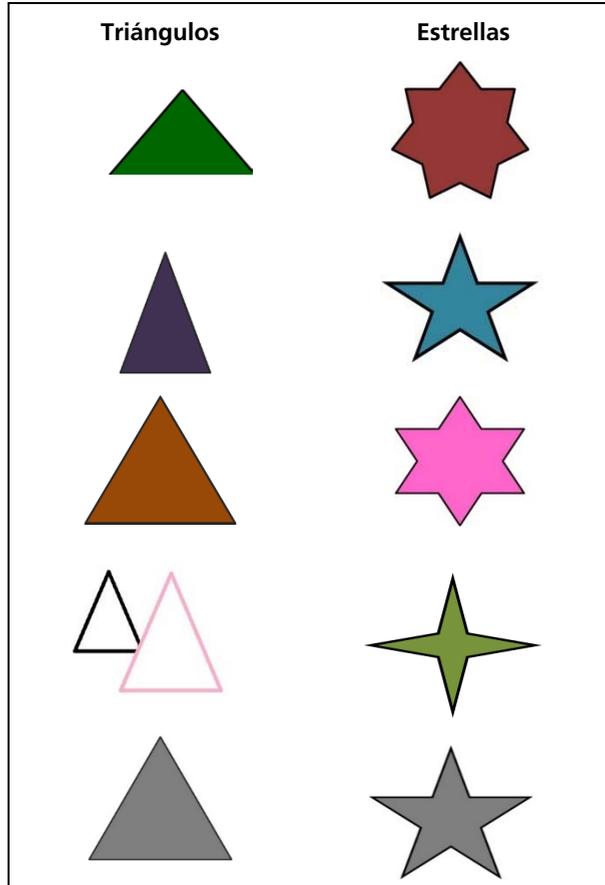
- Ritsher, J. B. y Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129, 257-265. doi: 10.1016/j.psychres.2004.08.003
- Rodrigues, C.R. (1992). Comparison of the attitudes of Brazilian and Spanish medical students towards mental disease. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 20, 30-41.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: the effects of received services and perceived Stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62, 660-672. doi: 10.2307/2657432
- Sandhu, H., Arora, A., Brasch, J. y Streiner, D. (2018). Mental health stigma: explicit and implicit attitudes of Canadian undergraduate students, medical school students, and psychiatrists. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(3), 209-217. doi: 10.1177/0706743718792193
- Schülze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H. y Angermeyer, M. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 142-150. doi: <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.02444.x>
- Spagnolo, A., Murphy, A. y Librera, L. (2008). Reducing stigma by meeting and learning from people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 186-193.
- Stone, A. M. y Merlo, L. J. (2011). Attitudes of college students toward mental illness stigma and the misuse of psychiatric medications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 134-139.
- Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 522-526. doi: 10.1097/01.yco.0000238482.27270.5d
- Stuart, H. (2009). *Selection of Anti-stigma Programs*. Opening Minds: Canada.
- Vilardaga, R. (2012). Estigma y prejuicios. En M. Páez-Blarrina y O. Gutiérrez-Martínez (dirs.), *Múltiples aplicaciones de la terapia de aceptación y compromiso* (pp. 251-267). Madrid: Pirámide.
- Warner, R. (2001). Community attitudes towards mental disorders. En F. Thornicroft y G. Szmulker (dirs.), *Textbook of community psychiatry* (pp.453-464). Oxford: Oxford University Press.
- Weinstein, J. H., Wilson, K. G., Drake, C. E. y Kellum, K. K. (2008). A relational frame theory contribution to social categorization. *Behavior and Social Issues*, 17, 39-64.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

RECIBIDO: 7 de abril de 2020

ACEPTADO: día de mes de 2020

**Apéndice**

**Estímulos utilizados en el Test de asociación implícita (IAT)**



**Adjetivos positivos**

AMABLE  
SINCERO  
DIVERTIDO  
EDUCADO  
TOLERANTE

**Adjetivos negativos**

HIPÓCRITA  
CAPRICHOSO  
DAÑINO  
ENVIDIOSO  
ABURRIDO

**Adjetivos estigma**

AGRESIVO  
VAGO  
INÚTIL  
ENFERMO  
DEPENDIENTE

**Adjetivos no estigma**

AUTÓNOMO  
TRABAJADOR  
SANO  
RESPONSABLE  
SOCIABLE