



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

VICERRECTORADO DE  
INVESTIGACIÓN

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**CONTROL INSTRUCCIONAL SOBRE LA ESTIGMATIZACIÓN  
DURANTE UNA TAREA DE DISCRIMINACIÓN CONDICIONAL EN  
ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD  
PÚBLICA DE LIMA METROPOLITANA**

**Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología con  
mención en Psicología Clínica**

**AUTORA:**

**Caycho Salazar, Flower de María de Jesús**

**ASESORA:**

**Aguirre Morales, Marivel Teresa**

**JURADO:**

**Becerra Flores, Sara Nilda**

**Zegarra Martinez, Vilma Bartola**

**Rivadeneira de la Torre, Elvira**

**Lima - Perú**

**2019**

## **Pensamiento**

"Tenía que hacer algo. Tocar la puerta de alguien para que pusiera el mundo en orden otra vez, creer que la realidad tenía la generosidad, la flexibilidad, de poder corregirse".

**Alonso Cueto**

## **Dedicatoria**

A mi familia:

A mis padres, Flor y Alejandro por apoyarme y recordarme constantemente la razón de ver la psicología como profesión.

A mis hermanos, Flor, Jean, Alex y Jesús, por creer, y valorar mi elección al elegir esta carrera, además de todo su apoyo en este proceso. Infinita gratitud a todos ustedes.

A Darwin, mi mejor amigo, por su “optimismo” implícito en este mundo de la investigación y mostrarme hechos para hacer y creer en una Psicología como ciencia.

## AGRADECIMIENTOS

Quisiera empezar a agradecer al sistema educativo universitario, pese a algunas de sus dificultades, permite a miles de jóvenes a acceder a la educación superior gratuita y de calidad. A mi casa de estudios que me albergó durante estos seis años, la Universidad Nacional Federico Villarreal.

A la docente, doctora Marivel Aguirre Morales, por su asesoría académica, compromiso que asume con sus tesis. Su responsabilidad, calidez humana, curiosidad científica contribuyeron en la consolidación de esta investigación.

Al docente, Magister Máximo Ñiquen Vallejos, responsable del Laboratorio de Investigación Psicológica de la facultad de Psicología de la UNFV, quien me brindó en todo momento su apoyo moral, académico y logístico.

Al decano de la facultad de Psicología, doctor José Livia Segovia, quien mostró entusiasmo en mi propuesta para realizar una investigación de corte experimental y facilitó las coordinaciones para utilizar el laboratorio de psicología experimental.

A los docentes Ingrid Cirilo y José Martínez, docentes con experticia en temas de psicología experimental, quienes colaboraron en leer y participar como expertos para validar la metodología de la situación experimental.

A Darwin Gutierrez, mi mejor amigo en estos años de formación profesional y personal, dentro y fuera de las aulas, quien se ha ganado mi respeto y gratitud por su compromiso con la psicología científica y la investigación experimental, siendo actualmente parte de su estilo de vida. Sin su colaboración y críticas, no hubiese sido posible concretar y diseñar esta investigación.

A la Asociación Liceo Contextual, por ser un grupo pionero que promueve las prácticas científicas y basadas en la evidencia en un terreno profesional-tecnológico.

A mis colegas de Liceo Contextual, César Díaz Padilla y Diego Román Nalvarte, quienes colaboraron como los confederados en esta investigación, por su valioso tiempo y empeño en llevar a cabo este experimento.

A Bryan Aguirre Jaqui, por ayudarme desde el inicio, desde leer el proyecto, aportar con ideas y críticas para el diseño de la situación experimental.

A Diego Torres Marruffo, que desde México no escatimó en brindarme parte de su tiempo para participar como juez experto, realizar críticas y alcances en investigación en psicología social.

Asimismo, no olvidar a todos aquellos que contribuyeron con mi formación y a su vez, me generaron muchas dudas como estudiante: los grupos de estudio de los que formé parte, Psiencia y “Círculo interconductual sin nombre”.

Al departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento, DAMOC, por albergarme en el periodo de prácticas preprofesionales, donde tuve mayor contacto, vivencias con la práctica y responsabilidad que implica el ámbito terapéutico, donde me permitieron seguir desarrollando la capacidad de juicio crítico.

Finalmente, agradezco a las personas que confiaron en mí y me permitieron acompañarlos en su proceso terapéutico, de esta forma entendí la importancia y enorme responsabilidad de tener un ser humano al frente, sus experiencias me motivaron a investigar y tratar de entender mejor el tema de estigmatización.

**Control instruccional sobre la estigmatización durante una tarea  
discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad  
pública de Lima metropolitana**

Flower de María de Jesús Caycho Salazar

**Universidad Nacional Federico Villarreal**

**Resumen**

Se identificó el efecto del control instruccional sobre estigmatización en una tarea de discriminación condicional o también llamada de igualación a la muestra en estudiantes universitarios (N=30) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, sin experiencia previa, siendo distribuidos aleatoriamente en tres grupos: específico pertinente, genérico pertinente y control. Contó con tres fases: línea base, pre test o fase A, brindar un tipo de instrucción de acuerdo al grupo experimental al que pertenecía (fase B) y post test o fase C donde el sujeto experimental evalúa el desempeño del sujeto confederado. Se encontró una diferencia de medias entre la fase A y la fase C ( $Z=-3.005$ ;  $p<0.05$ ). Esto indicaría que otorgar una instrucción influye en la estigmatización. Sin embargo, según la comparación de medias entre los grupos experimentales, no son estadísticamente significativas ( $U=40.500$  y  $p>0.05$ ), ni entre el grupo Control y EP ( $U=49.500$  y  $p>0.05$ ); ni el grupo GP y Control ( $U=49.000$  y  $p>0.05$ ). Se propone el índice de estigmatización como medida cuantitativa. Se discute la importancia en el entendimiento de la conducta de estigmatización y la implicancia teórica del control instruccional en la línea de investigación de conducta verbal.

*Palabras clave:* control instruccional, estigmatización, discriminación condicional, igualación a la muestra, instrucción, genérico pertinente, específico pertinente, índice de estigmatización

**Instructional control on stigmatization during a conditional  
discrimination task in Psychology students of a public university in  
metropolitan Lima**

Flower de María de Jesús Caycho Salazar

**National University Federico Villarreal**

**Abstract**

The effect of the instructional control on stigmatization was identified in a task of conditional discrimination or also called equalization to the sample in university students (N = 30) of the Faculty of Psychology of the National University Federico Villarreal, with no previous experience, being randomly distributed in three groups: specific relevant, relevant generic and control. It had three phases: baseline, pretest or phase A, provide a type of instruction according to the experimental group to which it belonged (phase B) and post test or phase C where the experimental subject evaluates the performance of the confederate subject. mean difference between phase A and phase C ( $Z = -3.005$ ,  $p < 0.05$ ). This would indicate that granting an instruction influences stigmatization. However, according to the comparison of means between the experimental groups, they are not statistically significant ( $U = 40,500$  and  $p > 0.05$ ), nor between the Control and EP group ( $U = 49,500$  and  $p > 0.05$ ); nor the GP and Control group ( $U = 49,000$  and  $p > 0.05$ ). The stigmatization index is proposed as a quantitative measure. The importance in the understanding of stigmatization behavior and the theoretical implication of instructional control in the line of investigation of verbal behavior is discussed. *Keywords:* instructional control, stigmatization, conditional discrimination, sample matching, instruction, relevant generic, relevant specific

*Keywords:* instructional control, stigmatization, conditional discrimination, sample matching, instruction, relevant generic, relevant specific, stigmatization index

## Índice

<b>Carátula</b>	i
<b>Pensamiento</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimientos</b>	iv
<b>Resumen</b>	vi
<b>Abstract</b>	vii
<b>Índice</b>	viii
<b>Lista de Tablas</b>	xi
<b>Lista de Figuras</b>	xiii
<b>Introducción</b>	xiv
<b>Capítulo I: Planteamiento de la investigación</b>	
1.1 Planteamiento del problema	17
1.2 Formulación del problema	18
1.3 Objetivos	19
1.3.1 Objetivo General	19
1.3.2 Objetivos Específicos	19
1.4 Hipótesis	20
1.5 Justificación e importancia	20
<b>Capítulo II: Marco teórico</b>	
2.1 Antecedentes	24
2.1.1 Antecedentes internacionales	24
2.1.2 Antecedentes nacionales	28

2.2	Bases teóricas	29
2.2.1	Conducta verbal como mediación social	29
2.2.2	Control instruccional	29
	a) Instrucciones	30
	b) Reglas	31
2.2.3	Descripción de las contingencias	32
2.2.4	Clasificación de las descripciones	32
2.2.5.	Discriminación condicional	34
	2.2.5.1 Igualación a la muestra	35
2.2.6	Revisión sobre enfermedad mental y conceptos afines	36
	2.2.6.1 Psicología de la Anormalidad	37
	2.2.6.2 Psicopatología	40
	2.2.6.3 Perspectivas teóricas sobre la conducta anormal	42
	2.2.6.4 Los manuales de clasificación y diagnóstico de las enfermedades mentales	44
	2.2.6.5 Propuesta alternativa al modelo psicopatológico tradicional	45
2.2.7	Estigma y Estigmatización	46
	2.2.7.1 Procesos de Estigmatización	50
	2.2.7.2 Estigma hacia las “enfermedades mentales”	53
2.2.8	La conducta estigmatizadora	55
2.2.9	Índice de Estigmatización	63
<b>Capítulo III: Método</b>		
3.1	Tipo de investigación	67

3.2 Variables	68
3.3 Participantes	70
3.3.1 Criterios de inclusión	71
3.3.2 Criterios de exclusión	71
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	72
3.4.1 Materiales	72
3.4.2 Técnicas de Recolección de Datos	72
3.4.3 Estimación de validez por contenido o criterio de jueces	74
3.5 Procedimientos	75
3.5.1 Análisis de Datos	75
3.5.2 Procedimiento	75
3.6 Aspectos éticos	82
3.7 Limitaciones	85
<b>Capítulo IV: Resultados</b>	
4.1 Resultados intra-grupales	86
4.2 Resultados inter-grupales	94
4.3 Resultados por comparación estadística inferencial	96
<b>Capítulo V: Discusión</b>	101
Conclusiones	110
Recomendaciones	111
Referencias	113
Anexos	124

## Lista de tablas

Número		Página
1	Componentes cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con el «estigma público» y el «auto-estigma» en personas con enfermedad mental	51
2	Distribución de los participantes	71
3	Prueba estadística de V de Aiken	74
4	Validez de contenido del instrumento de discriminación condicional	75
5	Procedimiento General para cada uno de los grupos	77
6	Resultados del grupo control en las fases A (pretest) y C (postest), según el número de aciertos de los participantes	89
7	Índice de estigmatización en las fases A (pretest) y C (postest), del grupo control	89
8	Resultados del grupo EP en las fases A (pretest) y C, según el número de aciertos de los participantes	90
9	Índice de estigmatización en las fases A (pretest) y C (postest), del grupo específico pertinente	90
10	Resultados del grupo GP en las fases A(pretest) y C (postest), según el número de aciertos de los participantes	91
11	Índice de estigmatización en las fases A(pretest) y C, del grupo genérico pertinente	91
12	Promedio de aciertos y porcentaje según grupos experimentales	94
13	Número de participantes asignados que cumplieron con más del 40% en el índice de estigmatización en la Fase A y C	96

14	Prueba de normalidad Shapiro-Wilk para el índice de estigmatización en la fase A (pretest) y fase C (postest)	96
15	Comparación de medias con prueba Kruskal Wallis para el grupo control y grupos experimentales en la fase A (pretest) y fase C (postest)	97
16	Comparación de medias para muestras relacionadas en la fase A (pretest) y C (postest)	98
17	Comparación de medias para 2 muestras relacionadas en la fase A (pretest) y fase C (postest), según grupos	99
18	Comparación de medias para los grupos experimentales en la fase C (postest)	100

## Lista de figuras

Número		Página
1	Distintas funciones y condiciones que incluyen las contingencias de poder	61
2	Fórmula para obtener el índice de Estigmatización	65
3	Diagrama del diseño cuasiexperimental con medidas pretest-postest	67
4	Ejemplo del procedimiento de discriminación condicional o igualación a la muestra de primer orden	73
5	Ubicación del sujeto experimental y sujeto confederado	78
6	Porcentaje de aciertos en la primera fase, línea base, de los participantes	87
7	Porcentaje de aciertos la fase C (postest)	88
8	Índices de estigmatización, en la fase A (pretest) de los sujetos experimentales	92
9	Índices de estigmatización, en la fase C (postest) de los sujetos experimentales	93
10	Promedio del índice de estigmatización de los participantes en las fases A (pretest) y C (postest)	95

## Introducción

A raíz de la definición que estableció la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001) acerca en qué consiste la salud mental, entendiéndola como un bienestar global de lo corpóreo, mental y social, no apelando a hablar en términos dicotómicos, como ausencia o presencia de enfermedades, se observa pues, un auge en los estudios y planes iniciales hacia políticas públicas referidos a salud mental; y es que al hablar sobre este tema ya de manera implícita se asocia con otro término, como son las “enfermedades mentales”.

En este trayecto, se entiende que las personas diagnosticadas con algún problema de salud mental, al ser etiquetados como "enfermos mentales" sufren consecuencias sociales negativas para su bienestar, adaptación y participación social. El estigma es una de las consecuencias de dicho proceso, siendo una de las dificultades más importantes para las personas con enfermedades mentales (OMS; 2005). Es pues que, las personas con diagnósticos de enfermedades mentales, pasan a ser etiquetados inmediatamente como "enfermos mentales" o que tienen alguna condición o mal, sufriendo consecuencias que van en contra de bienestar físico, mental, de integración y participación en diferentes áreas de la vida de una persona. Dichas consecuencias provienen de las connotaciones asociadas al término y de las actitudes que éste suscita en la población general. A las personas diagnosticadas les puede generar malestar debido al efecto de desconocer, en gran parte, en qué consisten las enfermedades mentales, siendo que la enfermedad mental, como ocurre con otras condiciones humanas, podría conllevar a la discriminación social y ésta desemboca en el proceso de estigmatización.

En Perú, sin demasiado énfasis hacia al tema de salud mental, viene gestionando algunos puntos dentro del marco de las políticas públicas en el sector salud, donde algo muy resaltante de mencionar es que se están realizando proyectos para la implantación de un enfoque comunitario, es decir, ir dejando atrás

el sistema de internamiento prolongado en un hospital, como se le conoce hasta ahora: internamiento en manicomios y apostar por el trabajo interdisciplinario de varios profesionales con el usuario diagnosticado con su familia o entorno social. Se trata de este modo, fomentar un modelo de atención primaria, reforzar los servicios de rehabilitación social y los hospitales con consultas de día. Como lo señala Castejón (2016), el ser un modelo de interacción, respetando derechos civiles y humanos, enfatizar en la promoción de la integración a su ambiente, entre otras.

El presente estudio tiene como objetivo visualizar el efecto en la forma de presentación de las instrucciones y estas cómo repercuten en el fenómeno de estigmatización, la conducta estigmatizadora, por ello se considera necesario conocer la caracterización experimental.

En el capítulo I se desarrolla el planteamiento del problema llegando hasta la formulación del problema general. Del mismo modo, se presentan la importancia y justificación. Seguidamente, en el capítulo II se muestra el marco teórico en el cual se basa esta investigación; se encuentran los antecedentes tanto internacionales y nacionales que hayan investigado aspectos sobre el estigma, conducta estigmatizadora en salud mental y de líneas de investigación relacionadas a control instruccional.

En el capítulo III se establece la metodología, incluyendo cómo se diseñó la situación experimental. Asimismo, se presentan el tipo y diseño de la investigación, la población y muestra de estudio, los instrumentos y materiales empleados, descritos de manera ampliada; finalmente, el procedimiento conformado por la descripción de la condición experimental y las instrucciones que se utilizaron, así como algunos aspectos éticos considerados y las limitaciones posibles en el estudio.

El capítulo IV presenta los resultados propios de la investigación: análisis de estadísticos descriptivos intra-grupales e inter-grupales; posteriormente la

aplicación de estadísticos inferenciales mediante la comparación de medias entre los grupos en la fase experimental para poder generalizar los hallazgos.

Ya en el capítulo V, se realizó la discusión respectiva, tanto teórica como de los resultados, haciendo la comparación con los reportes publicados por los investigadores citados en los antecedentes y marco teórico.

Finalmente, se realizaron las conclusiones de la investigación y algunas recomendaciones para futuros estudios. Inmediatamente a ello, se muestran las referencias respectivas revisadas y los anexos que grafican mejor algunos de los puntos citados.

Se espera con el presente estudio, sea un punto de referencia en nuestro país para esta línea de investigación, contribuyendo a la formación de una sociedad más igualitaria y justa.

## Capítulo I

### Planteamiento de la investigación

#### 1.1 Planteamiento del problema

Dentro del denominado campo de salud mental, siguiendo la premisa del modelo médico, deja de ubicarse en el terreno de lo saludable, para pasar a describirse como “patológico” al conjunto de aquellos comportamientos humanos que se salen fuera de lo preestablecido como “normal”, siendo concebidos como enfermedades o bien como la manifestación de éstas. Y para brindar una explicación de los síntomas, se apelan a explicaciones circulares, es decir, si se determina que hay falta de salud mental, el listado de síntomas o criterios diagnósticos son comportamientos catalogados como “malos”, “negativos”, por tanto, se concluye, nuevamente, que hay falta de salud mental (González y Pérez-Alvarez, 2007).

Las personas al poseer un diagnóstico clínico, deben asumir consecuencias, generalmente le son desfavorables por la connotación aversiva sobre “la falta de salud mental”, donde se resumen en una infinidad de términos, algunas veces siendo peyorativos, colocando a las personas, en una situación de invalidación y pérdida de control sobre su propia vida. Y cuando las personas de su entorno o incluso extrañas saben de estos diagnósticos, terminan generando actitudes de rechazo hacia estas personas. Agregando que una consecuencia muy notoria es la de contribuir a una imagen social negativa, levantando barreras sociales que probabilizan la marginación y ausentismo social. Es allí donde entra a tallar lo que se denomina estigma.

La estigmatización es un proceso social, en donde se sitúa un fenómeno psicológico. El cual se puede definir como la manera en que un organismo evalúa (o probabiliza) la forma en que se comportará una persona la que se le ha brindado una característica adjuntiva e invariable (estigma), cumpliendo un criterio socialmente establecido. Por ejemplo, una persona conoce a otra con el objetivo de establecer lazos amicales y observa en su expediente que presenta esquizofrenia (estigma). Esta persona probabiliza que la persona que recién está conociendo, presentará comportamientos violentos al cumplir el criterio socialmente impuesto: “los esquizofrénicos son personas violentas de por sí”, produciéndose así la conducta estigmatizadora (Asociación Canaria de Familiares y personas con enfermedad mental, 2012).

Por otra parte, el control instruccional es el uso de un punto metodológico, donde se entiende por la descripción de la situación a la cual el sujeto entra en contacto, poniendo en relieve detalles de la misma, donde estudia la pertinencia y las características de las instrucciones.

A través del estudio del control instruccional, se puede recrear cómo las instrucciones brindan las características de la situación a la cual el organismo responderá, poniendo en relieve sus elementos definitorios del proceso de estigmatización (exigencias evaluativas y el estigma). En otras palabras, esta variable en relación a la conducta estigmatizadora del individuo, tendría un impacto en entender cómo repercute el asignar categorías clínicas o diagnósticas, mediante instrucciones imprecisas o que describen parcialmente las dificultades para ver el proceso de estigmatización en los estudiantes de Psicología hacia sus evaluados.

## **1.2 Formulación del problema**

Por lo anteriormente expuesto, la presente investigación abordará el papel que tiene el control instruccional en el proceso de estigmatización psicológica hacia problemas de salud mental, consolidándose en la siguiente pregunta:

¿Cuál es el efecto del control instruccional sobre la estigmatización durante una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad pública de Lima metropolitana?

### **1.3 Objetivos:**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar el efecto del control instruccional sobre la estigmatización durante una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad pública de Lima metropolitana.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

1. Identificar el efecto de la instrucción específica y pertinente sobre la estigmatización durante una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad pública de Lima metropolitana.
2. Identificar el efecto de la instrucción genérica y pertinente sobre la estigmatización durante una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad pública de Lima metropolitana.
3. Comparar el efecto de la instrucción genérica y pertinente con la instrucción específica y pertinente sobre la estigmatización durante una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad pública de Lima metropolitana.

## **1.4 Hipótesis**

### **Hipótesis general:**

El control instruccional tiene efecto sobre la estigmatización durante una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad pública de Lima metropolitana.

### **Hipótesis específicas:**

1. La instrucción específica y pertinente tiene efecto sobre la estigmatización durante una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad pública de Lima metropolitana.
2. La instrucción genérica y pertinente tiene efecto sobre la estigmatización durante una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad pública de Lima metropolitana.
3. Existen diferencias entre el efecto de la instrucción genérica y pertinente con la instrucción específica y pertinente sobre la estigmatización durante una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad pública de Lima metropolitana

## **1.5 Justificación e importancia**

En el denominado campo de la salud mental, de acuerdo con un estudio epidemiológico del 2012, informa que “en Lima Metropolitana y Callao, la cuarta parte de la población adulta presentó alguna vez en su vida algún trastorno mental” (Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi [INSM HD-HN], 2013; p.262), siendo los Trastornos depresivos que encabezan la lista (Trastorno depresivo 17,3% y episodio depresivo 17,2%) y le siguen los trastornos de ansiedad). Los llamados episodios psicóticos en relación a la búsqueda de atención de su trastorno mental, tuvieron una demanda del 12, 7% (INSM HD-HN, 2013; p.263).

Esta información refleja que la prevalencia de las llamadas enfermedades mentales no es baja y debe ser motivo de prestar atención urgente a su comprensión e implementación de políticas.

Según el informe de servicios de salud mental, en referencia a la cantidad de recursos humanos con los que cuenta, serían 2 409 profesionales y técnicos que laboran en las unidades de salud mental, entre los que destacan son enfermeros (548), psicólogos (504) y psiquiatras (168), aproximadamente. Asimismo, de acuerdo con el registro del Colegio Médico del Perú, serían “581 médicos registrados con la especialidad en Psiquiatría en el país, lo que equivaldría a 2,1 psiquiatras por cada 100 000 habitantes, siendo la tercera parte que presta sus servicios en los establecimientos del MINSA” (Ministerio de Salud [MINSA], 2008; p.23).

El MINSA, en una nota de prensa comunicó que estas cifras aparentemente han mejorado, de acuerdo por lo expresado por el director general del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, quien señaló: “habría 700 psiquiatras y 1500 psicólogos aproximadamente, con esa cantidad es imposible cubrir la atención en los más de 7,000 establecimientos de salud en el país” (MINSA, 2015).

Análogamente, la OMS (2013) considera como criterio visible el bienestar del profesional de salud, ya que sí existe el síndrome de agotamiento crónico al interactuar con el estigma existente hacia la enfermedad mental, los profesionales llegan a considerar que las personas con trastornos mentales son difíciles de tratar, poco inteligentes o incapaces de tomar decisiones, generando rechazo y pudiendo llegar a promover a las personas afectadas el ausentismo y adherencia a su respectivo tratamiento.

En ese sentido, el personal que labora en esta área tendría sobrecarga de trabajo y condiciones no adecuadas para la atención sanitaria. Una autora resalta lo siguiente:

Los profesionales de salud de este sector pueden padecer síndrome de agotamiento crónico, trayendo como consecuencia que tengan una mala predisposición y poca motivación en su desempeño laboral, generando el brindar un mal servicio, sobre todo a las personas internadas a quienes además les transmiten desesperanza en cuanto a su mejoría o rehabilitación (Maza, 2015; p.13).

Es por ello que el estudio de las relaciones humanas es clave para la comprensión de la estigmatización, ya que se trata de comportamientos que actualmente se han vuelto prácticas cotidianas y camufladas. De esta manera, es necesario señalar que la interrelación social observable entre las personas es “fruto de un proceso de aprendizaje, en donde los individuos intentan mantener el reforzamiento del ambiente” (Kelly, 1998; p.26). Tales interacciones están influenciadas por valores o antivalores, por preconceptos acerca de cómo tratar a las otras personas, ocurriendo que el trato entre los sujetos (persona estigmatizada y su medio) se mantenga. El entendimiento de esta propuesta amerita más investigaciones al respecto.

La presente investigación está orientada hacia la investigación de naturaleza experimental, por ello su interés mayoritario es teórico, al tratar de buscar y generar evidencia que garantice la diferencia que existe entre las características funcionales de un comportamiento que involucra las formas de cómo se presentan las instrucciones (entendido como control instruccional) y cómo un organismo se ajusta a un requerimiento social, el estigmatizar, a través de un análisis psicológico, entendido también como la estigmatización o conducta estigmatizadora. Por añadidura, este estudio pretende otorgar herramientas o mejorar procedimientos tecnológicos en las ramas de la psicología aplicada. Es decir, persigue un propósito social,

puesto que estudiar la estigmatización en el campo de la salud mental, permitiría entender mejor este fenómeno y ser más flexibles con la aceptación de las condiciones o enfermedades mentales, así como la mejora de las intervenciones.

Asimismo, en el contexto peruano investigativo, existen pocas publicaciones sobre este campo a estudiar y las que se encuentran portan valiosa información desde lo cualitativo, sin embargo, no hay investigaciones de corte experimental, por ello es fuente de motivación para la realización del presente estudio.

## Capítulo II

### Marco teórico

#### 2.1 Antecedentes

##### 2.1.1 Antecedentes internacionales

Los profesionales de salud mental y servicios sociales (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, y otros) también pueden mantener actitudes estigmatizadoras.

En el estudio realizado por Polanco et al. (2013) se examinaron las manifestaciones de estigma en un grupo de profesionales en preparación (N=146), entre los cuales se encontraban las carreras de Psicología Clínica (52), Trabajo Social (45) y Medicina (48). Se reportó en los hallazgos que las manifestaciones de estigma y el nivel de éstas, al aplicar la Escala de Estigma y Salud Mental (EESMPR), variaron de acuerdo al tipo de profesión, donde, el grupo de Medicina fue el único que obtuvo puntuaciones significativas (Wilks' Lambda= 0.016,  $F(2, 144) = 9.328$ ,  $p < .05$ ) en la escala total y el promedio más alto (27.8), mientras que los profesionales de Trabajo Social ( $p=.020$ ) y Psicología Clínica ( $p=.000$ ) no presentan diferencias significativas. Lo reportado confirma la idea de que los profesionales en formación sí estigmatizarían a los pacientes con problemas de salud mental.

En contraparte con lo encontrado por la literatura, en el estudio realizado por Muñoz, Pérez-Santos, Crespo y Guillén (2009) su objetivo fue investigar las representaciones sociales y prejuicios que la sociedad tiene de la problemática de las personas con enfermedad mental crónica. Se utilizó una encuesta y grupos de discusión. Se contó con la participación de familiares (N=51), pacientes (108), profesionales (N=110) del centro de

atención social de la comunidad de Madrid con enfermedad mental grave e incluso público en general (N=439). Se encontró que los niveles de conocimiento en población general son intermedios y similares a los de los familiares de los usuarios. En contraparte, los profesionales que asisten a estos usuarios, destacaron del resto de grupos en mención mostrando un alto nivel de conocimiento respecto al tema, teniendo un bajo nivel de estigma (apenas un 2% mantiene ideas estereotipos de peligrosidad e incompetencia) creen en un mejor pronóstico para la cronicidad y conductas de autonomía personal, así como un mayor compromiso con sus pacientes. Dicha actitud calificada como poco estigmatizadora se manifestó también en la investigación de tipo cualitativa que fue realizada antes de este estudio mediante grupos de discusión, donde se comprobó las actitudes de deshumanización, paternalismo, infantilización y bajas expectativas de recuperación no se hicieron presentes. Sin embargo, se presentaron otras actitudes relacionadas con el estigma fueron algo más frecuentes, como la compasión y la disposición a la coacción para el seguimiento del tratamiento (73%).

La investigación realizada por el Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía (1988), donde se examinaron las actitudes hacia personas con enfermedad mental entre los profesionales de la red asistencial pública de salud mental, se encontró que las personas que mostraban una actitud global más favorable eran los profesionales con una edad inferior a 45 años, de mayor categoría profesional y procedentes de centros que no eran hospitales psiquiátricos. Con un 88% de la población asistencial no manifestaba el estereotipo de peligrosidad de las personas con enfermedad mental. Un 1,5% de los profesionales encuestados opinaba que la mejor manera de manejar a los pacientes psiquiátricos era tenerlos encerrados. La práctica totalidad consideraba que las personas con enfermedad mental son capaces de realizar trabajos de cierta dificultad (92%).

A nivel latinoamericano e internacional se encuentran una serie de investigaciones bajo la línea de control instruccional.

Martínez y Ribes (1996) abordaron un estudio de las interacciones entre las instrucciones y contingencias, donde la búsqueda incidió en el efecto relativo de instrucciones, presentándolas en dos categorías: verdaderas y falsas, así como la presencia de las contingencias, operativizada como la retroalimentación, presentándola en tres razones: parcial, continua y demorada en cinco tareas de discriminación condicional. Para lo cual se usó un diseño factorial 2x3, resultando 6 grupos. La muestra estuvo compuesta por estudiantes universitarios, entre 18 y 33 años (N=30). Los tres primeros grupos fueron precedidos por la instrucción verdadera variando según el tipo de retroalimentación, durante la última tarea o posttest se les brindó una instrucción falsa. Asimismo, los otros tres grupos recibieron la instrucción falsa en todo el experimento. Como se reportó en los resultados, en los “grupos verdaderos”, de acuerdo al tipo de retroalimentación se impuso la continua (entre el 88.8 % y 100 % de aciertos), indicando que tiene un mayor efecto la historia de reforzamiento y las instrucciones dadas en el tiempo, situación que no ocurrió en los “grupos falsos”, observándose mucha variabilidad (0- 44%). Además, de acuerdo con los investigadores, tales hallazgos suponen una contradicción a la tesis de que las instrucciones por sí mismas tienen efecto o su carácter como propiedad discriminativa. Se enfatiza con este estudio, la importancia de la historia instruccional como una variable en consideración para una mejor comprensión de la conducta gobernada por la regla.

Ortiz y González (2010) investigaron sobre el efecto de la descripción pre contacto que podría adquirir función instruccional en tareas de discriminación condicional o también llamada Igualación a la Muestra de Primer Orden (IMPO). La muestra empleada fueron estudiantes universitarios (N=24) siendo sus edades entre 18 a 23 años, siendo

asignados en seis grupos. Se utilizó un diseño factorial 2x3, según dos tipos de instrucción precontacto contingencial (específica pertinente y correcto-incorrecto) y la retroalimentación (ausente, continua y acumulada). Se encontró que todos los sujetos mostraron un rendimiento de casi el 100 % durante el entrenamiento; quienes obtuvieron un mayor porcentaje (más de 80%) de aciertos fueron los del grupo específico pertinente en las pruebas de transferencia 3 y 4, sin embargo, no fueron precedidos de ejecuciones óptimas en anteriores pruebas (Prueba denominada T2). Con lo reportado, indicaría que la instrucción específica pertinente y la retroalimentación correcto-incorrecto elicitan la conducta por control instruccional y también por contingencias.

Ortiz y Cruz (2011) investigaron los efectos de las descripciones precontacto y poscontacto (instrucciones y reglas), así como la frecuencia de retroalimentación sobre la ejecución, en una tarea de igualación a la muestra de primer orden (IMPO). Los participantes fueron estudiantes de la Universidad de Guadalajara (N=36), siendo distribuidos en 6 grupos, según el tipo de descripción pre contacto (específica pertinente y no pertinente, genérica pertinente y no pertinente, irrelevante y ausente). Los resultados arrojaron que los sujetos que recibieron una descripción precontacto Específica Pertinente junto a una retroalimentación acumulada, realizaron las mejores ejecuciones y descripciones poscontacto (durante la fase 2 los aciertos llegaron casi al 100 %, siendo estos sujetos los que tuvieron mejores ejecuciones en la tarea de IMPO). Con este hallazgo, sugeriría que el componente Respuesta (R) es aquél con mayor importancia para la adquisición de una función instruccional de las descripciones pre contacto.

### **2.1.2 Antecedentes nacionales:**

En Perú no se han encontrado publicaciones previas en las que se aborde el estudio del control instruccional. Empero, en el tema de estigmatización a través de estudios descriptivos, cualitativos, pero no de naturaleza experimental.

Al respecto, Maza (2015) investigó sobre el estigma experimentado en personas diagnosticadas con esquizofrenia. El estudio es de naturaleza cualitativa. Como instrumento se utilizó formatos de entrevistas semiestructuradas. Los participantes fueron pacientes internados en un nosocomio psiquiátrico de Lima en el nivel general (es cuando los síntomas de la enfermedad disminuyen y tienen mayor autonomía de sí mismos), doce personas diagnosticadas con esquizofrenia, internadas (N=12, 6 varones y 6 mujeres), cuyas edades oscilaban entre 19 y 47 años. Como resultados, se halló que los participantes refirieron experiencias de estigma tanto en el ámbito individual como social, donde se vinculaban al personal de salud que los atendía (psiquiatras y enfermeros), como comentarios ofensivos o calificativos peyorativos, prácticas como coerción, maltrato verbal, experimentando situaciones de abandono de parte de sus familiares.

Moll (2009) halló que los trabajadores de dos de las tres instituciones psiquiátricas existentes en Lima Metropolitana tenían dificultades para integrar y definir la salud mental. Destacando el entendimiento dual de salud y enfermedad, sin concebirla a través del modelo bio-psico-social. Además, los participantes manifestaron una tendencia a diferenciarse de quienes sufrían enfermedades mentales mostrando así una expresión paternalista y distanciada en su discurso, atribuyendo una naturaleza crónica, deteriorante y

negativa hacia estas personas, lo cual les generaba una actitud de rechazo y desesperanza frente a su condición.

## **2.2 Bases Teóricas:**

### **2.2.1 Conducta verbal como mediación social:**

Skinner (1979) diferenció dos tipos de conducta, a una la denominó conducta moldeada por las contingencias (cuando ésta es moldeada y mantenida por las contingencias) y la otra, conducta gobernada por la regla (alterada por la descripción de las contingencias). De esta manera, sugiere que las personas no necesitan estar expuestas a las contingencias, bastaba con decirles lo que deben hacer y así darles el conocimiento necesario.

Skinner (1981) extrapola los principios experimentales del condicionamiento operante para definir la operante verbal, como la conducta operante reforzada por mediación de otras personas, y clasificarlas en: mandos, ecoicas, textuales, intraverbales, tactos y autoclíticas.

### **2.2.2 Control instruccional:**

En el Análisis Experimental del Comportamiento (AEC), a raíz de la propuesta de Skinner (1981) denominada la conducta gobernada por las reglas, ésta es entendida como una fuente alternativa a las contingencias de control sobre la conducta, se ha tejido una problemática relacionada a la función, tipos, fenómenos asociados y la existencia en sí de dicha propuesta. Dentro de esta discusión académica, surge pues el área denominada control instruccional. Ésta asume la existencia independiente de reglas e instrucciones.

La literatura apoya el supuesto que sería mejor el seguimiento de instrucciones (control instruccional) cuando éste corresponda con la situación y consecuencias obtenidas por seguirlas.

Como ya se mencionó anteriormente, ya desarrollada la teoría del condicionamiento operante, Skinner (1953) propuso formas, dentro de la lógica de la triple relación de contingencia, de estudiar al comportamiento lingüístico. Si el control reside en un estímulo discriminativo que expone la relación funcional entre la respuesta y su contexto (en alguna de sus variantes) se hablaría de un control instruccional; si el control reside en un estímulo discriminativo originado por la regla obtenida luego de múltiples aciertos en una situación anterior (relativamente distinta) se hablaría de conducta gobernada por la regla; y si el control se debe estrictamente a las contingencias directas sin intersección de estímulos discriminativos que actúen como instrucción se trataría de conducta moldeada por contingencias.

**a. Instrucciones:** Las instrucciones son definidas como descripciones de las contingencias que son presentadas al individuo de manera previa al contacto con dichas contingencias, y su principal función es reducir el rango posible de respuestas, facilitando el ajuste del individuo. De acuerdo a la taxonomía de Ortiz, Gonzáles y Rosas (2008) una instrucción se refiere a la descripción precontacto con función instruccional. Apartando las propuestas metodológicas, teóricas y debates en torno a la diferencia o similitud de definir qué son reglas o instrucciones, éstas últimas pueden ser vistas como verbalizaciones que describen ejecución o contingencias que enfrentará o enfrentó un individuo.

**b. Reglas:** Por tradición e incluso coloquialismos, las reglas son tratadas como analogías de instrucciones y comandos (Baron y Galizio, 1983). En el AEC, las reglas e instrucciones se han usado de forma muy variada, tanto como estímulos discriminativos como estímulos que especifican contingencias, como operaciones de alteración de función. Tanto reglas como instrucciones pueden ser definidas como descripciones de la ejecución o las contingencias que un individuo enfrentó o está por enfrentar (Ortiz, González, Rosas y Alcaraz, 2006).

Empero, diversos autores hacen dicha distinción funcional entre reglas e instrucciones (Andronis, 1991; Cerutti, 1989; Chase y Danforth, 1991; citados por Guerrero, 2010).

En primera instancia, se encuentra la propuesta de Chase y Danforth (1991) quienes definen dos tipos de reglas: descriptivas y prescriptivas. Las reglas descriptivas detallan una relación entre eventos e implican una descripción de una generalidad, señalando el contacto de la conducta con la relación especificada. En cuanto a las reglas prescriptivas, describen una relación que debe o debiera ser, regulando la conducta del escucha que, a su vez, debe corresponder con la conducta especificada en la regla.

Hayes (1986) distingue dos clases de reglas: normales y normativas. Las primeras se refieren a lo que es sea de forma verbal (es una descripción de una regularidad) o no verbal (la regularidad misma), mientras que las segundas, hacen referencia a lo que debería ser, funcionando, así como una guía de conducta.

Ribes (2000) propone distinguir a las reglas, denominándolas impuestas y autogeneradas, donde la diferencia radica en la fuente de la descripción: las primeras se darían cuando son brindadas por un sujeto distinto al que enfrenta la situación y las autogeneradas, cuando son realizadas por el sujeto expuesto a la situación.

### **2.2.3 Descripción de las contingencias:**

De acuerdo con Ortiz et al. (2006) tanto reglas como instrucciones se podrían definir como descripciones de la ejecución o las contingencias que un individuo enfrentó o está por enfrentar. Empero, diversos autores hacen dicha distinción funcional entre reglas e instrucciones (Andronis, 1991; Cerutti, 1989; Chase y Danforth, 1991; citados por Guerrero, 2010). De esta manera, se ha propuesto la clarificación de propiedades y elementos que puede poseer la regla, entendiéndola como locus de control de la conducta, y por supuesto, en ese devenir, los límites entre qué es una instrucción y una regla (Ortiz, et al., 2008).

### **2.2.4 Clasificación de las descripciones:**

Ortiz et al. (2008) sostienen en la propuesta taxonómica, utilizar los términos descripciones pre y poscontacto para hacer referencia a instrucciones y reglas. De aquí, su importancia radica en el momento en que se presentan y la función que cumplen, mas no en su forma de adquisición.

Antes de mencionar a las clases de descripciones, se debe tener en cuenta que existen ciertos componentes: una situación de estímulo (SE), la respuesta (R) y las consecuencias (C).

La situación del Estímulo, se encuentra conformada por elementos como las condiciones específicas del entorno físico (ambiente) en donde la tarea se va ejecutar, así como la distribución estandarizada de los objetos, personas allí. Otros puntos a considerar son la cuantificación, distribución y ubicación de estímulos a los que se expone al individuo como parte de la tarea, así como la presencia o ausencia de descripciones de información de las instrucciones entendidas como estímulos.

En cuanto al componente respuesta, como su nombre lo indica, es aquella respuesta del individuo ante una situación, tomando en cuenta una serie de condiciones: criterio de ajuste, acción que se le demanda al sujeto para que cumpla el criterio de ajuste ante la situación, acciones que realiza para llevar a cabo el criterio, además de otras acciones y el posible estado emocional del individuo.

Finalmente, el tercer componente hace referencia a aquellas consecuencias ante la respuesta, teniendo como elementos su presencia, la frecuencia y la morfología de conducta al presentarse.

De acuerdo a las cualidades de las descripciones, éstas serían seis: específica y pertinente, genérica pertinente, específica no pertinente, genérica no pertinente, irrelevante y ausente (Ortiz et al., 2008).

**a. Específica Pertinente (EP).** Prevalcen las cualidades de especificidad y pertinencia. Una descripción que incluye todos los elementos de la contingencia y su descripción también corresponden a los elementos que integran la situación enfrentada.

**b. Genérica Pertinente (GP).** Incluye solo algunos de los elementos de la contingencia y la descripción de los elementos sí corresponde a la situación enfrentada.

**c. Específica no Pertinente (ENP).** Se toman en consideración todos los elementos que son relevantes, sin embargo, la descripción de al menos uno de ellos no necesariamente corresponde a la situación enfrentada.

**d. Genérica no Pertinente (GNP).** Esta descripción puede incluir a uno o varios de los elementos, pero no en su totalidad, así como la descripción de éstos no corresponden a la situación enfrentada.

**e. Irrelevante (I).** Prevalece la cualidad de relevancia. Esta descripción incluye elementos que no tienen relación directa con un arreglo contingencial, lo que hace que haga posible al individuo ajustarse a la situación, no siguiendo parámetros de ser específico o pertinente.

**f. Ausente (A).** Prevalece la cualidad de presencia. Esta descripción no menciona ninguno de los elementos del componente en la situación.

A lo largo de esta sección, se expone el marco teórico de referencia en la investigación sobre el proceso de estigmatización de la enfermedad mental. En primer lugar, se aborda el concepto de estigma y su definición. A continuación, se presentan los diversos modelos teóricos que se han propuesto para entender y explicar los procesos de estigmatización que sufren las personas con enfermedad mental.

### **2.2.5. Discriminación condicional**

La discriminación condicional forma parte de un área investigativa del campo del Análisis Experimental del Comportamiento (AEC) teniendo como objeto de estudio principalmente la conducta verbal del sujeto. La discriminación condicional se podría definir como un fenómeno en donde “el significado de los estímulos discriminativos se modifica en función del contexto en el que aparecen, la respuesta correcta debe basarse en las propiedades de dos o más estímulos” (Torres y López, 2004; p. 140).

El término de discriminación condicional suele estar ligado al término de igualación a la muestra, casi a manera de sinónimos, en la literatura e investigación experimental. En suma, la igualación a la muestra sería un procedimiento de discriminación condicional.

### **2.2.5.1 Igualación a la muestra**

Por igualación a la muestra se entiende que es una metodología experimental para poder estudiar el fenómeno conocido como discriminación condicional. En general, se conoce tareas de igualación a la muestra de primer y segundo orden, siendo la principal diferencia el nivel de complejidad, por la intervención de menos estímulos y relaciones en dicho análisis. En este estudio solo se ha utilizado el de primer orden, por lo cual, se explica a continuación en qué consiste.

En una tarea de igualación de la muestra de primer orden se presentan un estímulo de muestra (EM) y tres o más estímulos de comparación (ECOs), de entre los que se debe elegir aquel que iguala al EM de acuerdo con una relación preestablecida (Serrano, López y García, 2006). Tal relación funcional puede ser de identidad, de semejanza o diferencia, según el criterio del experimentador así lo establezca. De identidad, cuando comparte las mismas propiedades del EM. De semejanza, cuando comparten alguna propiedad o dimensión en común, guarda alguna semejanza en el reconocimiento perceptual de una propiedad, como forma o color, que los distingue de los estímulos de comparación (Ribes et al., 2004) y de diferencia, cuando el EM y el estímulo comparativo no guardaría relación en alguna de las propiedades entrenadas (forma, color). Por ejemplo, en la figura 4, se observa un ensayo de igualación a la muestra, el EM (estímulo muestra) es un círculo rojo, los estímulos de comparación (ECOs), círculo rojo, cuadrado amarillo y triángulo verde. En ese ejemplo,

dependiendo de la relación que se quiera establecer de manera arbitraria por el investigador (relación de identidad, semejanza o diferencia) variará la respuesta. Si se entrena una relación de identidad, la respuesta correcta será el círculo rojo.

Para comprender mejor qué es la igualación a la muestra, se debe entender la propuesta de Varela y Quintana (1995), quienes consideran que es una forma en que se puede estudiar la transferencia (del aprendizaje, de cambio funcional o simplemente llamarlo cambio conductual) de manera sistemática considerando los factores estructurales tales como: instancia, modalidad, relación y dimensión

### **2.2.6 Revisión sobre enfermedad mental y conceptos afines:**

Se revisó aspectos como la psicopatología, psicología de la anormalidad y alternativas al uso de manuales diagnósticos.

Al hacer dicha revisión sobre la enfermedad mental, se encontró pues que, a lo largo de los siglos en la historia de la humanidad, la concepción y abordaje de entender a la enfermedad estuvo asociado en un primer momento al lado místico. Es en la Edad media donde las personas que desajustaban su comportamiento de lo esperado socialmente, se les asociaba con la magia, el pecado o tildados de brujos. De esta perspectiva se pasó a una concepción naturalista, desde un enfoque empírico y materialista de entender a la enfermedad, en la flor de la transición hacia la Edad Moderna (siglos XVI y XVII) donde se retomaron los conocimientos de Hipócrates y Galeno, donde el presupuesto era la función del cerebro como la base de las emociones, la inteligencia, el temperamento y el modelo humoralista (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema). Puntualmente, Hipócrates sostenía que el correcto funcionamiento del cuerpo dependía que se encuentre en un estado armónico, haciendo referencia así, al estado de ánimo y éste cómo influenciaba en las enfermedades padecidas por el individuo. Lo que

conservaba la salud era la medida exacta de estos cuatro elementos. La bilis negra estaba relacionada con el humor melancólico, siendo así que se podía explicar la presencia de enfermedades de la época denominadas como “melancolía” y “manía” (López y Costa, 2014; Gonzáles y Pérez-Álvarez, 2007). Incluso con este entendimiento, siguió siendo insuficiente.

Posteriormente, se da un salto del entendimiento hipocrático-galénico a las propuestas de Pinel (1801; citado por López y Costa, 2014) como parte del desarrollo de la medicina occidental. López y Costa (2014) recopilan información que da por iniciada la labor de los psiquiatras en los centros de internamiento.

Gonzáles y Pérez-Álvarez (2007) destacan en la historia, al neurólogo Kraepelin con el desarrollo del término “demencia precoz” y sus dilucidaciones en referencia a encontrar “las bases biológicas” de la conducta anormal, siendo el modelo anatomo-clínico el más difundido y estudiado (la causa de la enfermedad es una lesión que se puede estudiar al realizarse una autopsia). Bajo este supuesto que perdura hasta nuestros días con el “boom de las neurociencias” (Castañón y Láz, 2009) sostiene se supone que la causa de los problemas psicológicos se encuentra dentro del cuerpo, específicamente el cerebro.

#### **2.2.6.1 Psicología de la Anormalidad:**

Para los autores Sarason y Sarason (2006) la psicología anormal es el área de la psicología que se enfoca en la conducta desadaptada junto con sus causas, consecuencias y tratamiento. Al respecto, señalan “es una disciplina que se relaciona con el modo diferente de lo que siente la persona señalada bajo el rótulo de poseer una enfermedad mental y el comportamiento de la sociedad hacia las personas que considera diferentes, además de los significados ligados a ello” (p.5).

Esta disciplina estudia las conductas del ser humano como lo serían las “inadecuaciones o fallas”. Por ello, Sarason y Sarason (2006) sostienen que dichas inadecuaciones se deben a fallas en la adaptación, que se entiende

como un proceso dinámico, donde factores como el ambiente y los cambios que ocurren en éste, se interrelacionan con las características personales del sujeto, como serían sus actitudes, habilidades, condición física con situaciones por enfrentar como son los problemas. Los autores indican “la psicología anormal aborda sobre cómo se siente ser diferente y los demás interpretan esas diferencias, la forma en que la sociedad trata a los que considera diferentes” (pp. 8-40).

Además, señalan una diferencia entre una conducta desadaptada y una conducta inadaptada. Las conductas desadaptadas usualmente son llamadas desviadas porque salen fuera de lo establecido, por ejemplo: teñirse de color verde el cabello. Sin embargo, al señalar una conducta como inadaptada implica que existe un problema per se.

Al hablar de psicología anormal, directamente lleva a la revisión de términos como conducta anormal, desadaptativa, inadecuada, etc.

Coleman (1977) sostiene que la palabra anormal indicaría una desviación, transgresión de alguna norma, claramente establecida, sin embargo, en la psicología no podemos hallar un modelo ideal o normal de hombre que pueda ser tomado como base de comparación.

Barlow y Durand (2003) definen que la conducta anormal es la disfunción psicológica de un sujeto, con la angustia o con impedimentos en el funcionamiento y con una respuesta que no es característica o no se espera culturalmente; algo es anormal porque sucede de manera poco frecuente: se desvía de la norma; la conducta de una persona es anormal si viola normas sociales.

Montgomery (2012) presenta a Eysenck (1961) para dar a conocer lo que usualmente se entiende por la “normalidad”, llegándose a interpretar de tres maneras: la primera sería la estadística, entendiéndola como la mayoría de personas que pertenecen a un determinado grupo, por ejemplo, cuando

se utiliza la frase “es una persona normal o promedio”; la segunda haría referencia a un estado de salud total y permanente; y la tercera, suele surgir un juicio de valor o el “debería ser”, según la entienden los miembros de una sociedad en particular.

Entonces, si el comportamiento anómalo o “desviado” se sale fuera de la normativa social o lo esperado socialmente, es que los términos de “normalidad” y “anormalidad” suelen variar dependiendo del contexto, esto puede responder a razones antropológicas como las diferentes culturas en la que el ser humano se ha desenvuelto.

Al respecto, Palacio (2013) plantea:

El individuo, la sociedad y el contexto, son elementos que se disponen de formas diferentes en el momento de precisar lo que se considera como normal y anormal, términos de por si excluyentes pero que pueden cohabitar en cada subjetividad vista, definiciones que no alcanzan a determinar un sujeto ni alcanzan a estipular cómo habita lo subjetivo en medio de lo normal. (p. 5)

Rivera (2014) recopila las características que tendría la conducta anormal (López, Ortiz y López, 1999; Vázquez, 1990) que las agrupa en cinco aspectos: “sufrimiento personal, falta de desadaptación del entorno, irracionalidad e incomprendibilidad, malestar en el observador y violación a las normas morales” (p. 6). El primero se referiría al padecimiento de un malestar del sujeto, causado por algún factor anormal, el segundo, se refiere al comportamiento anómalo que impide a la persona relacionarse con su entorno, por ende, la persona suele optar por aislarse, teniendo dificultades sociales, personales y laborales. El tercero hace precisión en aquellos comportamientos que no se explican racionalmente; el cuarto y quinto van de la mano: al romper las convenciones sociales pueden causar molestias a otros.

López y Costa (2014) sostienen que el modelo médico sigue vigente, data desde el siglo XIX, donde incorrectamente extrapola a los fenómenos psicológicos una entidad fisiológica-tangible. Asimismo, indican que la medicina, a lo largo de su historia pretende dar explicaciones de por qué los sujetos “anormales” o “alienados”, encerrados en instituciones de la época, se comportaban de manera agresiva, angustiados, se autoagredían, con melancolía, etc. (p. 58)

Los modelos explicativos se tomarán del estudio de la patología humana, donde deviene de la tradición y éxito del modelo médico:

“El laborioso proceso histórico que culminó en el siglo XIX con la consolidación de los paradigmas que configuran el modelo médico sobre el enfermar humano había seguido una lógica afín al rigor de las ciencias naturales, había puesto buen cuidado en la experimentación, en la verificación. Y no era problema del «modelo médico» que estaba dando y seguiría dando tantos frutos en la comprensión de la enfermedad. Era y es problema de la metamorfosis de la inapropiada aplicación del modelo a unos hechos que no son su objeto propio” (López y Costa, 2014; pp. 60-61).

#### **2.2.6.2 Psicopatología:**

Vallejo (2015) define a la psicopatología como la fundamentación científica de la psiquiatría, que ayuda a delimitar conceptos generales con validez universal en el campo de la patología psiquiátrica.

De acuerdo con Belloch, Sandín y Ramos (2008), el desarrollo histórico de la psicopatología ha intentado formar parte del modelo organicista, dándole importancia a la patología anatómica, ya la que se lo daba a la fisiopatología, o la que lo colocaba en la etiología. En palabras de los autores: “no deja de ser asombrosa la persistencia histórica por la fisiologización de la locura, a pesar de la larga secuencia de fracasos a que ha dado lugar” (p. 24).

Bedoya y Schnitter (2010) consideran que el objeto de la psicología clínica es la psicopatología, donde ésta se centra a su vez en lo anormal, dificultando su total entendimiento, ya que al intentar estudiar a la “anormalidad” y al no estar bien definida, no hay un lineamiento certero que pueda separar estos términos.

Duero (2013) sostiene que el caso de la enfermedad mental es peculiar, porque surge una antítesis de ideas, entre lo que se conoce como normal y patológico, porque, según explica “lo que está afectado no es una función biológica específica, ni aun el organismo como totalidad, sino la personalidad del individuo, sus sistemas de significados y sus disposiciones globales como ser que interpreta y da sentido a sus acciones” (p. 92).

La psiquiatría en su afán de ser incluida como una rama médica especializada y tener claro el objeto de estudio para la intervención, que serían el tratar a las enfermedades mentales, encontró en los modelos biológicos su base; al intentar ordenar tanto caos, empezó a conceptualizar, hacer descripciones inmediatas del comportamiento “anómalo” que observaba y tratar de clasificaren grupos como la consecuencia de disfunciones orgánica, como todo intento de hacer una taxonomía. En palabras de Kleinman (1988; citado por Duero, 2013) “el reconocimiento de un conjunto de síntomas permitiría establecer un diagnóstico y por tanto una prognosis junto con un tratamiento efectivo, fundamentalmente mediante el empleo de medicamentos y técnicas de reentrenamiento que ayuden a reestablecer el funcionamiento nervioso normal” (p. 92).

### 2.2.6.3 Perspectivas teóricas sobre la conducta anormal:

De acuerdo a un consolidado propuesto por Sarason y Sarason (2006) los enfoques serían: el biológico, el psicoanalítico-psicodinámico, conductual, cognitivo, interaccionista y socio-comunitario.

- **Enfoque Biológico:** La perspectiva biológica considera las perturbaciones orgánicas como la causa de la conducta trastornada. Dichas perturbaciones se pueden deber a un defecto genético, a una lesión o infección antes o después del nacimiento o a una disfunción fisiológica más o menos temporal provocada por alguna condición que se presenta en un momento determinado.
  
- **Enfoque Conductual:** Una definición muy escueta, reduce al conductismo en centrar su atención en la conducta observable como una respuesta a los estímulos del ambiente. Este enfoque en realidad, señala una interrelación entre el sujeto y diversos estímulos, historia de aprendizaje, contingencias, el lenguaje y el peso del ambiente.
  - a) **Condicionamiento clásico:** Procedimiento experimental en el que un estímulo incondicional se aparea temporalmente con un estímulo neutro, siendo que surge una respuesta que se presenta en forma automática ante un estímulo se transfiere a un estímulo nuevo al aparear los dos estímulos, facilitando la formación de reflejos condicionales (Pavlov, 1929).

- b) Condicionamiento operante:** De acuerdo con Keller y Schoenfeld (1975) es el fenómeno mediante el cual aumenta o disminuye la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento operante, a partir de la aparición contingente de un estímulo.
- a) Teoría del aprendizaje social:** Se propone el uso del aprendizaje por observación, una forma de aprender gran parte de la conducta, que explica principalmente la social. La **representación de roles** o práctica de la conducta modelada, es también una técnica de aprendizaje importante. Donde la premisa es que la influencia del ambiente sobre la conducta, ocurre de manera indirecta mediante el proceso de pensamiento del individuo (Bandura y Walters, 1983).
- **Enfoque Cultural – Comunitario:** Desde esta perspectiva, la conducta desadaptada se entiende como aquel resultado de la incapacidad para manejar el estrés en forma eficaz, no entendiéndola como que existe sólo dentro del sujeto. Considerándose como un descuido por parte del sistema de apoyo social del individuo, siendo así una de las causas para las desadaptaciones. Asimismo, las personas asumen roles sociales, comportándose de la manera esperada, a manera de un guión de actor de teatro. Este último punto, lo señala Goffman (1959), quien indica que los roles sociales son funciones particulares que una persona tiene como miembro de un grupo social, donde todos los encuentros con otras personas, éstas adoptan roles particulares. Por ejemplo, el rol de una persona catalogada como paciente mental se

considera socialmente inaceptable y la etiqueta de “enfermo mental” con frecuencia causa un daño permanente.

#### **2.2.6.4 Los manuales de clasificación y diagnóstico de las enfermedades mentales:**

En la década de los años 50, se elaboró la primera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostical and Statistical Manual [DSM], 1952; citado por Del Barrio, 2009), el cual se basó en la recopilación y experiencia clínica de los médicos (psiquiatras), sin embargo, su uso fue limitado.

Se hicieron varias versiones, conforme pasaron los años, enfatizando la causa del trastorno; en una cuarta versión se centró en descripción minuciosa de los aspectos sintomáticos observables que caracterizaban a los distintos cuadros. Y al hablar de los criterios que definen una categoría diagnóstica, éstos encierran a una serie de elementos inespecíficos en cuanto a la propuesta de ordenar los síndromes a partir de una serie de síntomas: por un lado, la similitud de estos síntomas en diversos cuadros clínicos y por otro, la validez predictiva del constructo, no solo la presencia de dichos criterios pueden indicar que se desencadenará la enfermedad mental, por ejemplo, en el caso de la esquizofrenia, no se puede predecir si el sujeto presentará los “síntomas negativos” (Duerdo y Shapoff, 2009).

Cunningham (2000) sostiene que sí se mejoró la confiabilidad al realizar los diagnósticos a través de esta metodología, empero, no se ha resuelto el problema de la validez de las categorías nosológicas utilizadas: que las observaciones resulten fiables no necesariamente significa que sean válidas.

Aquí deviene un punto muy álgido sobre la validez del establecimiento de dichos criterios diagnósticos en los manuales

actuales, como en su quinta versión del manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, conocido como DSM-V (American Psychiatric Association, APA; 2014) y la décima versión del manual de Clasificación Internacional de Enfermedades, o también abreviado como CIE-10 (OMS, 1992) donde lleva al cuestionamiento de éstos. Algo que se pone sobre el tapiz son las justificaciones con hallazgos, nuevamente, de origen fisiológico como suelen ser pruebas genéticas, de neuroimagen, de laboratorio, etc. Se cae en un entrampamiento, de justificar lo “mental” por lo biológico. Como sostienen Duero y Shapoff (2009) dichas pruebas de corte fisiológico son tomadas como criterios adicionales para los diagnósticos, donde hasta la actualidad, se ha indicado que no está establecida la confiabilidad de esta clase de estudios o su verdadera relevancia para la clase de evaluación que hace el psicopatólogo.

Con lo revisado anteriormente, se van desprendiendo inconsistencias en estas propuestas de la psicopatología, como serían la inespecificidad de los criterios al tratar de englobar descripciones del sujeto catalogado como enfermo, producto de la observación y experticia del profesional a cargo, descuidando aspectos importantes como el ambiente, la vinculación con antecedentes e historia de la persona. Por otra parte, quizás la menos explicada, es la del error lógico al extrapolar un malestar corporal (como lo son las enfermedades) y darle el mismo trato al terreno de un malestar o problema psicológico.

#### **2.2.6.5 Propuesta alternativa ante el modelo psicopatológico tradicional:**

Con lo anteriormente vertido párrafos anteriores por diversos autores, se puede ver que existe desorden y no un consenso esclarecido cuando se hace referencia al concepto de conducta

anormal. Más confusión cuando se analiza el sistema de clasificación de los trastornos mentales, en donde como ya se ha analizado, cae en un error lógico.

La postura de la autora de esta investigación se centra en el planteamiento descriptivo-funcional al describir un comportamiento para evitar caer en dicotomías como la de “anormal-normal” que más por explicar dejan cuestionamientos y cabos sueltos.

Como ya se ha ido mencionando, la alternativa propuesta por Pérez-Álvarez (2013) radica en entender a las enfermedades mentales como problemas psicológicos, estos deben ser entendidos según una perspectiva histórico-cultural y no biológico-natural.

La propuesta que brinda el Conductismo es retomada a través del Contextualismo Funcional, siendo un enfoque que se centra en las características funcionales de la conducta, no solo en las características topográficas-descriptivas de la conducta (Ruíz, 2010). Es decir, entender que las situaciones problemáticas o malestar que pueda estar percibiendo el sujeto no se genera de manera espontánea por “pensamientos distorsionados”, sino que se revalora el peso del ambiente en dicha interacción de variables, conducta compleja (lenguaje, pensamiento, formulación de reglas, etc.) con esta persona.

### **2.2.7 Estigma y Estigmatización:**

Existen diversas acepciones a la hora de definir el concepto de estigma. Muchos autores coinciden con la propuesta de Goffman (1963), quien considera el estigma como un atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo. Otra definición influyente ha sido la de Jones

et al. (1984: citado por Harper, 1999), que propusieron que el estigma puede considerarse como “una marca (atributo) que vincula a la persona con características indeseables (estereotipos)”.

Ottati, Bodenhausen, y Newman (2005) basándose en una propuesta psicosocial, sostienen que la estigmatización se dilucida en tres aspectos del comportamiento social.

- **Estereotipos:** Donde se incluyen estructuras de conocimientos que son aprendidas por la mayor parte de los miembros de un grupo denominado sociedad, caracterizándose en la representación de las creencias sobre ese grupo, en suma, es el aspecto cognitivo del estigma.
- **Prejuicios:** Al aplicarse y al experimentar reacciones emocionales negativas por tal razón, se están desencadenando los prejuicios sociales, que se ponen en relieve en forma de actitudes y valoraciones.
- **Discriminación:** Son aquellos comportamientos de rechazo que ponen a las personas con enfermedad mental en situación de desventaja social.

Para López et al. (2008) definen al estigma como un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o «marca» que permite identificarlos (p.46).

Link, Phelan, Bresnahan, Stueve y Pescosolido (1999) identifica el estigma desde una perspectiva más social, indicando que éste existe cuando elementos de etiquetado, estereotipo, separación, pérdida de status y discriminación ocurren juntos en

una situación de poder que permite que estos procesos se desplieguen.

Para Pérez-Garín, Molero y Arján (2015) se produce cuando una persona posee de forma real o ante los ojos de los demás algún atributo o característica negativa devaluada en determinado contexto.

Goffman (1963) identificó tres tipos de estigma: Siendo la primera denominada como las abominaciones corpóreas, seguidamente, las manchas del carácter y por último, las asociaciones tribales. Las primeras se encuentran asociadas a formas de deformidad física de una persona. Las segundas se refieren a la voluntad de la persona o a su forma de ser y las terceras, están relacionadas al linaje o al grupo de pertenencia de la persona. De las categorías antes mencionadas, los problemas de salud mental han estado generalmente asociados a las manchas del carácter.

De manera sencilla, Sarason y Sarason (2006) sostienen que la estigmatización puede ser externa (discriminación, prejuicio), interna (autoestigmatización) o, con frecuencia, cierta combinación de ambas.

De acuerdo con Luoma et al. (2007) conceptualmente se pueden distinguir tres tipos de estigma, en relación a las personas que lo presentan.

- **Auto-estigma:** Hacen referencia que son los pensamientos negativos y sentimientos, por ejemplo: miedo, pensamientos negativos de autoevaluación, etc., que emergen de la identificación con un grupo estigmatizado y su impacto conductual, como la evitación al tratamiento, no conseguir

empleo y el rehusarse al contacto interpersonal con otras personas.

Link (1987) sostiene que el simple hecho de vivir en una sociedad que de manera constante asigna ideas estigmatizadoras sobre las personas con enfermedad mental puede llevar a éstos a internalizar esas ideas y a creer que son menos valiosos a causa de su trastorno psiquiátrico. La persona asume, acepta el estereotipo acerca de la enfermedad mental, lo que genera la aparición de emociones y valoraciones tintadas de auto prejuicios (“soy débil e incapaz de cuidar de mí mismo”), las cuales llevan reacciones emocionales negativas (especialmente relacionadas con un deterioro de la autoestima y de la percepción de autoeficacia, y la aparición de sentimientos de desmoralización.

- **Estigma percibido:** se refiere a las creencias que los miembros de un grupo estigmatizado tienen sobre la prevalencia de actitudes estigmatizantes y acciones en la sociedad.
- **Estigma experimentado:** Se refiere a la experiencia directa de discriminación basada en los miembros en un grupo estigmatizante, por ejemplo: dificultad para obtener empleo, restringir acceso a la vivienda, pobre soporte al tratamiento, rechazo interpersonal.

Para Brohan, Slade, Clement y Thornicroft (2010) simplemente lo clasifican en dos categorías: la primera, denominada el estigma percibido o anticipado, que se refiere al temor que percibe o siente la persona que está presente en la comunidad o sociedad a partir de una condición de salud potencialmente estigmatizante; mientras que el estigma experimentado hace referencia a las experiencias reales

y directas de discriminación, de rechazo, exclusión social, indiferencia e intolerancia que han sido vivenciadas debido a una condición de salud; y también incluye el ser partícipe de restricciones a partir de la condición de salud que presenta la persona afectada.

Según Angell, Cooke y Kovac (2005; citado por Muñoz et. al, 2009) la familia también se ve afectada por dos tipos de estigma:

- a) El estigma público que se generaliza desde la persona con enfermedad mental a su familia o que, alternativamente, puede experimentarse por observación cuando ven la estigmatización sufrida por su familiar.
- b) El auto-estigma en el que la familia asimila los mensajes (procedentes de la sociedad en general, de los profesionales, de otros miembros de la familia) acerca de su culpabilidad en la enfermedad, lo que, en consecuencia, genera sentimientos de autoculpa.
- c) En el caso de las familias los sentimientos predominantes son embarazo, vergüenza y negación de la enfermedad, lo que lleva al ocultamiento, el secreto y, eventualmente, al aislamiento en un afán de evitar que los demás (amigos y otros parientes) tengan noticias de la presencia de la enfermedad en su núcleo familiar. En consecuencia, se puede posponer la búsqueda de tratamiento para la persona con enfermedad mental y de apoyo social para ellos mismos.

#### **2.2.7.1 Procesos de estigmatización**

Para Corrigan (2000) señala que la sociedad colige que una persona tiene una enfermedad mental si presenta cuatro signos y ante la presencia de estos, tiende a reaccionar de forma estigmatizadora:

- Los síntomas psiquiátricos: comportamientos extraños, irregularidades en el lenguaje.
- Los déficits de habilidades sociales: déficit en el contacto visual, lenguaje corporal, temas de discusión.
- La apariencia física: higiene personal, forma de vestir.
- Las etiquetas: aquellas personas de las que se sabe que tienen una enfermedad mental, son víctimas del estigma asociado a la enfermedad mental.

Esto traería como consecuencia que las personas que son objeto de estigmatización, se promuevan el “distanciamiento social” o rechazo y se va generando conductas evitativas, como dejar de trabajar, perder sus derechos; teniendo repercusiones nocivas sobre la autoestima y la conducta personal y social (véase Tabla1).

Tabla 1

*Componentes cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con el «estigma público» y el «auto-estigma» en personas con enfermedad mental*

	ESTIGMA PÚBLICO	AUTO-ESTIGMA
Estereotipo	Creencias negativas sobre un grupo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad)	Creencias negativas sobre uno mismo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad)
Prejuicio	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (miedo-cólera).	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, vergüenza).
Discriminación	Comportamiento en respuesta al prejuicio (rechazo, negativa a emplear o alojar, negativa a ayudar)	Comportamiento en respuesta al prejuicio (falta de aprovechamiento de oportunidades de empleo y alojamiento, rechazo a buscar ayuda).

*Nota:* Tomado de López et al. (2008)

De acuerdo con López et al. (2008) el proceso de estigmatización supone un conjunto de pasos, siendo el primero:

a) La distinción, etiquetado (labeling) e identificación de una determinada diferencia o marca que afecta a un grupo de personas.

b) La asociación a las personas etiquetadas de características desagradables, en función de creencias culturales prevalentes.

c) Su consideración como un grupo diferente y aparte: “ellos” frente a “nosotros”.

d) Las repercusiones emocionales en quien estigmatiza (miedo, ansiedad, irritación, compasión) y en quien resulta estigmatizado (miedo, ansiedad, vergüenza), frecuentemente menospreciadas, pero de gran trascendencia en el refuerzo del proceso y en sus consecuencias sobre la conducta, según los modelos de atribución causal.

e) La pérdida de estatus y la discriminación que afecta consecuentemente a la persona o grupo estigmatizado, dando lugar a resultados diferentes y habitualmente desfavorables en distintas áreas.

f) La existencia de factores o dimensiones estructurales que tiene que ver en último término con asimetrías de poder, sin las cuales el proceso no funcionaría o, al menos, no con la misma intensidad ni con las mismas consecuencias para las personas afectadas (Link, Castille y Stuber, 2008).

### **2.2.7.2 Estigma hacia las “enfermedades mentales”:**

Según Flores (2017) las diferentes categorías diagnósticas tienen un efecto negativo en las personas, colocándolas en una situación de indefensión y pérdida de control sobre su propia vida. Al estar estas categorías basadas únicamente en el reconocimiento y descripción detallada de las características topográficas de la conducta (signos y síntomas) se genera un entendimiento de los problemas psicológicos como entidades aisladas de la vida de los individuos que los presentan.

Las enfermedades son condiciones que pueden ser delimitadas objetivamente y que existen en sí mismas sin importar de las interpretaciones que se pueda hacer de estas. Es pues, que el paradigma del modelo médico extrapolado a las enfermedades mentales, no puede cumplir sus propios criterios básicos. Esto alimenta el planteamiento de que el error epistemológico radica en concebir a las enfermedades mentales como entidades naturales. Esto es sustentado por Pérez-Álvarez (2013) quien señala que las enfermedades mentales no son entidades estáticas, sino interactivas. A diferencia de las primeras, estas últimas son influenciables y transformables por las interpretaciones que se hagan de ellas, reconociéndose una relación entre la manera en que son concebidas y tratadas con el desarrollo que presentan (Flores, 2017).

De acuerdo con González y Pérez-Alvarez (2007) el uso de términos como “enfermedad mental”, “patología”, “anomalía”, entre otros, en lugar de generar concientización y tolerancia en la población de a pie, lo que genera en realidad es un efecto estigmatizante. En diversas investigaciones se ha encontrado que las personas con enfermedades mentales son tratadas con cierto

rechazo y consideradas como imprevisibles y poco fiables por sus familiares, cuidadores (Read, Haslam, Sayce y Davies, 2006; Corrigan, 2000) e incluso por los profesionales de la salud (Hinshaw, 2007; Guimón, 2010). La literatura científica ha documentado las concepciones que sostienen los y las profesionales de la salud con respecto a los problemas de salud mental (Hinshaw, 2007; Guimón, 2010) no están exentos de estigmatizar a los pacientes con los que trabajan.

Incluso, Angell et al. (2005) sostienen que existen algunas actitudes que estarían basadas en el paternalismo (por ejemplo, tomando decisiones por ellos) o en la coerción. En otras situaciones puede aparecer la “deshumanización”, que se refiere en la percepción de las personas con enfermedad mental como carentes de sentimientos, sensibilidad y derechos básicos. En ocasiones, los profesionales fallan a la hora de verlos como seres humanos con sus necesidades, deseos, ilusiones y esperanzas, igual que puede tenerlas cualquier otro ser humano.

Asimismo, se han realizado investigaciones de corte experimental, donde se visualizan diferencias al denominar a las enfermedades mentales en terminología psicológica. Mehta y Farina (1997) basándose en los experimentos de Milgram, diseñaron un estudio ambientado en una tarea de aprendizaje, donde los sujetos experimentales debían aplicar a otros participantes, denominados “aprendices”, indicándoles previamente que habían tenido una “enfermedad mental” y a otro grupo, solo se les indicó que habían tenido “dificultades psicológicas”. Ocurrió que los shocks más fuertes fueron recibidos por las personas supuestamente que habían padecido alguna “enfermedad mental”.

Para Pérez- Álvarez (2007) el promover la política de situar a una enfermedad mental como cualquier otra enfermedad, no tiene efecto contra el estigma, no lo reduce, sino que lo ha aumentado. La alternativa que propone es la presentación de los problemas psicológicos como dificultades, crisis, no siendo estigmatizante y cumpliendo un rol política y científicamente correcto.

### **2.2.8 La conducta estigmatizadora**

En la literatura se describe a la estigmatización como un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o marca negativa generalmente, que permite identificarlos (López et al., 2008), se hace relevante describir algunos conceptos involucrados y que configuran el fenómeno de interés, tales como: instrucción, lenguaje y práctica convencional.

De esta manera, se propone en las siguientes líneas explicar la estigmatización o la conducta estigmatizadora desde una perspectiva psicológica rescatando su dimensión social de poder, donde no se entendería al estigma o estigmatización como un atributo propio del sujeto, ya que no es una variable personal del individuo. La estigmatización para esta investigación se podría definir como aquel fenómeno donde se conciben prácticas relacionadas a una función evaluativa/diagnosticadora, teniendo como característica el sobrevalorar o subestimar el desempeño del sujeto evaluado. Tal una interacción se describiría así: un sujeto se encuentra en una posición diferente al sujeto evaluado, tal posición generalmente es respaldada por una institución social, donde dicho sujeto emite juicios de valor, evalúa hacia un determinado grupo social o individuo; esta evaluación se da en función a su conocimiento, dominio de la competencia per se y principalmente al contenido

lingüístico con el que toma contacto, donde una institución social le ha brindado reconocimiento o estatus de poder.

Las instrucciones pueden definirse como aquellas verbalizaciones que describen la situación a la cual se enfrentará un sujeto, lo cual incluye la ejecución, la señalización de los estímulos relevantes y las posibilidades de consecuencias ante el desempeño realizado. En el ámbito de la investigación experimental se emplea el término contingencia para acentuar el carácter condicional, es decir, dependiendo el desempeño realizado la situación sufre modificaciones. De esta manera, Guerrero (2010) define a las instrucciones como las descripciones de las contingencias que son presentadas al individuo de manera previa al contacto con dichas contingencias, siendo su principal función reducir el rango posible de respuestas, facilitando el ajuste del individuo a la situación.

Las instrucciones se convierten en un elemento crítico que posibilita los fenómenos psicológicos característicamente humanos, como es el caso de la estigmatización. Sin embargo, el posibilitar se diferencia del causar. Posibilitar hace referencia al requerimiento de otros elementos mientras que causar señala que un elemento es suficiente para que se dé el fenómeno. En ese sentido, algunos autores (Kantor, 1922; Ribes y Pérez-Almonacid, 2011) han señalado que los fenómenos psicológicos son multicausales, multifactoriales. El concepto de medio de contacto propuesto por Kantor (1922) es útil para caracterizar el carácter posibilitador de las instrucciones. Por medio de contacto se entiende como aquello que permite que se dé la relación funcional entre organismo y objeto, es decir, es aquel medio que posibilita tal relación. Sin embargo, no es un ente, una “cosa” que se encuentre en alguna parte, más bien funciona como una categoría lógica para poder explicarla, tal como lo sostienen Ribes y Pérez- Almonacid (2011) “las categorías, como es el caso del medio de contacto, son abstracciones de propiedades y relaciones que se dan entre los objetos, los eventos y las acciones, pero que no denotan a ningunas de esas instancias particularizables” (p. 239).

Es importante recalcar que cuando se habla de medio de contacto, no se hace referencia a una entidad externa, sino a una categoría lógica dentro del estudio de la psicología, que solo cobra sentido desde un análisis multifactorial del comportamiento.

El término de medio de contacto no tiene propiedades causales sobre el fenómeno psicológico, sino más bien sería un “facilitador” que reuniría las condiciones que posibilitan el contacto funcional. En palabras de Ribes (2018) “tal categoría especifica el medio en que es posible un tipo de contacto funcional entre un individuo y un individuo o un objeto” (p.81). Por tanto, cuando se habla del control instruccional que tendría influencia en la conducta estigmatizadora, lo que se habla no es en sí de una causalidad directa sino, de que el medio de contacto posibilitaría tal interacción. Por lo anterior, las instrucciones entrarían bajo el concepto de medio de contacto, al posibilitar la estigmatización.

Otro elemento imprescindible para la configuración de una conducta estigmatizadora, es aquello que describe que ambas personas involucradas se “entienden”. Desde la psicología tradicional se le suele atribuir a los procesos de significación y simbolización del lenguaje, en el cual el emisor dirige un mensaje y el receptor lo codifica. Sin embargo, esta noción resulta problemática e incompatible con una visión multifactorial y multicausal del comportamiento (Perez-Almonacid y Quiroga, 2010; Ribes, 2018). Por esta razón se prefirió recurrir al concepto de práctica compartida o práctica convencional como aquella dimensión social que permiten que las interacciones se den, entre eventos y el individuo, el cual indicaría el papel que las normas y prácticas de las instituciones, prácticas y relaciones sociales cumplen (Ribes y López, 1985).

Siguiendo con este planteamiento, el comportamiento humano se desenvuelve dentro de prácticas convencionales (social y lingüístico per sé). De acuerdo a la propuesta de Ribes et al. (2008) implicaría que el sujeto, ya sea por “circunstancia biológica o por coerción física de algún tipo, ha elegido o ha sido forzado a participar en dicho sistema” (Ribes et al., 2008; p. 51). El estudio de las interacciones inter-individuales, es decir que involucre a dos individuos, siempre es susceptible a analizarse identificando contingencias de sanción, intercambio y poder, para caracterizar a las instituciones que definen al sistema de convivencia. Para el caso de la estigmatización, la práctica de interés es la práctica de evaluar/diagnosticar encontrada en las instituciones de salud en donde participan diversas profesiones (medicina, psicología, trabajo social, enfermería, etc.) y en las instituciones educativas dedicadas a volver competentes en la práctica evaluativa/diagnosticadora a los estudiantes de dichas profesiones.

En la práctica convencional evaluativa/diagnosticadora, se observan las contingencias de poder (ver figura 2) donde los autores (Ribes et. al, 2008; Ribes, 2001) lo definen como contingencias de influencia o facilitación social y contingencias de poder. Las primeras, se refieren a que la autoridad ocurre sin obligatoriedad ni sanciones, con características como la forma de liderazgo, criterios morales o prestigio; mientras que las contingencias de poder ocurren por un sistema de dominación, implícita (convención) o explícita (coacción), interacciones interindividuales dentro de las diferentes prácticas de las instituciones sociales.

En la presente investigación se toma el planteamiento de que los sujetos al participar en la práctica convencional evaluativa/diagnosticadora se sumergen en las contingencias de poder (Pulido y Ribes, 2014): por influencia social o facilitación. Las contingencias de la facilitación o influencia social, se pueden caracterizar por el prestigio que posee el sujeto, teniendo efecto en la interacción con el otro individuo. Esto llevado al análisis de las prácticas que caracterizan a las instituciones de salud y educativas, en especial de corte

psicoterapéutico, también formaría parte del interés de la presente investigación, se entendería como aquella interrelación entre el evaluador/diagnosticador y el usuario, donde dicho evaluador/diagnosticador goza de cierto prestigio al representar a la institución y convirtiéndose en una figura de autoridad frente al usuario. Es decir, un psicólogo adquiere las propiedades funcionales a partir de la responsabilidad social que la institución de salud y educativa le ha encomendado. Siempre en una práctica evaluativa/diagnosticadora una persona asume el papel de evaluador y otra el de evaluado.

Dichas características del evaluador las tiene adscritas debido a la institución social que lo avala. Mientras que el llamado evaluado, usuario o “paciente” en un ámbito clínico, suele actuar en función a la espera que a partir de los resultados evaluativos, posteriormente podrá iniciar un proceso para mejorar o cambiar algún problema interpersonal.

Por lo anterior podríamos señalar que dentro de toda práctica evaluativa/diagnosticadora se encuentra dentro de contingencias de poder, lo cual no debería ser visto como algo necesariamente malo. De por sí en el lenguaje ordinario, la frase “relación de poder” ya tiene una connotación negativa, debido a que la palabra “poder” encierra acepciones como el influenciar o controlar a otros individuos, donde el sujeto influenciado solo seguiría órdenes y sería coaccionado, haciendo cosas probablemente que no le agraden. De acuerdo a la propuesta de Ribes et al. (2008), lo anterior solo formaría parte de las contingencias de poder de coacción, ya que éstas sí establecen sanciones cuando el sujeto influenciado no acata lo indicado, mientras que en el caso de las prácticas evaluativas/diagnosticadora está implicado la influencia. En la figura 1 se pueden ver las diversas contingencias de poder.

El identificar la existencia de contingencias de poder en la práctica evaluativa-diagnosticadora lamentablemente le ha impregnado un tinte negativo dentro de la literatura especializada, incluso hablando del fenómeno

de estigma como un efecto perjudicial, a diferencia de un entendimiento de la estigmatización como un fenómeno natural de la sociedad, como está abordado en la presente investigación. De acuerdo como lo plantea Bottaro (2012) el estigma se referiría a una red de interrelaciones complejas, donde facilita el proceso de constitución o reafirmación de identidades sociales, sin embargo, lo entiende a través del planteamiento sociológico, siendo el estigma un proceso de coacción externo que actuaría sobre cómo piensa el individuo señalándole el motivo por el cual es subvalorado y por excluido de la sociedad. Este planteamiento concuerda muchas veces con la literatura revisada (Corrigan, 2000; López et al., 2008) de autoestigma, que tienen un matiz cognitivo.

Al respecto, Bottaro (2012) afirma:

La estigmatización que se observa en la figuración de las relaciones entre establecidos y marginados se basa en el desprecio de los primeros a los segundos a partir de la atribución de un conjunto de “malas” características, a saber: inseguros, indisciplinados, sucios, anárquicos. La anomia aparece como el reproche más frecuente. El “otro” es definido a partir de una serie de atributos negativos que lo hacen inaceptable. Desde esta perspectiva, no comparten los mismos valores morales, las mismas expectativas normativas, por tanto, la integración del estigmatizado a la vida social “normal” es cuestionada (p. 3).

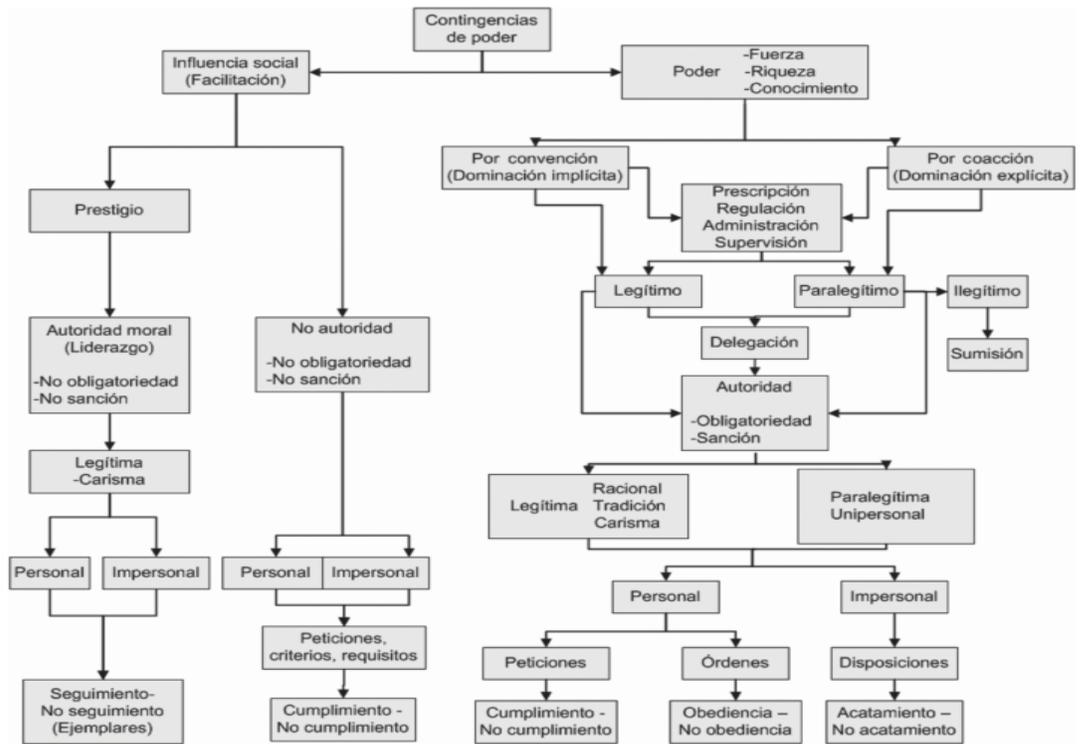


Figura 1. Distintas funciones y condiciones que incluyen las contingencias de poder

Nota: Tomado de Pulido y Ribes (2014)

La práctica evaluativa/diagnosticadora es compartida por todos los enfoques: psicodinámico, gestalt, conductual, contextual, etc., el rol que tiene el evaluador no varía en el criterio de que su práctica está dentro de contingencias de poder institucionalmente establecidas, esto partiendo de un análisis objetivo. Las instituciones sociales, en este caso específicamente, en el área de salud como hospitales, clínicas, consultorios, imponen las características de las prácticas en lo que habitualmente se denomina “imaginario colectivo” que se tiene de los evaluadores, que son profesionales con determinadas competencias clínicas y características esperadas, por ejemplo: que posean habilidades sociales, cálidos, amables, inteligentes, empáticos, proactivos, con experticia clínica, etc.

Recapitulando, la estigmatización sería un fenómeno natural de la sociedad, en el cual dos personas están inmersas dentro de una práctica evaluativa/ diagnóstica (institucionalmente establecida) y el evaluador sobre o sub califica el desempeño del evaluado (conducta estigmatizadora) a partir de una instrucción socialmente impuesta, que aparentemente provee una calificación previa, por ejemplo: descripciones como “tiene TDAH”, “tiene depresión”, “se distrae fácilmente”, entre otros; antes de una evaluación objetiva puede tener influencia en los resultados de los mismos. Un ejemplo que grafica lo de la “objetividad” en las evaluaciones al diagnosticar sería el experimento de Rosenhan, catedrático de Psicología. Fue él y otros siete psicólogos "sanos" a diferentes instituciones de salud mental, refiriendo sufrir de alucinaciones acústicas, de esta forma, como resultado a todos se les diagnosticó con esquizofrenia y solo a uno con psicosis maniaco depresiva, sin embargo, al confesar que eran psicólogos, el personal encargado de dichas instituciones mentales, no les creyeron, dejándolos enclaustrados aproximadamente 19 días. Solo pudieron salir indicando que efectivamente estaban enfermos y que la medicación que les brindaron contribuyó con su mejoría (Sanmartín, 2013).

Para explicarlo mejor, se propone el siguiente ejemplo: padres llevan a consulta a su hijo de 6 años, quien cursa primer grado de primaria. Psicóloga del colegio les ha dicho que su niño en clases "se desborda", "no hace caso", “es impulsivo porque no mide el peligro, pega a sus compañeros” no se puede mantener sentado, pega a sus compañeros y que tiene "T.D.A.H. El psicólogo de la sesión de evaluación, escucha esto como parte del motivo de consulta. En una segunda sesión de evaluación, el psicólogo frente al niño, mediante un test psicológico califica las conductas de “impulsividad”, “hiperactividad”, puntuándola según el instrumento, como “muy frecuente”. Al reportar la evaluación en un informe, con otras pruebas, señala que el niño presenta indicadores de hiperactividad e impulsividad, por lo cual no podría desenvolverse de manera adecuada en el colegio ni con sus compañeros.

Ante lo cual surge la pregunta “qué tan objetiva es una evaluación”. Uno de los objetivos periféricos de la presente investigación es entender y comprender cómo se configura la estigmatización para eventualmente identificar qué elementos podrían modificarse para disminuirla y garantizar una evaluación, en la medida de lo posible, objetiva.

En este estudio, se pretende ver el efecto de la instrucción (control instruccional) en la conducta de sub o sobre calificar el desempeño de un evaluado en una práctica evaluativa/diagnosticadora institucionalmente establecida (estigmatización), es decir cómo influye y la caracteriza.

### **2.2.9 Índice de estigmatización:**

El índice de estigmatización es una estimación de manera cuantitativa propuesta en el presente estudio, que se basa en el planteamiento teórico de entender al proceso de estigmatización no como un atributo interno o netamente cognitivo de un sujeto, sino un proceso de interrelación entre el sujeto, su medio y objetos.

Precisando que, en este experimento, de manera operacional, la conducta estigmatizadora ocurriría cuando el participante o sujeto experimental realiza una evaluación al sujeto confederado, medido en el número de aciertos de la tarea a realizar (los ensayos de la tarea de igualación a la muestra), donde tal sujeto experimental puede subvalorar o sobreestimar el rendimiento del sujeto en dicha tarea, habiendo una no correspondencia entre la evaluación del desempeño estimado del sujeto confederado con el desempeño real del sujeto confederado.

Ante esto, el índice de estigmatización que se propone se definiría como aquella diferencia entre el desempeño real que muestra el sujeto evaluado (sujeto confederado) y el desempeño valorado por la persona evaluadora (sujeto experimental en la investigación). Esto en el marco teórico antes descrito, se sustenta en las contingencias de influencia social o facilitación y también las de

convención (donde se daría cierta dominación implícita pero no que no cae en obligar al otro individuo, porque ya existe cierta autoridad legítima dada por una institución social), supondría que la persona evaluadora tiene y/o ha desarrollado las competencias necesarias, siendo avalado por alguna institución social o la comunidad en la que se desenvuelve, que justamente estaría evaluando en el otro sujeto. La frase “hablo con derecho de causa” encierra bien la idea antes planteada, cuando la persona se atribuye cierta autoridad sobre otro sujeto por su experiencia o entendimiento en un área específica.

Es por ello que en el presente estudio, se plantea de manera cuantitativa un índice de estigmatización, una breve fórmula matemática, véase figura 3, según la situación experimental planteada, definido de la siguiente manera: la diferencia entre la evaluación del desempeño del Sujeto observado, hecha por el sujeto experimental, menos el desempeño real del sujeto observado (siendo un número preestablecido o constante, según el experimento) multiplicado por el desempeño del entrenamiento sin retroalimentación del sujeto experimental. Todo dividido entre la cantidad total de ensayos (en este caso 24, ya que es el número total de ensayos de la tarea de igualación a la muestra). El resultado se multiplica por 100 para poder contemplar las variaciones del 1 al 100.

Se debe precisar que el elemento llamado “desempeño real del sujeto confederado” en el experimento se codificó con “2”, siendo la constante antes descrita en el párrafo anterior, puesto que dentro de las cuatro opciones (véase anexo 14) que se le da al sujeto experimental, la opción 2 dice: a partir del quinto intento el sujeto (confederado) logró acertar.

El elemento denominado “rendimiento sin retroalimentación del sujeto experimental”, dentro del marco teórico antes planteado, aseguraría que el sujeto experimental ha desarrollado la competencia de la tarea y se encontraría “apto” o en una posición de poder para realizar alguna evaluación cuantitativa sobre el rendimiento de la otra persona (sujeto confederado del estudio).

Éste índice de estigmatización se cimienta a través del planteamiento, existiendo aquella relación donde un sujeto, institución social, colectivo, tiene una posición por encima de otro sujeto o grupo específico, dicha posición implicaría que la parte evaluadora tendría las competencias necesarias o aproximaciones para emitir juicios de valor sobre el desempeño que cumple otro sujeto.

$$\left( \frac{(A - B) \cdot C}{24} \right) \cdot 100$$

*Figura 2. Fórmula para obtener el índice de Estigmatización*

Donde:

A: Evaluación del desempeño del sujeto confederado

B: Desempeño real del sujeto confederado (constante)

C: Rendimiento sin retroalimentación del Sujeto Experimental (Competencia desarrollada de la tarea)

1. **Evaluación del desempeño del sujeto confederado:** Es aquella evaluación que la realiza el sujeto del experimento al sujeto confederado. Tal evaluación está en función de una tarea experimental (tarea de igualdad a la muestra) expresada a través de un número, de acuerdo a las cuatro opciones que se le plantea (véase anexo 14). Esta evaluación podría estar sesgada debido al efecto del control instruccional (instrucciones) dadas en el experimento.

2. **Desempeño real del sujeto confederado:** Está dado por una constante (número 2), ya que el sujeto confederado realmente a partir del quinto intento o ensayo, empezó a tener aciertos en la tarea de igualación a la muestra. Tal constante se traduce como el número real de aciertos que tuvo el sujeto confederado durante la tarea de igualación a la muestra.
  
3. **Rendimiento sin retroalimentación del sujeto experimental:** Esta se describe como la cantidad de aciertos obtenidos en la tarea de igualación a la muestra del sujeto experimental.

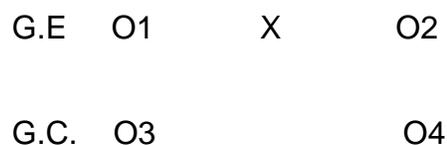
## Capítulo III

### Método

#### 3.1 Tipo de investigación

De acuerdo a la clasificación de Campbell y Stanley (1995) la presente investigación utilizó un diseño cuasiexperimental, con preprueba-posprueba y grupo de control debido a que se crean situaciones novedosas provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza, la investigación se lleva a cabo en situaciones donde suele darse de forma natural la conducta objeto de estudio, por eso suele tener mayor validez externa (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), es decir, se manipuló la variable independiente (Kazdin, 2001) referida a los tipos de instrucciones y su efecto sobre la conducta estigmatizadora de los estudiantes de Psicología.

El diseño es de tipo univariable multigrupo aleatorio, ya que se trabajó con una sola variable independiente que tuvo diversas condiciones de presentación (Castro, 1990). Dichas condiciones se han categorizado y distribuido en diversos grupos (multigrupo). De acuerdo con Hernández et al. (2006), el diagrama para este diseño sería representado como O1-X1-O2. Donde el O1 sería una fase de medición pre test y O2 sería el post test para el grupo experimental; X sería la aplicación de la VI. Para el grupo control la medición O3 sería el pretest y O4 sería el posttest.



*Figura 3.* Diagrama del diseño cuasiexperimental con medidas pretest-postest

En donde:

G.E.	Grupo experimental
G.C.	Grupo control
O1	Pretest al grupo experimental
O2	Postest al grupo experimental
X	Tipo de instrucción (control instruccional)
O3	Pretest al grupo de control
O4	Postest al grupo de control

Cabe indicar que el diseño está basado en grupos, donde el presente estudio persigue el análisis objetivo del comportamiento individual, por lo que se asignan pocos sujetos a cada grupo para evaluar tendencias individuales.

### **3.2 Variables**

Las variables del presente estudio son:

**Variable independiente:** Es el control instruccional, que, a su vez, en esta investigación se presenta en dos condiciones: específico pertinente y genérico pertinente.

- ✓ Definición operacional: El control instruccional se define como la forma verbal de dar una indicación resaltando algunas características definitorias de la situación a la cual se enfrentará el sujeto experimental.

Tipo de instrucción Genérica pertinente: Entendida como una frase, mensaje que brinda de manera parcial información sobre las características del confederado (aparente condición psiquiátrica), así como su desempeño.

Tipo de instrucción Específica pertinente: Entendida como una frase, mensaje que incide en brindar información más específica sobre las características del confederado (aparente condición psiquiátrica), así como su desempeño.

Sin control instruccional: Entendido como sin ningún tipo de instrucción.

En el caso de la condición genérica pertinente será:

*“Nuevamente, te agradecemos tu participación. Tu tarea a continuación, consiste en observar detenidamente el desempeño de la persona que hace unos minutos estuvo presente. Debes prestar atención al número de aciertos que realice. Recuerda la razón por la cual el participante salió del ambiente hace unos instantes.*

*Finalmente, bríndanos tu apreciación sobre cuál ha sido el desempeño de esta persona en esta tarea de acuerdo al número de aciertos que tú estimes que obtuvo.”*

En el caso de la condición específica pertinente será:

*“Nuevamente, te agradecemos tu participación. Tu tarea a continuación, consiste en observar detenidamente el desempeño de la persona que hace unos minutos estuvo presente. Debes prestar atención al número de aciertos que realice. Debes tener en cuenta la razón por la cual el participante salió del ambiente hace unos instantes, quien presenta una condición psiquiátrica.*

*Finalmente, bríndanos tu apreciación sobre cuál ha sido el desempeño de esta persona en esta tarea de acuerdo al número de aciertos que tú estimes que obtuvo.”*

**Variable dependiente:** Para la presente investigación la variable dependiente estigmatización es operacionalizada como:

- ✓ Es cuando el participante o sujeto experimental realiza una evaluación al sujeto confederado, medido en el número de aciertos de la tarea a realizar, donde el sujeto experimental puede subvalorar o sobreestimar el

rendimiento del sujeto en dicha tarea, habiendo una no correspondencia entre la evaluación del desempeño estimado del sujeto confederado con el desempeño real del sujeto confederado.

**Variable de control:** De acuerdo a las características del presente estudio, no se vio necesario el incluir variables como sexo o edad como variables de control.

### **3.3 Participantes**

Dadas las características de este tipo de investigación (cuasiexperimental) no se determinó el tamaño de la muestra. El muestreo fue no probabilístico intencional. La muestra estuvo conformada por 30 estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, entre varones y mujeres, 10 y 20, respectivamente, que cursaban diferentes semestres académicos (de tercer a sexto año) año 2017; asimismo, las edades oscilaron entre 18 y 30 años de edad, con previa aceptación a participar voluntariamente.

La población estuvo compuesta por los estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, 1454 estudiantes matriculados aproximadamente, 956 estudiantes que cursaban a partir de tercer año a sexto año, período académico 2017.

Teniendo en cuenta los objetivos experimentales, todos los participantes fueron asignados de forma aleatoria en los siguientes grupos: genérico pertinente, específico pertinente y grupo control; colaboraron 30 sujetos en total por los tres referidos grupos, siendo 10 personas asignadas por cada grupo.

En la selección de los participantes, se tomó en cuenta como filtro que ninguno de éstos haya tenido experiencia previa con discriminación condicional, así también que tuvieran disposición a la cita pactada para realizar la sesión experimental.

Tabla 2

*Distribución de los participantes*

Grupo según el tipo de instrucción	Número de participantes
Específico Pertinente	10
Genérico Pertinente	10
Control	10
Total	N =30

**3.3.1 Criterios de inclusión:**

- Ingenuidad experimental.
- Disponibilidad de tiempo.
- Voluntariedad en la participación.
- Haber llevado cursos básicos de Psicopatología y/o Psicoterapia.

**3.3.2 Criterios de exclusión:**

- Tener experiencia en una situación experimental como la discriminación condicional.
- Ser menor a 18 años.
- Dificultades visuales para manipular el software.
- Presentar alguna dificultad o déficit cognitivo.
- No ser Universitario

### **3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:**

#### **3.4.1 Materiales:**

Se requirieron 2 computadoras portátiles, con el programa Authorware 7.0, sistema operativo Windows 7 y como dispositivos de entrada (respuesta): mouse y teclado.

El experimento se realizó en el laboratorio de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal; el cual cuenta con la infraestructura necesaria para controlar las variables secundarias. El sujeto experimental se mantuvo dentro del ambiente durante todo el experimento. Durante la ejecución, dentro del ambiente, se encontraba el facilitador encargado de brindar las pautas para la comprensión del trabajo, así como, resolver los inconvenientes y hacer cumplir el protocolo. El espacio descrito contaba con iluminación artificial y los muebles necesarios para la aplicación.

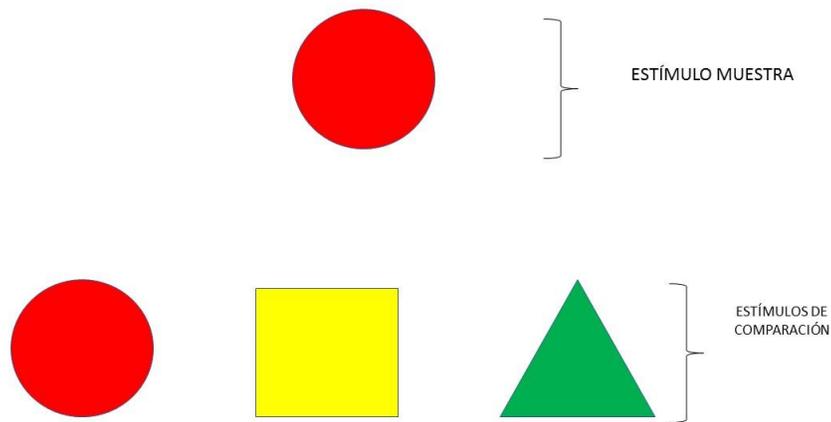
También se contó con el uso de material audiovisual como una cámara fotográfica para filmar los videos donde el sujeto confederado realizaba la tarea de discriminación condicional (igualación a la muestra). Asimismo, se requirió de recursos humanos como lo fueron los sujetos confederados.

#### **3.4.2 Técnicas de Recolección de Datos:**

Las computadoras se usaron para emplear un procedimiento general de igualación de la muestra de primer orden (IMPO), mediante el software Authorware 7.0 de Windows.

El procedimiento de discriminación condicional o también conocido como igualación a la muestra presentó un arreglo compuesto de 4 estímulos. En la parte superior aparece un estímulo

que figura como muestra (estímulo muestra, abreviado como EM) a igualar por uno de tres estímulos de comparación (abreviado como ECO), que se presentan en la parte inferior. El participante seleccionó un estímulo de comparación que satisfizo el mismo criterio, de modalidad y relación que se establece el estímulo muestra (ver figura 4).



*Figura 4.* Ejemplo del procedimiento de discriminación condicional o igualación a la muestra de primer orden

En este estudio, la elección del estímulo de comparación se realizó mediante el botón izquierdo del mouse del equipo de cómputo, lo cual al realizarlo generó una base datos que permitirá cuantificar los resultados para su posterior análisis. Se utilizaron dos criterios de diferencia: por color y forma (figura geométrica) a lo largo del experimento.

### 3.4.3 Estimación de validez por contenido o criterio de jueces:

Para obtener la validez del procedimiento elegido, se optó por utilizar el criterio de jueces o de expertos, siendo un total de 5, de los cuales se obtuvo un coeficiente de V de Aiken de 1.16, lo cual indica que el instrumento utilizado, en este caso la Igualación a la muestra cumplió con los requisitos necesarios para la presente investigación.

Se trabajó la validez por contenido del instrumento creado de Igualación a la muestra para lo cual se realizó la prueba estadística de V de Aiken, como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3

*Prueba estadística de V de Aiken*

Coeficiente de V de Aiken
1.16

En la tabla 4 se describen las fases y condiciones de la situación experimental a través de la metodología de Igualación a la muestra, asimismo el coeficiente de la V de Aiken, para establecer la validez por juicio de expertos, siendo estos 5 jueces.

Tabla 4

*Validez de contenido del instrumento de discriminación condicional (igualación a la muestra)*

Condiciones		V
Primera fase		
	12 ensayos	1.1
Segunda Fase		
	Pregunta inicial	1.2
	VI tipo 1	1.2
	VI tipo 2	1.2
	G Control	1.2
	24 ensayos	1.1
Tercera fase		
	VD Pregunta final	1.15

Nota: V: coeficiente de validez de Aiken

### 3.5 Procedimientos

#### 3.5.1 Análisis de Datos

Se realizó el análisis de datos a través de un paquete estadístico, SPSS versión 19 para realizar el análisis de estadísticos descriptivos e inferenciales para comparar los resultados individuales y de grupo, paralelamente se utilizó el software de Microsoft Excel versión 2013 para obtener los gráficos de frecuencia y otros.

#### 3.5.2 Procedimiento

De manera previa, se realizó una investigación piloto para la aplicación del experimento a una pequeña muestra de participantes, para identificar y eliminar los posibles problemas o dificultades en el proceso. En dicho procedimiento, se tomó en cuenta el tiempo de

resolución de la tarea, la claridad de las instrucciones escritas dadas en la computadora.

Los participantes que formaron parte del piloto resolvieron sin dificultad el procedimiento de discriminación condicional o también llamado Iguación a la muestra, comprendieron las instrucciones que estaban por escrito frente a sus pantallas. Asimismo, no surgió una dificultad con el video que se les presentó, pues no levantó suspicacias de que haya sido simulada la situación del colaborador (confederado).

En la fase del estudio propiamente dicho, se empezó informando a todos los participantes sobre las actividades que se realizarían en la investigación y se les pidió que llenen el formato de participación voluntaria (Consentimiento informado).

Previamente, a través de una convocatoria, se les pidió a los participantes que se registraran en un Formulario Virtual de Google para tener una pequeña base con sus datos personales. Seguidamente, se distribuyeron a los participantes al azar en tres grupos, en base de las categorías de la variable independiente y para programar las citas para la aplicación.

El procedimiento para todos los grupos se llevó a cabo bajo tres fases, siendo la primera referida a la ejecución de una tarea de discriminación condicional o línea base, junto a una descripción del desempeño del confederado, medida con el índice de estigmatización del pretest (Fase A), la segunda fase o fase B (en el cual se le brindó un tipo de instrucción de acuerdo al grupo experimental al que pertenecía) y finalmente la tercera, o última fase o postest (fase C) donde se realizó una ejecución de una tarea de discriminación condicional y en donde el sujeto experimental

describió el desempeño del confederado, midiéndose luego con el índice de estigmatización.

Grupo 1. Específico Pertinente (EP). El participante tuvo que seguir las indicaciones del facilitador, pero principalmente de la computadora portátil que estuvo utilizando, donde finalmente brindó una estimación del desempeño del sujeto confederado.

Grupo 2. Genérico Pertinente (GP). El participante tuvo que seguir las indicaciones del facilitador, pero principalmente de la computadora portátil que estuvo utilizando, donde finalmente brindó una estimación del desempeño del sujeto confederado.

Grupo 3. Control (C). El participante de este grupo no recibió control instruccional (tipo de instrucción).

Tabla 5

*Procedimiento General para cada uno de los grupos*

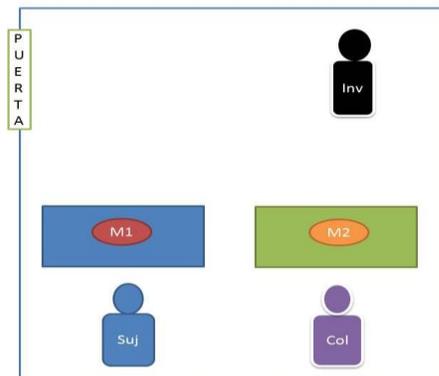
Grupo	Fase A Pretest		Fase B	Fase C Postest	
EP			Instrucción EP al participante		
GP	Ejecución de la tarea de discriminación condicional	Descripción del desempeño del sujeto confederado	Instrucción GP al participante	Ejecución de la tarea de discriminación condicional	Descripción del desempeño del sujeto confederado
C			Sin control instruccional		

El sujeto experimental al entrar al cubículo se encontró con dos computadoras, una de ellas fue destinada para su uso y la otra la usó el sujeto confederado (ver figura 5).

El sujeto confederado es aquel participante que se le anticipa cómo responder en el experimento puesto que forma parte del diseño de la situación experimental (Páramo, 2013).

El investigador responsable indicó tomar asiento y que presten atención únicamente a los mensajes que aparecieran en la pantalla de la computadora (sujeto experimental: pantalla 1, sujeto confederado: pantalla 2).

Frente a las computadoras portátiles, los participantes observaron láminas donde se les pide que ingresen iniciales de sus nombres para que los resultados se guarden en el programa (ver anexo 5), una lámina de bienvenida con el logotipo de la Universidad Nacional Federico Villarreal (ver anexo 6). Una pantalla de bienvenida brinda la explicación general de qué manera se usará el equipo, en qué consiste el procedimiento (ver anexo 7) y un mensaje protocolar hacia el participante con el agradecimiento respectivo (ver anexo 8).



*Figura 5.* Ubicación del sujeto experimental y sujeto confederado

En la pantalla de la computadora, aparecerá inicialmente la siguiente pregunta: “Levante la mano si ¿Usted ha tenido alguna condición psiquiátrica importante y/o ha asistido con un psiquiatra, psicólogo en los últimos 6 meses?” (Ver anexo 10). Luego que cada participante haya leído dicho mensaje, el sujeto confederado (quien tiene la función de aparentar

ser un participante más), alzó la mano, con esto, se le invitó a pasar a otra habitación continua (cubículo). El sujeto experimental permaneció en la sala inicial. Se realizó esta pregunta con la finalidad de resaltar la condición psiquiátrica del sujeto confederado y que pueda ser observada por el sujeto experimental.

En la fase A, se le indicó al sujeto experimental que se quedó en la sala, que continúe con la manipulación de la computadora. Seguidamente, este participante se enfrentó a la tarea, que se encontraba conformada por 12 arreglos contingenciales (ensayos) de discriminación condicional (igualación a la muestra de primer orden- IMPO) que mantienen la relación de diferencia, ensayos con retroalimentación. Cabe indicar que es un arreglo de 4 figuras (véase figura 3). El sujeto experimental realizó la tarea con retroalimentación, es decir, aparecieron las palabras “correcto”, “incorrecto” en color rojo (visualizar anexo 9), en la parte inferior de la pantalla y sin retirar los estímulos. Ésta apareció durante 1 segundo, luego le siguió automáticamente otro ensayo y así sucesivamente. El uso de retroalimentación en esta fase permitió el cumplimiento del criterio de una forma más rápida y efectiva (Ribes y Rodríguez, 1999). Se le presentó al sujeto experimental un video que muestra la ejecución del sujeto confederado de la misma tarea que resolvió. Cabe resaltar que se le indicó que es una grabación en vivo y paralela del participante (confederado) que fue trasladado a otro cubículo.

Se le pidió una evaluación inicial con el siguiente mensaje:

*“Tu tarea a continuación, consiste en observar detenidamente el desempeño de la persona que hace unos minutos estuvo presente. Debes prestar atención al número de aciertos que realice.*

*Finalmente, bríndanos tu apreciación sobre cuál ha sido el desempeño de esta persona en esta tarea de acuerdo al número de aciertos que tú estimes que obtuvo”*

En la fase B se le indicó al sujeto del estudio que lea detenidamente las indicaciones, poniendo en relieve la instrucción (según al grupo experimental al que pertenece), haciendo un recordatorio de las razones por las cuales el participante (confederado) tuvo que trasladarse a otro cubículo (Ver anexo 10).

En la pantalla 1 sujeto experimental se le indicó que preste atención al contenido audiovisual de la pantalla 2, mediante un mensaje. Dicho mensaje varió según el grupo experimental al cual el sujeto haya sido asignado.

Para el grupo genérico pertinente (GP) el mensaje fue el siguiente:

*“Nuevamente, te agradecemos tu participación. Tu tarea a continuación, consiste en observar detenidamente el desempeño de la persona que hace unos minutos estuvo presente. Debes prestar atención al número de aciertos que realice. Recuerda la razón por la cual el participante salió del ambiente hace unos instantes.*

*Finalmente, bríndanos tu apreciación sobre cuál ha sido el desempeño de esta persona en esta tarea de acuerdo al número de aciertos que tú estimes que obtuvo”* (Ver anexo 11).

Para el grupo específico pertinente (EP) el mensaje fue el siguiente:

*“Nuevamente, te agradecemos tu participación. Tu tarea a continuación, consiste en observar detenidamente el desempeño de la persona que hace unos minutos estuvo presente. Debes prestar atención al número de aciertos que realice. Debes tener en cuenta la razón por la cual el participante salió del ambiente hace unos instantes, quien presenta una condición psiquiátrica.*

*Finalmente, bríndanos tu apreciación sobre cuál ha sido el desempeño de esta persona en esta tarea de acuerdo al número de aciertos que tú estimes que obtuvo” (Ver Anexo 12).*

Para el grupo control, que no recibió control instruccional, que es la variable independiente, el mensaje fue el siguiente:

*“Nuevamente, te agradecemos tu participación. Tu tarea a continuación, consiste en observar detenidamente el desempeño de la persona que hace unos minutos estuvo presente.*

*Finalmente, bríndanos tu apreciación sobre cuál ha sido el desempeño de esta persona en esta tarea de acuerdo al número de aciertos que tú estimes que obtuvo” (Ver anexo 13).*

En la fase C, se continuó con otros 12 arreglos contingenciales (ensayos) de igualación a la muestra de primer orden (IMPO) y se repitió la indicación de brindar una apreciación sobre cuál fue el desempeño de la persona que observó.

Finalmente, en esta fase, se le pidió al sujeto experimental que evalúe el desempeño de la persona que salió (sujeto confederado) de la tarea ejecutada de Igualación a la muestra de primer orden (IMPO), a través de una estimación con las siguientes cuatro opciones: 1 (a partir del segundo intento acertó), 2 (a partir del quinto intento acertó), 3 (a partir del séptimo intento acertó) y 4 (a partir del noveno intento acertó). Estas opciones se pueden apreciar en el anexo 14. Para finalizar, a todos los participantes sin importar el grupo al que pertenecieron, se les brindó un breve mensaje de agradecimiento por su participación.

### **3.6. Aspectos éticos:**

El resguardo de los aspectos éticos dentro la investigación se realizó en tres momentos, el primero, durante el acceso a la muestra, el segundo, la aplicación del experimento y finalmente, el tercero, después de la aplicación del estudio.

En la primera etapa, acceso a la muestra, se resguardaron los principios de participación voluntaria, confidencialidad y descripción de información del procedimiento.

Para cumplirlo se realizaron las siguientes acciones:

- Firma del consentimiento informado.
- Hacer el recordatorio constante sobre su participación que no es obligatoria.
- La no necesidad del uso de nombres en los instrumentos de medición.
- Antes de empezar la primera sesión se le informó personalmente las características de la investigación, tiempo de duración estimado de su participación.

En la segunda etapa, de aplicación del experimento, se resguardaron los principios de autonomía, respeto, y confidencialidad.

Para cumplirlo se realizaron las siguientes acciones:

- Recordarle al participante al iniciar la aplicación, la posibilidad de abandonar la sesión experimental en cualquier momento previamente fundamentando o avisando al facilitador el porqué de su retiro. De igual forma, el responsable de la investigación, así como el facilitador, pueden comunicar al participante su retiro debido a presentar comportamientos que atenten contra los bienes o las personas involucradas con el estudio y otras razones contempladas en el consentimiento informado.

- Informarle sobre la posibilidad de hablar en privado con alguno de los investigadores sobre alguna opinión que quieran realizar sobre los procedimientos. Poniendo a disposición un teléfono y correo electrónico.
- Evitación de cualquier daño que los procedimientos puedan producir, tales como: estrés, ansiedad, etc.

En la tercera fase, se le comunicaron los resultados de su ejecución en la tarea de igualación a la muestra y la explicación formal de la situación experimental de la cual participaron, a través de una comunicación vía correo electrónico, dispuesto desde el inicio al recabar dicha información en la fase inicial.

De acuerdo a los Principios éticos de los psicólogos y código de conducta de la American Psychological Association (APA; 2014) en el apartado 8 referente al de Investigación y Publicación, en las normas 8.02, 8.07 y 8.09 se destacan aspectos sobre el Consentimiento Informado, Engaño en la investigación y Cuidado de seres humanos y utilización de animales en la investigación, respectivamente.

En referencia al Engaño en la investigación, la APA (2014) sostiene:

(a) Los psicólogos no llevan adelante un estudio que involucre consignas engañosas a menos que hayan determinado que el uso de las técnicas engañosas está justificado por el eventual y significativo valor científico, educativo o aplicado y que no es posible utilizar procedimientos alternativos eficaces que no sean engañosos.

Asimismo, en la norma 8.08, sobre el Interrogatorio señala: *(b) Si los valores científicos o humanitarios justifican la demora o retención de esta información, los psicólogos toman las medidas razonables para reducir el riesgo de daño.*

De esta manera, el presente diseño del estudio contempla el brindar información incompleta en un principio, para no alterar la validez de mismo y siendo que en otras investigaciones psicológicas el brindar información incompleta suele ser una estrategia necesaria para que los sujetos se comporten de manera natural, ya que, al diseñar una situación experimental, se trata de recrear una situación real bajo ciertas condiciones de control. Por ejemplo, el experimento de Asch (1955) consistió en solicitar al sujeto que indique en un conjunto de tres líneas de diferente tamaño cuál de ellas se asemejaba más a una línea estándar o de prueba, donde las indicaciones que se le brindó sobre la tarea requerida eran una especie de prueba de “visión” o de percepción. Un detalle muy importante fue que los demás participantes dentro del grupo eran colaboradores o parte del experimento. Como resultado se encontró que ante varios ensayos, el sujeto experimental al escuchar que los demás daban la misma respuesta, terminó respondiendo como ellos, a pesar que su primera respuesta era correcta; algunos sujetos experimentales reportaban que sabían que la respuesta del resto era incorrecta pero en pro de no alterar la unanimidad del grupo optaban por callarse. En suma, este experimento demostró cómo puede alterarse la percepción a partir de la influencia grupal, fenómeno conocido como Conformidad. En consecuencia, la situación experimental del diseño llevó a evaluar el desempeño del sujeto dentro de un grupo ante la presión grupal. Esto no hubiera sido posible si al sujeto experimental se le brindaba información veraz, porque casualmente lo que se quería analizar eran sus respuestas naturales.

Tal y como lo señala Ormart, Lima, Navés y Pena (2013) “explicitar el verdadero propósito de la investigación, anularía la posibilidad de medir los objetivos de la misma”. Es por ello que no se vio pertinente en el presente estudio brindar la información antes de la aplicación que una de las variables a investigar también era la estigmatización, sin embargo, en el

aspecto evaluativo del rendimiento en los ensayos de igualación a la muestra se cumplió con informar detalladamente sus roles.

### **3.7. Limitaciones:**

Como los participantes fueron ingenuos experimentalmente al realizar tareas de igualación a la muestra, se invierte más tiempo en verificar si se entendieron las indicaciones brindadas. Entre las limitaciones encontradas se podría señalar el acceso a la muestra, ya que la convocatoria de los participantes demanda mucha anticipación para llevar a cabo el estudio. Asimismo, la asignación del espacio idóneo como lo es el laboratorio experimental, requiere de horarios específicos para la aplicación lo cual limitó en algunos casos el acceso a la muestra.

## Capítulo IV

### Resultados

#### 4.1 Resultados intra-grupales:

Durante la fase A (pretest) se pueden observar los siguientes resultados: en el grupo control siendo 5 participantes que lograron resultados por encima del 50% de aciertos. En el grupo específico pertinente, todos los sujetos tuvieron un buen rendimiento, excepto el sujeto 18, quien tuvo un 33.3%. Finalmente, en el grupo genérico pertinente, solo tres participantes (sujetos 25, 26 y 29) obtuvieron un porcentaje de aciertos por debajo del 50%. De esta forma se puede evidenciar la falta de experiencia previa con la situación experimental (ver figura 6).

En la fase C (postest), se observan resultados que muestran un rendimiento que oscila entre el 50 % y casi el 100 %, según sea el caso; a excepción del sujeto 3 en el grupo control con un rendimiento del 25%. En el grupo específico pertinente (EP) casi todos los sujetos tuvieron un similar rendimiento (100 % de aciertos), excepto el sujeto 11, quien tuvo un 83.3%. Finalmente, en el grupo genérico pertinente, todos obtuvieron un porcentaje de aciertos por encima del 50% (ver figura 7).

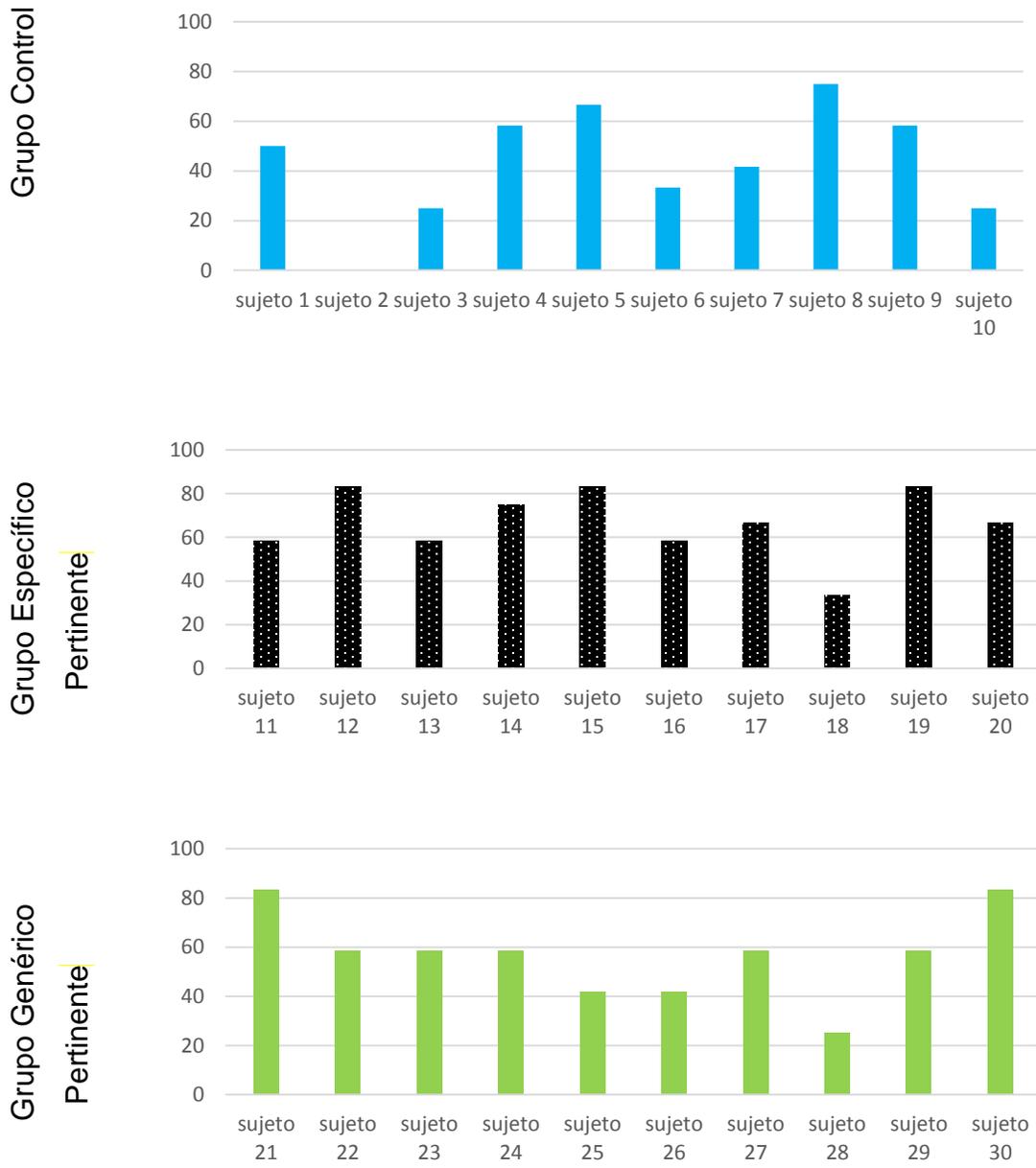


Figura 6. Porcentaje de aciertos en la primera fase, línea base de los participantes

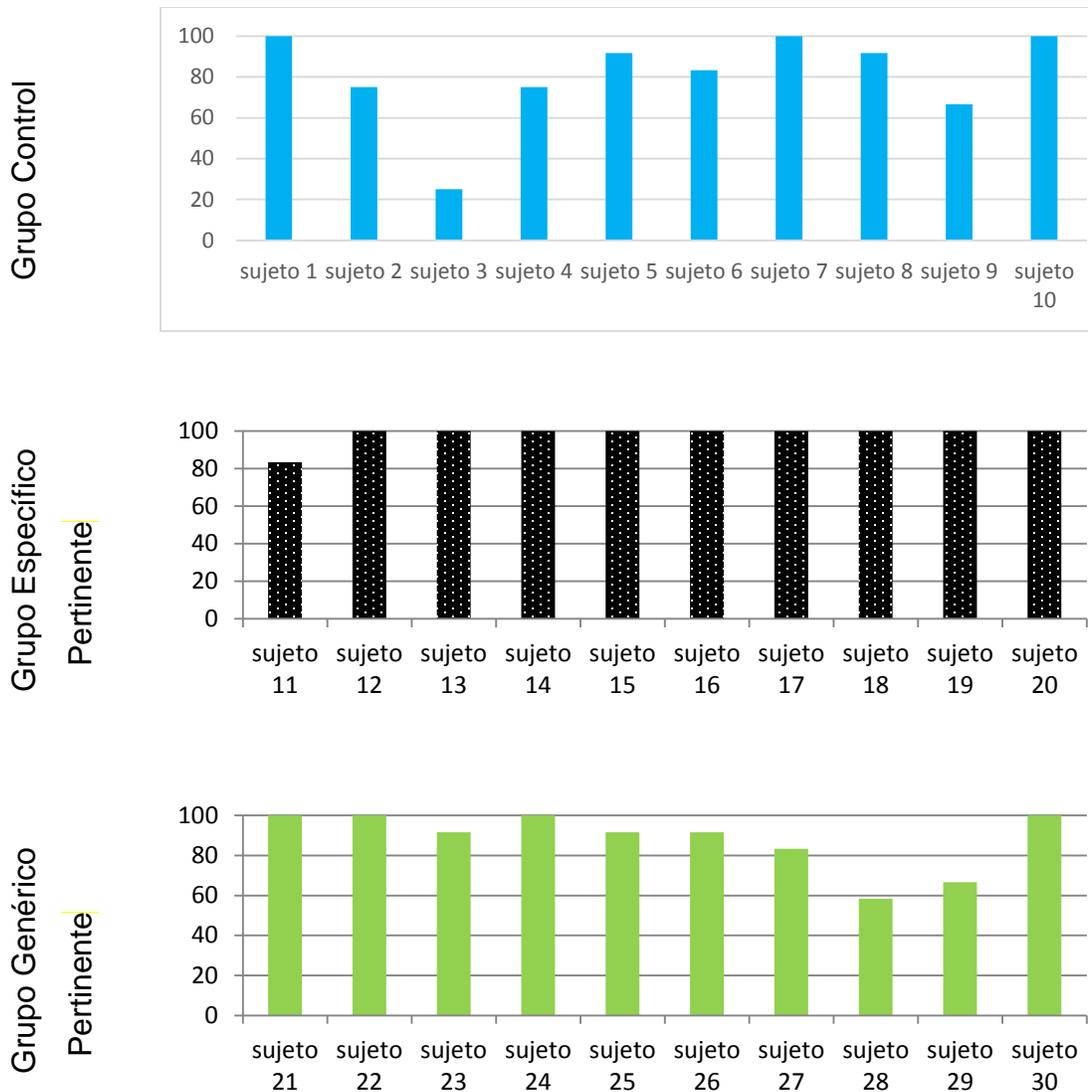


Figura 7. Porcentaje de aciertos en la fase C (postest)

En la tabla 6, se analizan los desempeños correspondientes del grupo control en dos de las fases del estudio. En la fase A o línea base, los sujetos S1, S4, S5, S8 y S9 lograron el mayor número de aciertos por encima de los 6 aciertos; en la fase C, todos los sujetos, con excepción del S3, alcanzaron más de 6 aciertos.

Tabla 6

*Resultados del grupo control en las fases A (pretest) y C (postest), según el número de aciertos de los participantes*

Fase	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
A	6	0	3	7	8	4	5	9	7	3
C	12	9	3	9	11	10	12	11	8	12

En la tabla 7, se analizan los índices de estigmatización de las fases A y C correspondientes al grupo control. En la fase A (pretest), los sujetos S1, S2, S4, S5, S7, S8, S9 y S10 alcanzaron un índice con puntuación de 0, lo que indicaría ausencia de estigmatización. Mientras que en la fase C (postest), los sujetos S1, S4, S6, S8, S9 y S10 alcanzaron también una puntuación de 0.

Tabla 7

*Índice de estigmatización en las fases A (pretest) y C (postest) del grupo control*

Fase	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
A	0	0	13	0	0	17	0	0	0	0
C	0	75	12.5	0	45.8	0	50	0	0	0

En la tabla 8, se analizan los desempeños correspondientes del grupo específico pertinente (EP) en dos de las fases del estudio. En la fase A o línea base, casi todos los sujetos lograron el mayor número de aciertos, más de 6, exceptuando el Sujeto 18; en la fase C, los resultados fueron muy homogéneos, donde todos los sujetos alcanzaron alrededor de 12 aciertos, excepto el sujeto S12 que logró 10 aciertos.

Tabla 8

*Resultados del grupo EP en las fases A (pretest) y C (postest), según el número de aciertos de los participantes*

Fase	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20
A	7	10	7	9	10	7	8	4	10	8
C	12	10	12	12	12	12	12	12	12	12

En la tabla 9, se analizan los índices de estigmatización de las fases A y C correspondientes al grupo específico pertinente (EP). En la fase A (pretest), los sujetos S11, S12, S14, S15, S17, S19 y S20 alcanzaron un índice con puntuación de 0. Mientras que en la fase C (postest), los sujetos S12, S13, S17, S19 alcanzaron también una puntuación de 0, lo que indicaría ausencia de estigmatización. Asimismo, se destaca en la fase C, los índices de estigmatización por igual o por encima de 50 son los sujetos: S14, S15, S16, S18 y S20.

Tabla 9

*Índice de estigmatización en las fases A (pretest) y C (postest), del grupo específico pertinente*

FASE	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20
A	0	0	29	0	0	29	0	17	0	0
C	41.6	0	0	50	50	50	0	100	0	100

En la tabla 10, se analizan los desempeños correspondientes del grupo Genérico Pertinente (GP) en tres de las fases del estudio. En la fase A o línea base, la mayoría de los sujetos lograron el mayor número de aciertos, por encima de los 6 aciertos, exceptuando los sujetos S25, S26 y S28 quienes obtuvieron aciertos por debajo de los 6 aciertos (5, 5 y 3 aciertos respectivamente); en la fase

C, los resultados mostraron que todos los sujetos alcanzaron por encima de los 6 aciertos, incluso 4 sujetos (S21, S22, S24 y S30) alcanzaron el máximo de aciertos esperados, con una puntuación de 12.

Tabla 10

*Resultados del grupo GP en las fases A (pretest) y C (posttest), según el número de aciertos de los participantes*

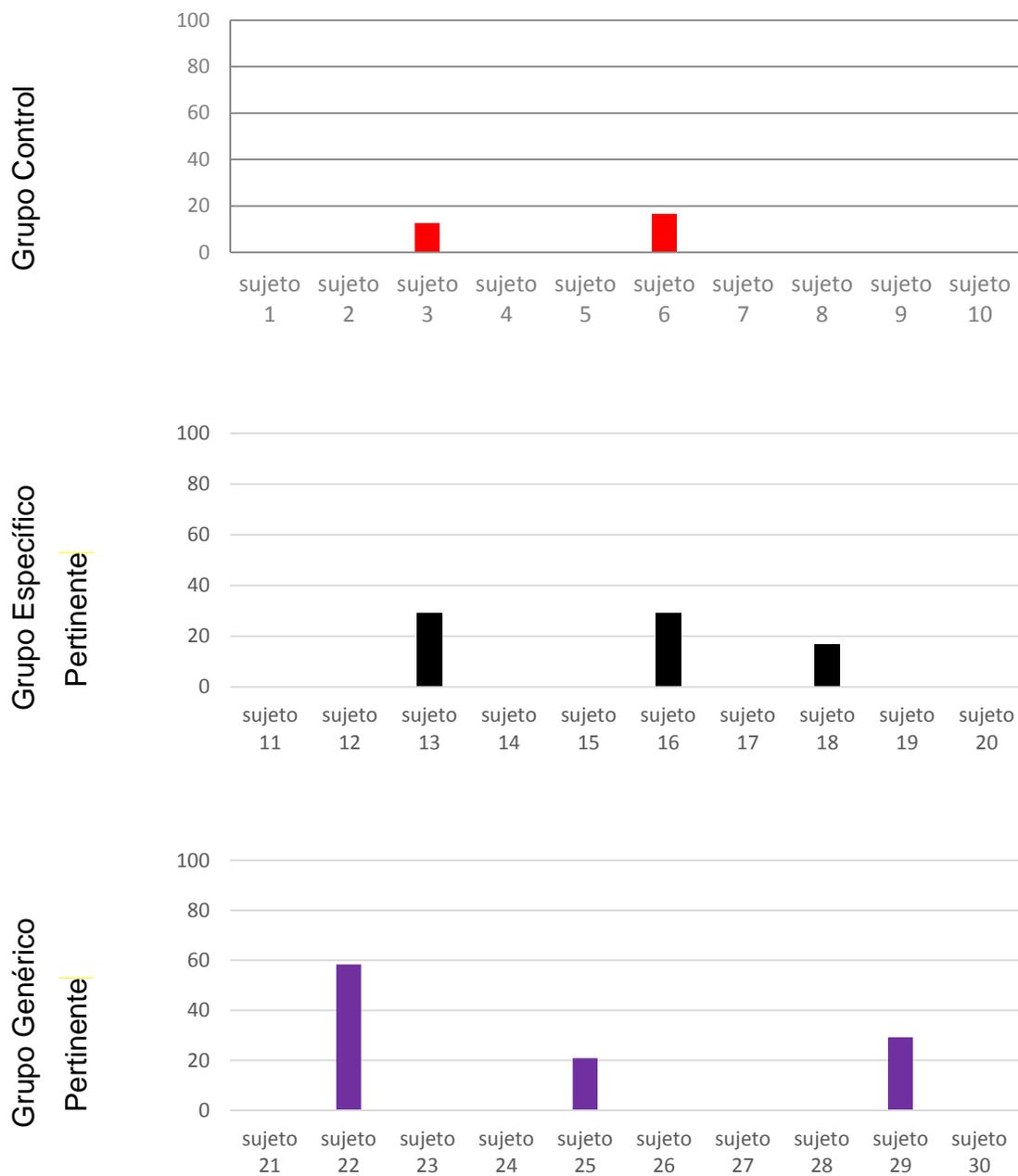
Fase	S21	S22	S23	S24	S25	S26	S27	S28	S29	S30
A	10	7	7	7	5	5	7	3	7	10
C	12	12	11	12	11	11	10	7	8	12

En la tabla 11, se analizan los índices de estigmatización de las fases A y C correspondientes al grupo genérico pertinente (GP). En la fase A, los sujetos S21, S23, S24, S26, S27, S28 y S30 alcanzaron un índice con puntuación de 0. Mientras que en la fase C, los sujetos S24, S25, S26, S27 alcanzaron también una puntuación de 0, lo que indicaría ausencia de estigmatización. Asimismo, se destaca en la fase C, los índices de estigmatización por igual o por encima de 50 son los sujetos: S21, S22 y S30.

Tabla 11

*Índice de estigmatización en las fases A (pretest) y C (posttest), del grupo genérico pertinente*

Fase	S21	S22	S23	S24	S25	S26	S27	S28	S29	S30
A	0	58	0	0	21	0	0	0	29	0
C	50	50	45.8	0	0	0	0	29.1	33.3	50



*Figura 8.* Índices de estigmatización, en la fase A (pretest) de los sujetos experimentales

En la figura 8, se presentan los índices de estigmatización de la fase A, observando que los sujetos S3 y S6 (en el grupo control); S13, S16 y S18 (específico pertinente); S22, S25 y S29 (genérico pertinente) respectivamente, son quienes cumplirían esta condición.

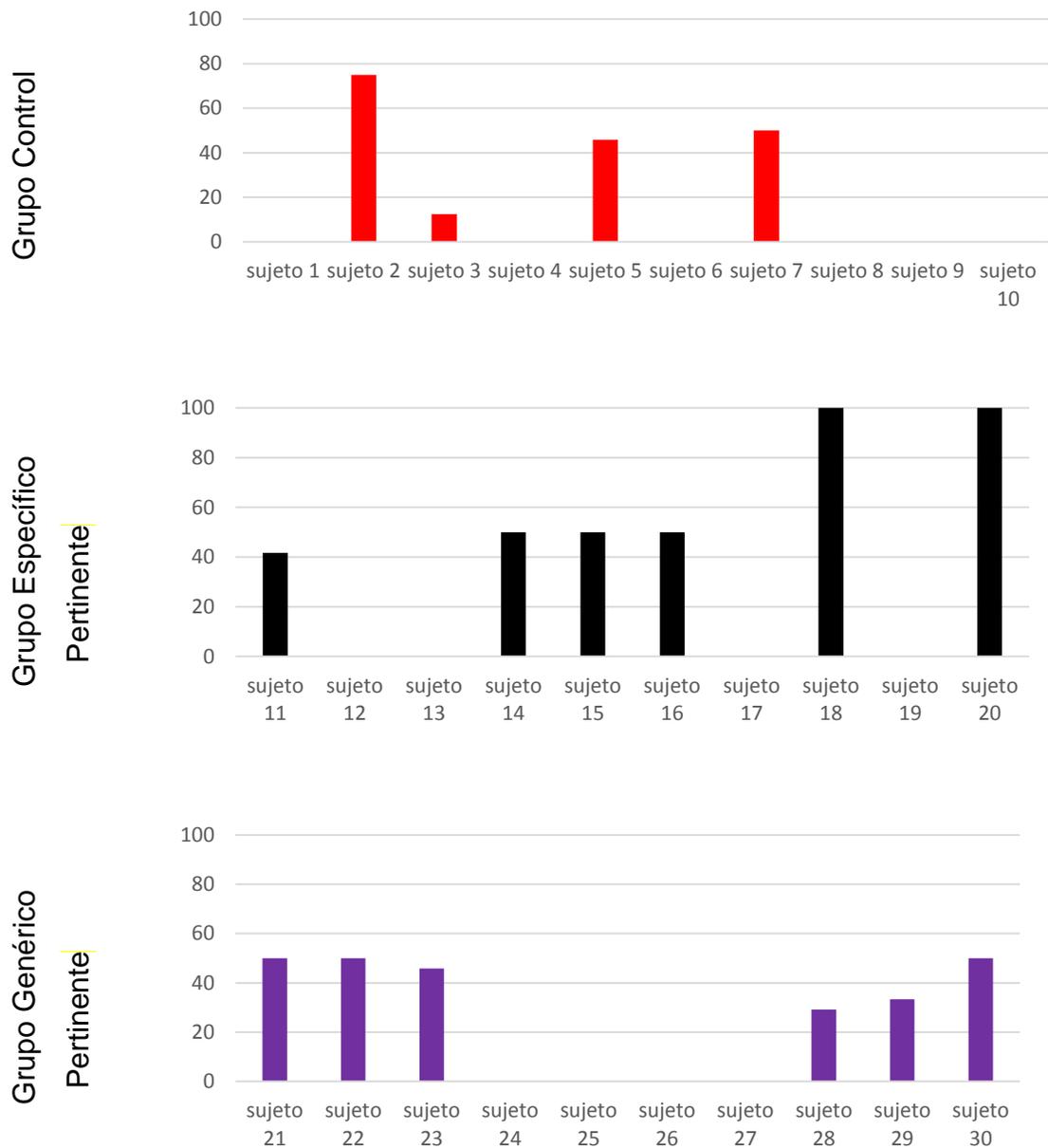


Figura 9. Índices de estigmatización, en la fase C (postest) de los sujetos experimentales

En la figura 9, se presentan los índices de estigmatización de la fase C, observando que los sujetos S2, S3, S5 y S7 (en el grupo control); S11, S14, S15, S16, S18 y S20 (específico pertinente); S21, S22, S23, S28, S29, S30 (genérico pertinente) respectivamente, son quienes cumplirían esta condición.

## 4.2 Resultados inter-grupales:

En la tabla 12, se muestran el promedio de aciertos de acuerdo a los grupos experimentales, donde en la fase A o línea base, el grupo específico pertinente (EP) es el que obtuvo un mayor promedio de aciertos (8), seguido del grupo genérico pertinente (6.8) y el control con (5.2). Luego en la fase C, el grupo que obtuvo un mayor promedio de aciertos fue también el específico pertinente (11.8), seguido del grupo genérico pertinente (10.6) y el control (9.7).

El porcentaje mostrado de los grupos en las fases A y C, no difieren del promedio de aciertos, donde durante la fase A, el grupo específico pertinente mantiene el mayor porcentaje (67%), seguido del grupo genérico pertinente (57%) y el control con 43%. En la fase C, el grupo específico pertinente obtuvo también el mayor porcentaje (98%, seguido del genérico pertinente (88%) y el grupo control por detrás (81%).

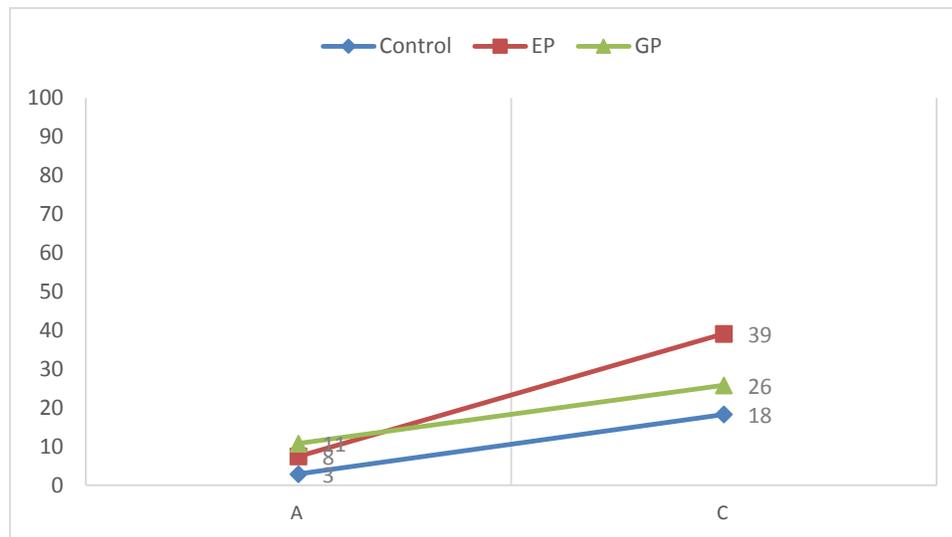
Tabla 12

*Promedio de aciertos y porcentaje según grupos experimentales*

Grupo	Fase A	%	Fase C	%
Control	5.2	43	9.7	81
Específico Pertinente	8	67	11.8	98
Genérico Pertinente	6.8	57	10.6	88

En la figura 10 se presenta el promedio del índice de estigmatización de cada grupo en la fase A y C. En la fase A, el grupo genérico pertinente (GP) obtuvo el promedio más elevado, siendo 11; seguidamente, se encontró el grupo específico pertinente (EP) con 8 y por detrás, se encontró el grupo control con 3.

Por otro lado, en la fase C, el grupo el grupo específico pertinente (EP) fue el que alcanzó el promedio más elevado, con 39. El grupo genérico pertinente (GP) obtuvo 25 y el grupo control obtuvo 18. Así mismo, se puede observar que hay un ligero aumento, es por ello que se requiere del uso de estadística inferencial para ver si ese efecto se debe a la variable independiente



*Figura 10.* Promedio del índice de estigmatización de los participantes en las fases A (pretest) y C (postest)

En la tabla 13 se observa el número de participantes que alcanzaron un índice de estigmatización mayor o igual al 40% en la fase A (pre test) y C (post test). En la fase A, se observa que solo 1 participante alcanzó esta condición y pertenecía al grupo genérico pertinente. Mientras que en la fase C, 3 participantes del grupo control, 6 del grupo específico pertinente y 4 del grupo genérico pertinente alcanzaron esta condición.

Tabla 13

*Número de participantes asignados que cumplieron con más del 40% en el índice de estigmatización en la Fase A y C*

Grupo	Fase A	Fase C
Control	0	3
EP	0	6
GP	1	4
Total	1	13

#### 4.3 Resultados por comparación estadística inferencial:

Se utilizó la estadística inferencial para un análisis exploratorio de la variable dependiente. En este punto, encontramos que la distribución de la variable no cumplía las pruebas de normalidad. En la tabla 14 se aprecian los valores de normalidad respectivos de los grupos. Los coeficientes de Shapiro-Wilk, para analizar la distribución de aciertos, obtuvieron probabilidades significativas ( $p < 0.05$ ) en ambas fases, lo cual justifica el empleo de pruebas no paramétricas para la comparación de medias.

Tabla 14

*Prueba de normalidad Shapiro-Wilk para el índice de estigmatización en la fase A (pretest) y fase C (postest)*

Fase	Shapiro Wilk	gl	p
Fase A (pretest)	.796	30	.000
Fase C (postest)	.803	30	.000

En la tabla 15, se observa la comparación de los grupos que conformaron la investigación, donde los resultados indican que las diferencias no son significativas en la fase A o pretest (KW=0.782; gl=2;  $p>0.05$ ), es decir, las medias entre los grupos genérico pertinente (GP), específico pertinente (EP) y control no son diferentes entre sí. En esta fase, la mayor media se encontró en el grupo genérico pertinente (10), seguida del grupo específico pertinente (7) y, por último, el grupo control obtuvo la media más baja (3).

Por otro lado, en la fase C (postest), no se encontraron diferencias significativas (KW=1.644; gl=2;  $p>0.05$ ). En la fase C, la mayor media se encuentra en el grupo específico pertinente (39), el grupo experimental genérico pertinente (GP) obtuvo una media de 25. Finalmente, el grupo control obtuvo la media más baja (18).

Tabla 15

Comparación de medias con prueba Kruskal Wallis para el grupo control y grupos experimentales en la fase A (pretest) y fase C (postest)

Fase	Grupo	N	Media	Desv. Típica	Kruskal Wallis	gl	p
Fase A	Control	10	3	6	0.782	2	.676
	EP	10	7	13			
	GP	10	10	20			
Fase C	Control	10	18	27	1.644	2	.440
	EP	10	39	39			
	GP	10	25	23			

Con el propósito de verificar si las diferencias de medias, es decir, las diferencias entre los grupos se deben al efecto de la variable independiente, se realizó la comparación de medias para muestras relacionadas. Se encontró que la media de la diferencia fue 3.005 a favor de la fase C (véase Tabla 16); con un intervalo de confianza al 95 % para la diferencia de medias que da un rango de 0.073 a favor de la fase C hasta 0.068 para la fase A. Esto es compatible con que existan diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) entre las fases, lo cual pueda deberse al efecto de la variable independiente. Habría una diferencia entre antes y después.

Tabla 16

*Comparación de medias para muestras relacionadas en la fase A (pretest) y C (postest)*

<b>Fase</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Típica</b>	<b>Z de Wilcoxon</b>	<b>Intervalo de Confianza (95 %)</b>	<b>p</b>
Fase A (Pretest)	7.10	13.84	-3.005	.073 a .068	.003
Fase C (Postest)	27.77	31.09			

En la tabla 17, se observa el efecto de la variable independiente durante el tiempo según el grupo, comparación de medias relacionadas al comparar los resultados antes (fase A) y después (fase C), observándose que sí habría diferencias en los grupos experimentales específico pertinente (EP) y genérico pertinente (GP). En el grupo específico pertinente (EP) se observa una diferencia significativa ( $Z = -2.71$ ;  $gl = 9$ ;  $p < 0.05$ ) entre la fase A y C, al igual que en el grupo genérico pertinente ( $Z = -2.14$ ;  $gl = 9$ ;  $p < 0.05$ ). Mientras que en el grupo control no se observan diferencias significativas ( $Z = -1.73$ ;  $gl = 9$ ;  $p > 0.05$ ).

Tabla 17

*Comparación de medias para 2 muestras relacionadas en la fase A (pretest) y fase C (postest), según grupos*

<b>Grupo</b>	<b>Fase</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Típica</b>	<b>Z de Wilcoxon</b>	<b>Intervalo de Confianza (95%)</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
EP	A	7	13	-2,71	13 a 68	9	.01
	C	39	39				
GP	A	10	20	-2.14	9 a 104	9	.03
	C	25	23				
Control	A	3	6	-1,73	-5 a 55,7	9	.87
	C	18	27				

Sobre la comparación de medias de los grupos experimentales en la fase C (postest), se observó en la tabla 18 que las medias no son estadísticamente significativas ( $U$  de Mann Whitney = 40.500 y  $p > 0.05$ ) es decir, no existen diferencias entre el grupo Genérico pertinente (GP) y Específico pertinente (EP), teniendo en cuenta que, a simple vista, la media del grupo EP (39) es superior a la del grupo GP (25). También en la tabla 20, se observa en la comparación de medias para los grupos experimentales específico pertinente (EP) y control en la fase C (postest), se observó que las medias no son estadísticamente significativas ( $U=49.500$  y  $p > 0.05$ ) es decir, no existen diferencias entre el grupo control y específico pertinente (EP), observando a simple vista, que la media del grupo Control (18) es menor a la del grupo EP (39). Por último, según la fase C (postest), en relación a la comparación de medias para los grupos experimentales, se observó que las medias no son estadísticamente significativas ( $U=49.000$  y  $p > 0.05$ ) es decir, no existen diferencias entre el grupo genérico pertinente (GP) y control, teniendo en cuenta que, a simple vista, la media del grupo GP (25) es ligeramente superior a la del grupo Control (18).

En los tres casos, se observa que entre las medias no existen diferencias significativas, siendo que tal resultado podría deberse al efecto de otras variables y no precisamente a la variable independiente.

Tabla 18

*Comparación de medias para los grupos experimentales en la fase C (postest)*

<b>Grupo</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Típica</b>	<b>U de Mann Whitney</b>	<b>p</b>
GP	10	25	23	40.500	.456
EP	10	39	39		
CONTROL	10	18	27	49.500	.968
EP	10	39	39		
CONTROL	10	27	27	49.000	.373
GP	10	23	23		

## Capítulo V

### Discusión

En este capítulo se analizarán y se discutirán los resultados teniendo en cuenta las investigaciones y marco teórico revisados. En este estudio se pretendió identificar el efecto del control instruccional sobre la estigmatización psicológica en una tarea de discriminación condicional (igualación a la muestra), cuyo trabajo se determinó con dos grupos experimentales (instrucción genérica pertinente y específica pertinente) y un grupo control.

Por otra parte, se realizó el análisis exploratorio de las variables de estudio a través de la prueba de bondad de ajuste denominada Shapiro-Wilk, donde una de las principales dudas en todo trabajo de investigación, es saber hasta qué punto los datos obtenidos presentan una distribución normal para el uso de pruebas paramétricas y poder obtener inferencias de lo recabado e incluso hacer generalizaciones; encontrándose que en la variable control instruccional y en la variable estigmatización no presentan una distribución normal ya que el coeficiente obtenido (SW) no es significativo ( $p < 0.05$ ), por consiguiente, es adecuado el emplear pruebas no paramétricas en los análisis de datos.

Respecto al efecto del control instruccional, se encontró una diferencia de medias entre la fase inicial, pretest (fase A) y la última fase, posttest o fase C ( $Z = -3.005$ ;  $p < 0.05$ ). Esto recalca que el proceso de otorgar una instrucción podría favorecer resultados efectivos sobre el fenómeno de estigmatización. Para garantizar que tal diferencia se deba a este efecto, se compararon grupo por grupo los resultados en la fase A y la fase C, donde en el grupo específico pertinente (EP) se observa una diferencia significativa ( $Z = -2.71$ ;  $gl = 9$ ;  $p < 0.05$ ) entre ambas fases, al igual que en el grupo genérico pertinente ( $Z = -2.14$ ;  $gl = 9$ ;  $p < 0.05$ ). Mientras que en el grupo control no se observan diferencias significativas ( $Z = -1.73$ ;  $gl = 9$ ;  $p > 0.05$ ). Esto indica que ambos grupos GP y EP han tenido efecto al

compararlos desde la fase inicial y la última fase. Ello sería producto de la participación de las instrucciones, que se pueden deber al planteamiento de Ortiz y González (2010) donde las descripciones pre contacto, que cumplen una función instruccional, presentando tres componentes como son: Situación del Estímulo, de la Respuesta y Consecuencia. Esto coincidiría con las investigaciones realizadas por Ortiz y González (2010), Ortiz y Cruz (2011). En la primera, los participantes obtuvieron un mayor porcentaje (más de 80%) de aciertos fueron los del grupo específico pertinente (EP) en las pruebas de transferencia 3 y 4; mientras que, en la investigación del 2011, el grupo específico pertinente (EP) con retroalimentación acumulada, favorecería mejores ejecuciones en sus respuestas y descripciones pos contacto.

De acuerdo con la literatura (Martínez y Ribes, 1995; Silva, Guerrero y Ávila, 2017) en una tarea de igualación a la muestra, el rol de la retroalimentación cobra importancia por tratarse de una variable que tiene relación con el rendimiento de un sujeto, es decir, la retroalimentación del desempeño contribuye, mas no es una condición suficiente, para la promoción de un comportamiento efectivo. Es por ello que, en las pruebas de transferencia del aprendizaje, en el experimento generalmente se diseña una fase sin retroalimentación, para verificar si el rendimiento del sujeto se comporta de manera efectiva, entendido en el presente estudio como aciertos en los ensayos.

Al ser coherentes con el propósito del presente estudio, se vio relevante diseñar una situación experimental en la que exista una fase con retroalimentación continua y posteriormente se le retire dicha retroalimentación para verificar que el sujeto experimental haya desarrollado un comportamiento efectivo o haya “aprendido la tarea”, ya que luego a él le correspondería evaluar a otro sujeto (colaborador encubierto de la investigación). Esto con el fin de enriquecer la propuesta en el presente estudio donde, se aborda el fenómeno de la estigmatización desde un análisis de interacciones de poder, donde en un contexto clínico, estarían involucrados profesionales de la salud mental como terapeutas, psicólogos, psiquiatras. Una investigación que apoya esta idea sería lo encontrado

por Polanco et al. (2013) donde reportó que sí existían diferencias en los niveles de estigma de acuerdo a la disciplina de estudio, de acuerdo al tipo de profesión en adiestramiento (medicina, trabajo social y psicología clínica) encontrando que los profesionales en preparación de Medicina obtuvieron puntuaciones significativas. Otros resultados que coinciden con lo encontrado en esta investigación es el de Maza (2015) realizando un estudio el estigma experimentado en personas diagnosticadas con Esquizofrenia internadas en un hospital psiquiátrico, donde los participantes habían vivenciado experiencias de estigma tanto en el ámbito individual como social, las cuales estaban mayormente relacionadas con el personal de salud (psiquiatras y enfermeros). Similar reporte lo encontró Moll (2009) donde los trabajadores de dos de las tres instituciones psiquiátricas existentes en Lima Metropolitana manifestaron una tendencia a diferenciarse de quienes sufrían enfermedades mentales mostrando así una expresión paternalista y distanciada en su discurso, atribuyendo una naturaleza crónica, deteriorante y negativa hacia estas personas. Esto es contrastado con lo encontrado por el Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía (1988) donde sus profesionales que atienden a los pacientes, no mostraron el estereotipo de peligrosidad de las personas con enfermedad mental y por el contrario, creen que las personas con enfermedad mental son capaces de realizar trabajos de cierta dificultad (92%).

Con estos hallazgos, apoyan al planteamiento que el fenómeno de estigmatización se da a través de las prácticas evaluativas/ diagnosticadoras, variando en los contextos, uno de ellos, podría ser el clínico, en el rubro de la salud mental. Ya en el análisis correspondiente para entender las causas de éstos, involucra a las variables como el contenido verbal que estos profesionales tienen y entender las contingencias de poder como la interacción entre profesionales de la salud mental (psicólogos, psiquiatras, enfermeros, etc.) y entre los denominados pacientes.

Asimismo, la diferencia encontrada entre la fase A (pretest) y la fase C (postest), indicaría que existe una relación causal. Generalmente, los planteamientos que se tienen a la fecha al estudiar el Estigma, son de corte teórico- social, con explicaciones que van desde el plano cognitivo-conductual. Como se suele explicar, existe una “santa trinidad” para explicar un fenómeno que reside en hacer un análisis con componentes cognitivo, afectivo y conductual, donde estos componentes se concretizan con el estereotipo, prejuicio y la discriminación, respectivamente (Ottati et al., 2005). Estas conceptualizaciones pueden resultar insuficientes cuando se estudia la función de la conducta, ya que los tres términos son propuestas que describen un comportamiento, brindando características, describiendo el fenómeno o señalando atributos (morfología de conductas) mas no explican una relación de causalidad.

Por lo expuesto, los resultados encontrados sostienen que sí habría una relación entre las instrucciones sobre elicitación de posibles comportamientos relacionados al estigma. Estos resultados apoyarían lo encontrado por la investigación de Angell et al. (2005) indican sobre actitudes estigmatizadoras en personal sanitario que atiende a pacientes en el contexto de salud mental, encontrando que éstas se basan en el paternalismo (por ejemplo, tomando decisiones por ellos) o en la coerción (figura de poder). Suele suceder que cuando se lee sobre poder se asocia inmediatamente con una acepción sancionadora o connotación negativa. De acuerdo con Ribes et al. (2008) el entendimiento de las contingencias de poder no solo se debe entender como relaciones obligatorias entre sujetos, de hecho, los autores plantean que paralelamente a un proceso coercitivo, se encontraría las contingencias de facilitación social, donde una figura de autoridad o el seguimiento o no seguimiento de un ejemplar o modelo social, facilita dichas interacciones. Un ejemplo de ello, es lo encontrado en la investigación de Muñoz et al. (2009) donde los profesionales de atención en salud mental poseen un buen conocimiento sobre la enfermedad mental grave y un bajo nivel de estigma, pero que a pesar de ello, todavía poseen actitudes relacionadas con el estigma como la compasión y la disposición a la coacción para el seguimiento del tratamiento.

Continuando con el análisis de los objetivos propuestos, uno de ellos es determinar el efecto de la instrucción específica y pertinente sobre la estigmatización, se encontró que, según la comparación de medias entre los grupos experimentales, no son estadísticamente significativas ( $U=49.500$  y  $p>0.05$ ) es decir, no existen diferencias entre el grupo Control y específico pertinente (EP). Similar resultado se encontró en relación al siguiente objetivo, que es identificar el efecto de la instrucción genérica y pertinente (GP) sobre la estigmatización en una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, donde se reportó que no existen diferencias entre el grupo GP y Control, siendo que las medias no son estadísticamente significativas ( $U=49.000$  y  $p>0.05$ ) en la fase final o fase C, en relación a la comparación de medias para los grupos experimentales.

Ambos resultados de los anteriores objetivos son similares, siendo que no se encontraron diferencias entre el grupo genérico pertinente (GP) respecto al control ni el específico pertinente (EP) en relación al control. Esto podría llevar a suponer que en sí mismo un tipo específico de instrucción no interviene sobre una interacción entendida como estigma, sin embargo, la variable en sí misma, control instruccional sí tiene efecto sobre ella. Este hallazgo se torna muy interesante ya que lo esperado era que un tipo de instrucción, de acuerdo a la literatura, sea la instrucción específica pertinente en comparación a otros tipos, se hubiera diferenciado y haya tenido un mayor efecto, pero este no fue el caso, lo cual indicaría, que inespecíficamente del contenido de la forma de la instrucción, esta tiene efecto en la interacción de estigmatización.

Se discute también el diseño del experimento, siendo importante recordar que éste se sustenta en la propuesta teórica de Ortiz et al. (2008), donde dentro de una taxonomía del control instruccional, propias de la línea de investigación de conducta verbal, utilizando términos como descripciones pre y pos contacto para referirse a instrucciones y reglas. Es allí que su importancia radica en el momento

en que se presentan estas instrucciones y la función que cumplen, mas no en cómo son adquiridas. Sin embargo, con lo hallado en este estudio, indicaría que un tipo de instrucción no tendría mayor alcance sobre el fenómeno de estigmatización, pero sí, el control instruccional en general.

Entre lo encontrado en cuanto al diseño del experimento, este recreó una situación cotidiana como sería la práctica evaluadora/diagnosticadora, cuando, por ejemplo, un psicólogo brinda psicoeducación sobre “n” trastorno a un usuario, donde indica que es un “paciente psiquiátrico” o que posee una enfermedad mental, dicho contenido verbal ya genera un posible efecto de estigma en ese usuario. El incorporar una tarea de discriminación condicional en el diseño hace que el sujeto evaluador (sujeto experimental) tendría un papel -tal como en un contexto sanitario lo podría ser un médico, psicólogo- asegurando que el sujeto experimental haya desarrollado la competencia en la que va a evaluar al sujeto confederado. Para asegurar que se haya desarrollado dicha competencia en las fases del experimento, se tomó como criterio que los sujetos hayan tenido un porcentaje de aciertos por arriba de 50 %. Donde, en las ejecuciones de la fase A o línea base, solo 5 sujetos del grupo control respondieron por encima del 50 % del porcentaje de aciertos. En la fase C, se ve un incremento que está entre el 50% y el 100 % en el grupo control, a excepción del sujeto 3 (obtuvo 25 %). El grupo específico pertinente en la fase A, mostró que todos los sujetos tuvieron un buen rendimiento, excepto el sujeto 18 (obtuvo un 33.3 %) mientras que en la fase C, el cambio fue homogéneo, mostrando un rendimiento casi del 100 %, exceptuando al sujeto 11 (con un 83.3%). Finalmente, el grupo genérico pertinente en la fase A, solo tres participantes (sujetos 25, 26 y 29) obtuvieron un porcentaje de aciertos por debajo del 50%; ya en la fase C, fue homogéneo el rendimiento, donde todos los participantes obtuvieron un porcentaje de aciertos por encima del 50%. Esto denota que en la fase A (pretest), los sujetos eran ingenuos experimentalmente en esta tarea de discriminación condicional y en la fase C (postest) , se aprecia que el porcentaje de aciertos mejoró considerablemente, mostrando que eran competentes en la tarea que realizaban.

A continuación, de acuerdo al último objetivo específico, que es comparar los efectos de las instrucciones genérica y pertinente con las instrucciones específica y pertinente sobre la estigmatización en una tarea de discriminación condicional, se reporta que la comparación de medias de los grupos experimentales no es estadísticamente significativa ( $U=40.500$  y  $p>0.05$ ), es decir, no existen diferencias entre el grupo genérico pertinente (GP) y Específico Pertinente (EP).

Estos resultados no concordarían con lo publicado por Ortiz y Cruz (2011), quienes realizaron un estudio para ver los efectos de las descripciones precontacto y la frecuencia de retroalimentación sobre la ejecución y descripciones poscontacto en tareas de igualación de la muestra de primer orden, encontrando que los sujetos que recibieron una descripción precontacto (instrucción) específica pertinente junto con una densidad de retroalimentación acumulada, realizan las mejores ejecuciones y descripciones poscontacto (o función de regla), es decir, tuvieron un mejor rendimiento. Esto suponía que un tipo de instrucción, en este caso del tipo específico pertinente se diferenciaría mejor de cualquier otro tipo de instrucción, sin embargo, eso no fue lo que se ha encontrado en este estudio. Al realizar la comparación entre descripciones pre contacto y post contacto (instrucciones y reglas, respectivamente), se encuentra que no hay diferencias. Esto reportaría que un tipo de instrucción no tendría gran efecto en su rendimiento en una tarea de discriminación condicional. De acuerdo a lo planteado en la presente investigación, no implicaría mayor relevancia un tipo de instrucción sobre la estigmatización. Además, acorde con Martínez y Ribes (1996) señalaron que su estudio contradice al efecto esperado de las propiedades discriminativas de las instrucciones.

Lo hallado en la presente investigación lleva a plantear que, no tendría tanta relevancia el tipo de instrucción en la interacción de sujeto a sujeto. No obstante, esto no significa que el control instruccional o las instrucciones, reglas, no tengan efecto sobre la estigmatización. Como ya se ha descrito en líneas anteriores, sí se ha encontrado la relación entre el efecto de la variable independiente durante el tiempo, al comparar los resultados antes (fase A) y después (fase C).

En la situación experimental propuesta, se comprueba que hay un efecto estigmatizantes en los sujetos al calificar el desempeño del sujeto confederado, pero que esto no se diferencia según un tipo de instrucción. Lo que llevaría a hipotetizar que, al simple contacto con una instrucción, la influencia del lenguaje, así como la historia al aprenderlas, ya se ven involucrados en que se dé un cambio en la interacción. Una ejemplificación de lo hallado sería cuando un terapeuta, psicólogo, médico (psiquiatra) que poseen reconocimiento dentro de una institución social o contexto sanitario-clínico, tienen una figura de autoridad, que no necesariamente se entiende como que ejerce consecuencias aversivas o coerción hacia un paciente, cliente, consultante o usuario, pero sí un posible efecto para que desencadene en un proceso de estigmatización, al usar términos como: “estás enfermo”, “usted es un paciente psiquiátrico”, “usted posee una enfermedad mental” y otras frases ocurriendo que por intervención del lenguaje e historia instruccional, el usuario empieza con el autoestigma, o de manera implícita los profesionales que atienden a estas personas podrían subestimar el rendimiento de un sujeto en base a esas instrucciones previas. Con lo propuesto, este estudio no pretende realizar una “revolución” en el sistema sanitario, o descalificar la sistematización y lo logrado por los manuales diagnósticos y en sí misma la labor asistencial de los profesionales de la salud mental pero sí deja como un precedente, que al llevarla experimentalmente y recrear una situación de estigmatización, forma parte de la evidencia de que este fenómeno se da en el campo de la denominada salud mental, asimismo, al existir intervenciones que se basan en replantear la relación terapéutica, ver qué variables intervienen en la terapia para mejorar en la calidad y efectividad de ésta, donde el usuario o consultante se sienta más cómodo consigo mismo y pueda trabajar mejor para lograr comportamientos más saludables, todo ello valdría la pena el analizarlo.

Las críticas y descripciones son necesarias, de hecho, la presente investigación ha perseguido un objetivo más explicativo que aplicativo. Al hacer ciencia experimental, se debe recordar que entre lo esperado es que ésta describa, explique, prediga y controle los fenómenos psicológicos. De acuerdo a lo que señala Bueno (2011) éstos cuatro objetivos forman parte de la empresa

científica, entendiendo en el caso de la Psicología como una ciencia naturalista. Siendo así que los resultados hallados, más que absolver dudas, llamarían a replantear lo investigado en la línea conocida como control instruccional, donde plantear tipos de descripciones pre contacto (instrucciones) a las contingencias quizás sí explica (el porqué), describe (el cómo) mas no predice el efecto en otros fenómenos. Es menester identificar conceptos lógicos, para luego poder definir variables más propicias que intervengan en gran medida sobre el fenómeno de estigmatización, una de ellas podría estar en las diversas líneas de conducta verbal, o del lenguaje, entendido desde el objeto de estudio de la Psicología.

Para concluir, se debe resaltar que la mayor parte de reportes de investigación realizados en el contexto peruano, así como internacionales, obedecen a estudios con naturaleza cognitiva o psicométrica de manera aislada, es decir, solo se enfatiza en investigar sobre “actitudes estigmatizadoras” en una muestra o pruebas que puedan medir el constructo de estigma, que no está mal hacerlo, contribuye al campo de investigación. Empero, se ha investigado muy poco o casi nada, sobre el papel del lenguaje, en este caso líneas de investigación como la de control instruccional o marcos relacionales, sobre su efecto sobre la estigmatización. Por lo tanto, el hecho de no encontrar investigaciones con las variables de estudio que las relacionen en la presente investigación no la invalida, por el contrario, alienta a investigar y debatir sobre el tema.

## Conclusiones

1. El control instruccional promovió conductas socialmente valoradas como estigmatización en una tarea de Discriminación Condicional (igualación a la muestra), donde el control instruccional, con propiedades discriminativas y en función a la historia de reforzamiento de las instrucciones, tendría influencia en comportamientos complejos.
2. No se reportaron diferencias significativas entre el grupo experimental Específico Pertinente. y control, es decir, la instrucción genérica pertinente no tuvo efecto sobre la estigmatización en una tarea de Discriminación Condicional.
3. No se reportaron diferencias significativas entre el grupo experimental Genérico Pertinente y control, es decir, la instrucción genérica pertinente no tuvo efecto sobre la estigmatización en una tarea de Discriminación Condicional.
4. No se reportaron diferencias significativas entre ambos tipos de instrucción, por lo cual un tipo de instrucción (específica o genérica) en sí misma no tendría mayor relevancia en la estigmatización.

## Recomendaciones

1. Continuar investigando con otras variables que aborden la interacción entre personas como forma de recrear comportamientos similares a control instruccional, relacionados al efecto del lenguaje en la conducta humana, en tareas de discriminación condicional o igualación a la muestra u otras metodologías, revisión de la literatura sobre los tipos de instrucciones o reglas para generar propuestas novedosas al estudiarlas.
2. Se sugiere la replicación de esta investigación, quizás retomando el modelo de N=1 con el fin de priorizar la validez interna del procedimiento experimental y tomando en cuenta más datos controlados. Asimismo, se podría variar la situación experimental en la que no implique brindar información parcial sin alterar el propósito de la evaluación.
3. Difundir que el estudiar la estigmatización no solo compete su estudio al plano de las ciencias sociales, sino que sería una variable que podría intervenir en el contexto clínico y la relación terapéutica. Se sugieren plantear otras líneas de investigación en el contexto clínico-aplicativo en referencia a la estigmatización.

4. Revisión sobre la presente propuesta referente a la estigmatización, entendiéndola como aquel fenómeno donde se ejercen prácticas evaluativas/ diagnosticadoras donde se aborda desde una perspectiva de contingencias de poder, que no se debe entender solo como interacciones coercitivas o con consecuencias sancionadoras, existen otras como las de facilitación social, donde una figura de autoridad o modelo social influye en el usuario, cliente.
  
5. Promover el debate sobre las ventajas y desventajas del sistema diagnóstico actual, relacionado directamente con la concepción de enfermedad mental. Se propone entender mejor en qué consiste el análisis funcional, no con el fin de cambiar el sistema sanitario sino mejorar las competencias de los profesionales de la salud, cuidadores, familiares en relación a personas diagnosticadas que estén a su cargo.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association. (2014). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta. Enmiendas 2010*. Recuperado de: [http://eticapsicologica.org/wiki/index.php?title=C%C3%B3digo\\_%C3%89tico\\_de\\_la\\_APA](http://eticapsicologica.org/wiki/index.php?title=C%C3%B3digo_%C3%89tico_de_la_APA)
- Angell, B., Cooke, A., y Kovac, K. (2005). *First person accounts of stigma*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Asch, S. (1955). Opinions and social pressure. *Scientific American*, 193(5), 31-35.
- Asociación Canaria de Familiares y personas con enfermedad mental. (2012). *Campaña de sensibilización: Mi enfermedad tiene tratamiento, ¿tu prejuicio tiene cura?* Tenerife: AFIS.
- Bandura, A. y Walters, R. (1983). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza.
- Barlow, D.H. y Durand, V.M. (2003). *Psicopatología*. Madrid: Thompson.
- Baron, A. y Galizio, M. (1983). Instructional control of human operant behavior. *The Psychological Record*, 36, 109-116.
- Bedoya, M. y Schnitter, M. (2010). Las rutas de emergencia de la psicología clínica y sus impertinencias. *Revista de psicología de la Universidad de Antioquía*, 2 (3), 23-39.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Bottaro, L. (2012). El estigma en las relaciones sociales entre “grupos divergentes”. Algunas reflexiones a partir de Norbert Elias y Erving

Goffman. *Investigación y reflexión en Ciencias Sociales*; 9, 1-5.

- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N. y Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the Gamian-Europe Study. *Schizophrenia Research*, 122 (1), 232-238.
- Bueno, R. (2011). Reflexiones acerca del objeto y metas de la Psicología como ciencia natural. *Liberabit*, 17 (1), 37-48. Recuperado en 21 de enero de 2018, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272011000100005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000100005&lng=es&tlng=es)
- Campbell, D. y Stanley, J. (1995). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Castañón, L. y Láez, C. (2009). Psicología y “Neurociencias”: Buscar la llave donde hay luz y no donde se perdió. *Prolepsis*, 3, 60-70.
- Castejón, M. A. (2016, julio 17). Perú: *Proyecto en salud mental comunitaria*. Recuperado de: <https://www.fundacionmanantial.org/atencion-social-peru.php>
- Castro, L. (1990). *Diseño experimental sin estadística: usos y restricciones en su aplicación a las ciencias de la conducta*. México: Trillas.
- Chase, P. N., y Danforth, J. S. (1991). The role of Rules in Concept Formation. En L. J. Hayes y P. N. Chase (Eds.), *Dialogues on Verbal Behavior* (pp. 205-236). Reno, NV: Context Press.
- Coleman, J. (1977). *Psicopatología*. Los grandes modelos teóricos. Buenos Aires: Paidós.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 48-67.
- Cunningham, D.G. (2000). The challenges of diagnosis and continuing patient assessment. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 4 (1),

- Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30 (2), 81-90.
- Duero, D. y Shapoff, V.F. (2009). El conflicto nosológico en psicopatología: notas críticas sobre el diagnóstico psiquiátrico. *Revista CES Psicología*, 2(2), 20-48.
- Duero, D.G. (2013). El diagnóstico psicopatológico: características y supuestos epistemológicos en los que se sustenta. *Revista Colombiana de Psicología*, 22 (1), 91-106.
- Eysenck, H. (1961). The effects of psychotherapy. *Handbook 01 abnormal psychology*. New York: Basic Books.
- Flores, R. (14 de octubre de 2017). Blog de Liceo Contextual. El delgado límite entre la salud y la locura. [Entrada de blog]. Recuperado de <http://liceocontextual.blogspot.pe/2017/03/>
- Goffman, E. (1959). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. Madrid: Amorrortu Editores.
- González, H. y Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales: ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.
- Guerrero, A.P. (2010). *Efectos de un preentrenamiento verbal y pruebas de transferencia en las descripciones poscontacto contingencial en tareas de discriminación condicional*. (Tesis de maestría inédita). Universidad de Guadalajara, México.
- Guimón, J. (2010). Prejudice and realities in stigma. *International Journal of Mental Health*, 39 (3), 20-43.

- Harper, D. (1999). Presidential address: Social psychology of difference: Stigma, spread, and stereotypes in childhood. *Rehabilitation Psychology*, 44 (2), 131-144. doi: 10.1037/0090-5550.44.2.131
- Hayes, S.C. (1986). The case of the silent dog- Verbal reports and the analysis of rules: A review of Ericsson and Simon's protocol analysis: Verbal reports as data. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 45, 351-363.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Ed. McGraw-Hill.
- Hinshaw, S. (2007). *The mark of shame: stigma of mental illness an agenda for change*. New York: Oxford University Press.
- Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía. (1988). *Actitudes de la población andaluza ante los enfermos mentales*. Sevilla: Instituto Andaluz de Salud Mental.
- Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi ([INSM "HD-HN"], 2013). Estudio Epidemiológico de Salud mental en Lima Metropolitana y Callao- Replicación 2012. *Anales de Salud Mental*, 29 (1), 1-397.
- Kantor, J. R. (1922). Can the Psychophysical Experiment Reconcile Introspectionists and Objectivists? *The American Journal of Psychology*, 33, 481-510. <http://dx.doi.org/10.2307/1413546>
- Kantor, J. R. (1922). Can the Psychophysical Experiment Reconcile Introspectionists and Objectivists? *The American Journal of Psychology*, 33, 481-510. <http://dx.doi.org/10.2307/1413546>
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Prentice

Hall.

Keller, F. y Schoenfeld, W. (1975). *Fundamentos de Psicología*. Barcelona: Fontanella.

Kelly, J. (1998). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96-112.

Link, B., Castille, D. y Stuber, J. (2008). Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses. *Social Sciences & Medicine*, 67, 409-419.

Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A. y Pescosolido, B.A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *American Journal of Public Health*. 89 (9), 1328-1333.

López, E. y Costa, M. (2014). *Los problemas psicológicos no son enfermedades*. Madrid: Pirámide.

López, J., Ortiz, T. y López, M. (1999). *Lecciones de psicología médica*. Barcelona: Masson.

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., 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*, 28 (101), 43-83.

Luoma, J.B., Twohig, M.P., Waltz, T., Hayes, S.C., Roget, N., Padilla, M. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, 32, 1331–1346.

- Martínez, H. y Ribes, E. (1996). Interactions of Contingencies and instructional history on conditional discrimination. *The Psychological Record*, 46, 301-318.
- Maza, C.M. (2015). *Estigma experimentado en personas diagnosticadas con esquizofrenia internadas en un hospital psiquiátrico* (Tesis de licenciatura en Psicología Clínica). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Mehta, S. y Farina, A. (1997). Is being 'sick' really better? Effect of the disease view of mental disorder on stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 16, 405-419.
- Ministerio de la Salud (2008). *Informe sobre los servicios de Salud Mental del Subsector Ministerio de Salud del Perú*. Lima: Dirección General de la Salud y Dirección General de Salud Mental.
- Ministerio de Salud. (15 de enero, 2015). *La salud mental se atenderá también en hospitales generales de forma articulada*. [Comunicado de prensa] Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=15983>.
- Moll, S. (2009). *Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana*. (Tesis de Licenciatura en Psicología Clínica). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de: [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/395/MOLL\\_LEON\\_SARAH\\_REPRESENTACIONES\\_SALUD\\_MENTAL.pdf?sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/395/MOLL_LEON_SARAH_REPRESENTACIONES_SALUD_MENTAL.pdf?sequence=1)
- Montgomery, W (20 de julio del 2012). *Conductismo Integrado. ¿Hay Comportamiento "Normal" y "Anormal"?* [Entrada de blog]. Recuperado de: <http://buecon.blogspot.pe/2012/07/hay-comportamiento-normal-y-anormal.html>
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M. y Guillén, A. (2009). *El estigma de la enfermedad mental*. Madrid: Ed. Complutense.

- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Panamericana
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Informe de la comisión al parlamento europeo y al consejo. Dirección general de la comisión europea de salud y protección al consumidor*. Bruselas: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre Salud mental 2013-2020*. Ginebra: OMS.
- Ormart, E., Lima, N., Navés, F. y Pena, F. (2013). Problemas éticos en la experimentación psicológica. Asch, Milgram y Zimbardo en cuestión. *Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte*, 9 (1), 15-32
- Ortiz, G. y Cruz, Y. (2011). El papel de la precisión instruccional y la retroalimentación en la ejecución y descripciones poscontacto. *Revista mexicana de Análisis de la Conducta*, 37(1), 69-87. doi: 10.5514/rmac.v37.i1.24740
- Ortiz, G. y González, V. (2010). Efecto de dos tipos de descripciones precontacto sobre la ejecución Instrumental y descripciones poscontacto en tareas de igualación de la muestra. *Acta Colombiana de Psicología*, 13 (1), 115-126.
- Ortiz, G., González, A., Rosas, M. y Alcaráz, F. (2006). Efectos de la precisión instruccional y la densidad de retroalimentación sobre el seguimiento, la elaboración y transmisión de descripciones en tareas de discriminación

condicional. *Acta Comportamentalia*, 14(2), 103-130.

Ortiz, G., Gonzáles, A. y Rosas, M. (2008). Una taxonomía para el análisis de descripciones pre y post contacto con arreglos contingenciales. *Acta colombiana de Psicología*, 11 (1), 45-53.

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

Palacio, L. (2013). Sobre el concepto de anormalidad. Revista electrónica *Psyconex*, 5 (7) ,1-6.

Páramo, P. (2013). *La Investigación en Ciencias Sociales: Discusiones Epistemológicas*. Universidad Piloto. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/j.ctt18d846w>

Pavlov, I. P. (1929). *Los reflejos condicionados. Lecciones sobre la función de los grandes hemisferios*. Madrid: Morata.

Pérez-Almonacid, R. y Quiroga, L. (2010). *Lenguaje. Una aproximación interconductual*. Bogotá: Corporación Universitaria Iberoamericana.

Pérez-Álvarez, M. (2013). Anatomía de la Psicoterapia: El Diablo no Está en los Detalles. *Clínica Contemporánea*, 4(1), 5-28.

Pérez-Garín, D., Molero, F. y Arjan, E.R. (2015). Internalized mental illness stigma subjective well-being: The mediating role of psychological well-being. *Psychiatry Research*, 228, 325-331.

Polanco, N. Cajigas, I. Rivera, E., Varas, N., Santos, A. y Rosario, E. (2013). Estigma hacia problemas de Salud mental entre profesionales en

adiestramiento en Puerto Rico. *Salud & Sociedad*, 4(3), 250-263.

Pulido, L y Ribes, E. (2014). *Interacciones interindividuales y Conducta social*. Sistema Mexicano de Investigación en Psicología (SMIP). Centro de Estudios e Investigaciones en Conocimiento y Aprendizaje humano-CEICAH: Universidad de Veracruz.

Read, J., Haslam, N., Sayce, y Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is a illness like any other' approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 303-318.

Ribes, E. y Rodríguez, M. E. (1999). "Análisis de la correspondencia entre instrucciones, estímulos, ejecución, descripciones y retroalimentación en la adquisición y transferencia de una discriminación condicional de segundo orden". *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 25, 351-377

Ribes, E. (2000). Instructions, rules and abstraction: a misconstrued relation. *Behavior and Philosophy*, 28, 41-55.

Ribes, E. (2001). Functional dimensions of social behavior: Theoretical considerations and some preliminary data. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 27 (2), 285-306.

Ribes, E. (2018). *El estudio científico de la conducta individual: una introducción a la Teoría de la Psicología*. México: Manual Moderno.

Ribes, E. y Lopez, F. (1985). *Teoría de la conducta: Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.

Ribes, E. Y Pérez-Almonacid, R. (2011). La función lógica del concepto de medio de contacto. *Acta Comportamentalía*, 20 (2), 235-249

- Ribes, E., Ontiveros, S., Torres, C., Calderón, G., Carvajal, J., Martínez, C., y Vargas, I. (2004). La igualación de la muestra como selección de los estímulos de segundo orden: efectos de dos procedimientos. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 31, 1-22.
- Ribes, E., Rangel, N., y López, F. (2008). Análisis teórico de las dimensiones funcionales del comportamiento social. *Revista Mexicana de Psicología*, 25 (1), 45-57
- Rivera, A.M. (2014). Conceptos de anormalidad y normalidad en el ejercicio de la psicología clínica. *Psyconex*, 6(9), 1-10.
- Ruíz, F. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Sanmartín, F. (mayo 2013). El sinsentido de los diagnósticos psiquiátricos: el experimento Rosenhan. *DSalud*. Recuperado de <https://www.dsalud.com/reportaje/el-sinsentido-de-los-diagnosticos-psiquiatricos-el-experimento-roshenhan/>
- Sarason, I.G. y Sarason, B.R. (2006). *Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada* (11ª Ed.). Madrid: Prentice-Hall.
- Serrano, M., López, A. y García, G. (2006). Diferencias entre estímulos selectores discriminantes en igualación de la muestra con humanos. *Psicología y Ciencia social*, 8 (1) 33-42.
- Silva, H., Guerrero, J., y Avila, A. (2017). Retroalimentación ante variaciones en la probabilidad del desempeño efectivo: Un estudio de sus efectos. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 2(2), 188-197. doi:<http://dx.doi.org/10.22402/j.rdiipycs.unam.2.2.2016.75.188-197>
- Skinner, B. F. (1953). *Ciencia y conducta humana*. México D.F: Trillas.

Skinner, B.F. (1979). *Contingencias de reforzamiento. Un análisis teórico*. México D.F.: Trillas.

Skinner, B.F. (1981). *Conducta verbal*. México D.F.: Trillas.

Torres, A. y López, F. (2004). Discriminación condicional de la propia conducta, verbalización de contingencias y relaciones condicionales emergentes. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 30 (2), 139-162

Vallejo, J. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Madrid: Elsevier Masson.

Varela, J. y Quintana, C. (1995). Transferencia del comportamiento inteligente. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 21, 47-66.

Vázquez, C. (1990). *El concepto de conducta anormal*. Madrid: McGraw-Hill.

# **ANEXOS**

## Anexo 1. Formato de participación voluntaria.

Universidad Nacional Federico Villarreal  
Facultad de Psicología

### AUTORIZACIÓN Y PARÁMETROS PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN

La Bachiller de Psicología Flower Caycho Salazar, a cargo de esta investigación, agradece contar con su valiosa participación, para la cual le pedimos tenga en cuenta lo siguiente:

- Su participación en el proyecto tendrá una duración aproximada de 15-25 minutos en una única sesión.
- Durante la sesión usted deberá ejecutar un programa en un computador y responder a algunas preguntas de acuerdo a las indicaciones del investigador.
- Estos minutos de la sesión requieren que usted permanezca en el mismo lugar. El investigador le hará saber en qué momento finaliza su participación en el estudio.
- Ninguna de las actividades contempladas en el estudio implica algún tipo de riesgo o alguna molestia física o psicológica a corto o largo plazo.
- En el momento previo al inicio de la sesión se le pedirá que responda a una encuesta cuyo objetivo es la recolección de algunos datos adicionales que son relevantes para la investigación. La información obtenida en dicha encuesta o en cualquier momento durante su participación en la investigación será confidencial y no tendrá un uso secundario o ajeno a la misma.
- Este estudio fue diseñado para investigar el modo en el que la gente aprende ciertas cosas. Con esto no se busca evaluar personalidad, inteligencia o memoria. La tarea que debe realizar implica interactuar con un grupo de figuras haciendo clic sobre ellas de acuerdo a lo que la pantalla del computador le indique. Además debe responder una serie de preguntas que el investigador le hará en el transcurso de la tarea. Sus respuestas serán grabadas en el computador con el fin de facilitar la recolección de la información. Cualquier pregunta que tenga sobre la tarea se le responderá en el momento oportuno. Usted podrá tener acceso a los resultados de su participación en esta investigación una vez esta finalice. Los resultados le serán enviados por correo junto con una explicación más detallada sobre las razones del estudio.

• Usted podrá retirarse del estudio en el momento en el que desee hacerlo, informando previamente al investigador encargado. A continuación se enumeran los casos en los que el investigador puede dar por terminada su participación en el estudio:

- Divulgación de información concerniente a los procedimientos utilizados, durante el tiempo de realización del estudio, a cualquier otro participante.
- Presentar comportamientos que atenten contra los bienes o las personas involucradas con el estudio y/o la universidad
- Por no realizar alguna de las tareas solicitadas.

Yo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ identificado con D.N.I \_\_\_\_\_ estudiante del ciclo  
\_\_\_\_\_ de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional  
Federico Villarreal, declaro que participo voluntariamente en la investigación, que  
he leído y comprendido la información señalada en este formato de consentimiento  
y que estoy de acuerdo con las condiciones establecidas en el mismo. En  
constancia se firma a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del  
año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PARTICIPANTE  
DNI

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INVESTIGADOR  
DNI



### ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: CONTROL INSTRUCCIONAL SOBRE LA ESTIGMATIZACIÓN DURANTE UNA TAREA DISCRIMINACIÓN  
CONDICIONAL EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGIA DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE LIMA METROPOLITANA

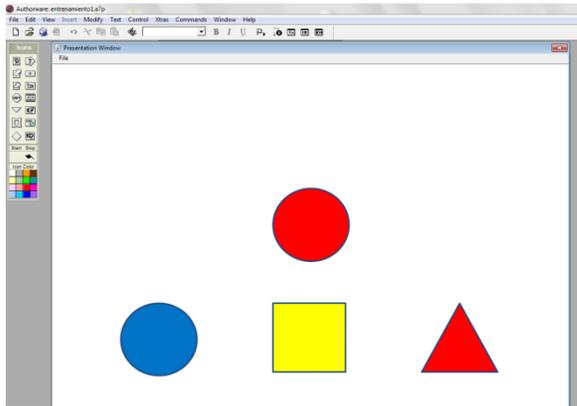
PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	ANÁLISIS DE DATOS
¿Cuál es el efecto del control instruccional sobre estigmatización durante una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad pública de Lima metropolitana?	Determinar el efecto del control instruccional sobre la estigmatización durante una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad pública de Lima metropolitana.	El control instruccional tiene efecto sobre la estigmatización durante una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad pública de Lima metropolitana.	Descriptivo: Frecuencia y Porcentaje  Inferencial: Comparación de medias no relacionadas
PROBLEMAS SECUNDARIOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPÓTESIS ESPECIFICAS	
¿Cuál es el efecto de la instrucción específica y pertinente sobre la estigmatización durante una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad pública de Lima metropolitana?	Determinar el efecto de la instrucción específica y pertinente sobre la conducta estigmatizadora durante una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad pública de Lima metropolitana.	La instrucción específica y pertinente tiene efecto sobre la estigmatización durante una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad pública de Lima metropolitana.	Descriptivo: Frecuencia y Porcentaje  Inferencial: Comparación de medias relacionadas.
¿Cuál es el efecto de la instrucción genérica y pertinente sobre la estigmatización durante una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad pública de Lima metropolitana?	Determinar el efecto de la instrucción genérica y pertinente sobre la estigmatización en una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad pública de Lima metropolitana.	La instrucción genérica y pertinente tiene efecto sobre la estigmatización durante una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad pública de Lima metropolitana.	Descriptivo: Frecuencia y Porcentaje  Inferencial:  Comparación de medias relacionadas

<p>¿Existen diferencias entre las instrucciones genérica y pertinente con las instrucciones específica y pertinente sobre la estigmatización en una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad pública de Lima metropolitana?</p>	<p>Comparar el efecto de la instrucción genérica y pertinente con la instrucción específica y pertinente sobre la estigmatización en una tarea de discriminación condicional en estudiantes de una universidad pública de Lima metropolitana.</p>	<p>Existen diferencias entre el efecto de la instrucción genérica y pertinente con las instrucciones específica y pertinente sobre la estigmatización en una tarea de discriminación condicional en estudiantes de Psicología de una universidad pública de Lima metropolitana.</p>	<p>Descriptivo: Frecuencia y Porcentaje</p> <p>Inferencial:</p> <p>Comparación de medias no relacionadas.</p>
--	---	---	---

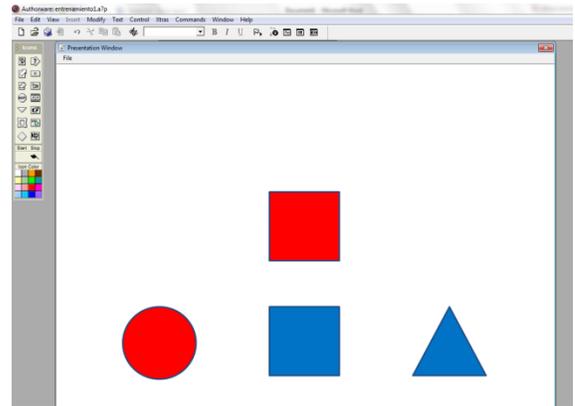
<p><b>VARIABLES DE INVESTIGACIÓN:</b></p> <p><b>A1) Variable Independiente:</b></p> <p><b>Control instruccional:</b> Se define como la forma verbal de dar una indicación resaltando algunas características definitorias de la situación a la cual se enfrentará el sujeto experimental. Se tomará dos categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrucción genérica y pertinente</li> <li>• Instrucción específica y pertinente</li> </ul> <p><b>A2) Variable Dependiente:</b></p> <p><b>Estigmatización:</b> Es la no correspondencia entre la evaluación al desempeño (el número de aciertos) del sujeto confederado, estimada por el sujeto experimental y el desempeño real del sujeto confederado.</p>	<p><b>Participantes:</b></p> <p>La muestra estuvo conformada por 30 estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, entre varones y mujeres, 10 y 20, respectivamente, que cursaban diferentes semestres académicos (de tercer al sexto año); asimismo, las edades oscilaron entre 18 y 35 años de edad, con previa aceptación a participar voluntariamente.</p> <p><b>Técnicas e instrumento de recolección de datos:</b></p> <p>Se utilizaron 2 computadoras portátiles Corel Dúo, con el programa Authorware 7.0 y como dispositivos de entrada (respuesta): mouse y teclado. Las computadoras se usaron para emplear un procedimiento general de discriminación condicional o igualación de la muestra de primer orden (IMPO).</p> <p><b>Procedimiento:</b></p> <p>El procedimiento para todos los grupos se llevó a cabo bajo tres fases, siendo la primera referida a la ejecución de una tarea de igualación a la muestra o Línea Base, junto a una descripción del desempeño del confederado (Fase A), la segunda fase o fase B (en el cual se le brindó un tipo de instrucción de acuerdo al grupo experimental al que pertenecía) y finalmente la tercera, o última fase (fase C) realizó una ejecución de una tarea de discriminación condicional y en donde el sujeto experimental describió el desempeño del confederado.</p>
---	---

# ANEXO 4: ENSAYOS DE IGUALACIÓN A LA MUESTRA DE PRIMER ORDEN (IMPO)

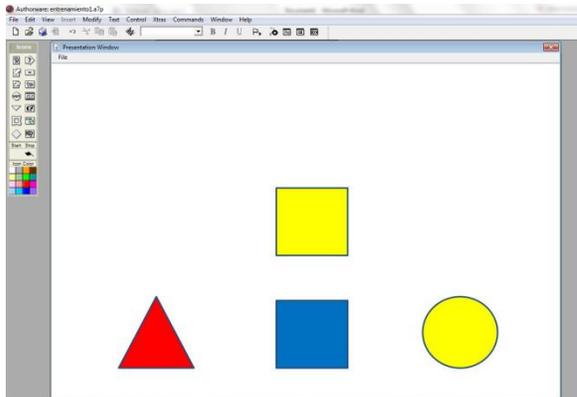
Ensayo 1



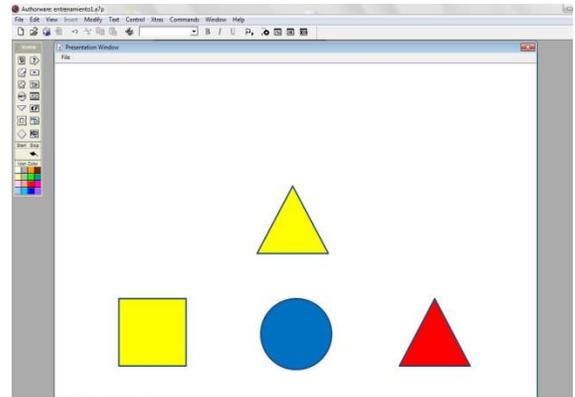
Ensayo 2



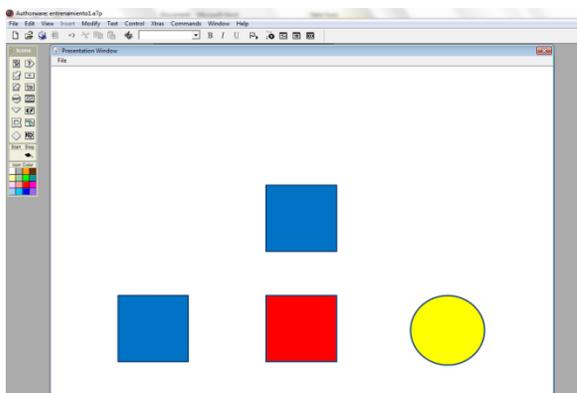
Ensayo 3



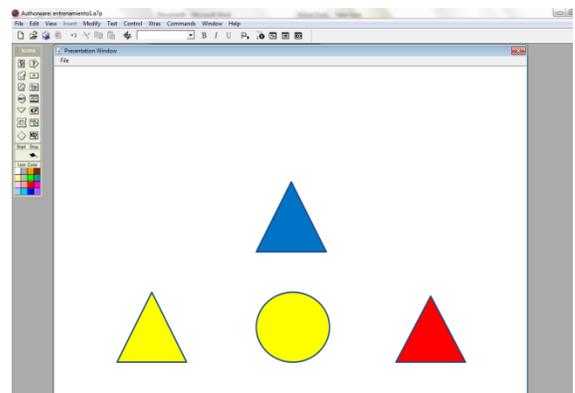
Ensayo 4



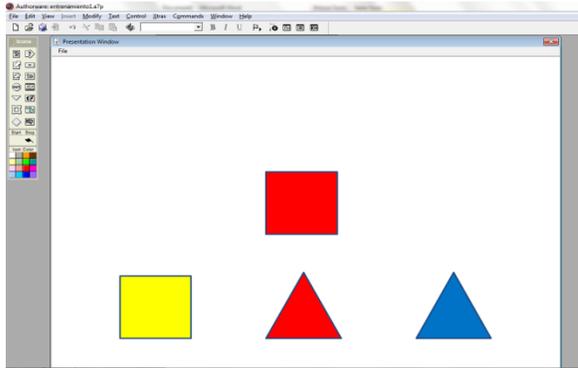
Ensayo 5



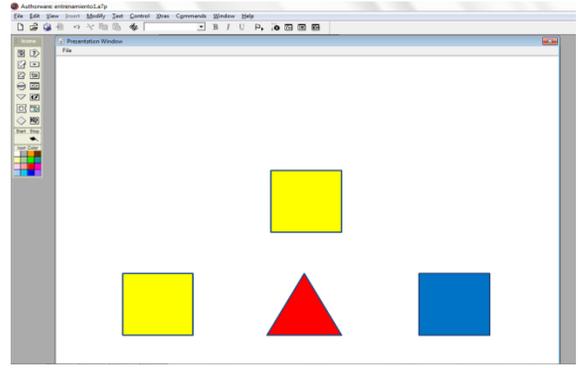
Ensayo 6



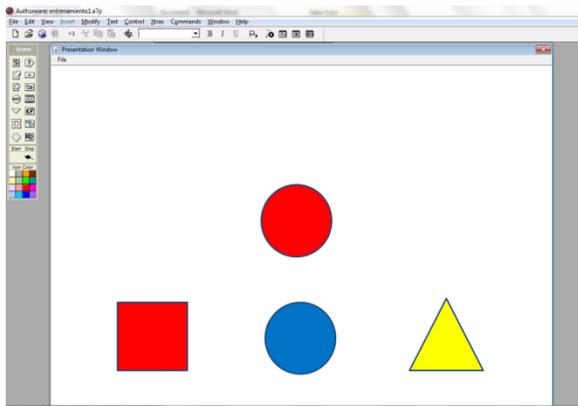
### Ensayo 7



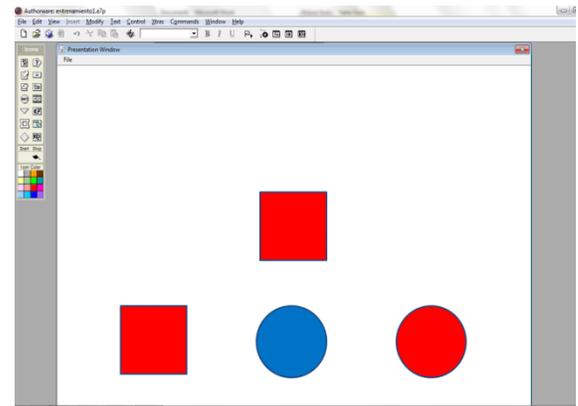
### Ensayo 8



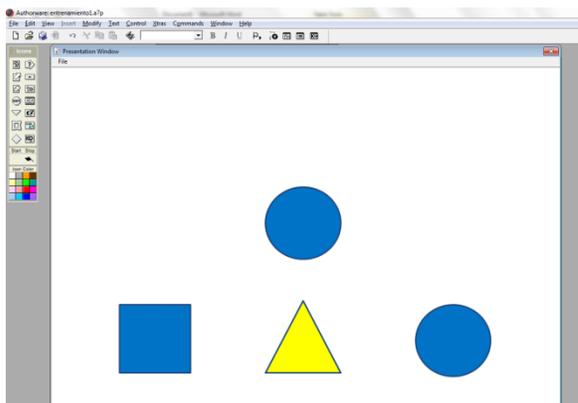
### Ensayo 9



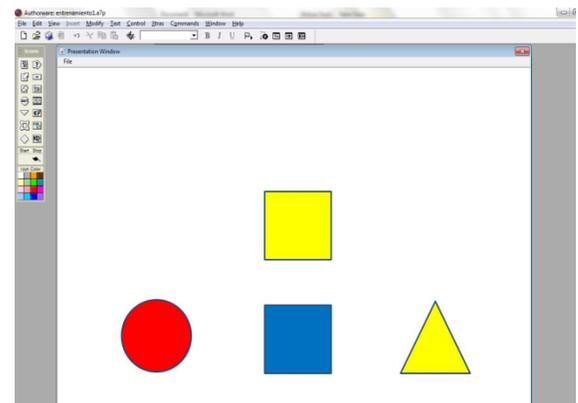
### Ensayo 10



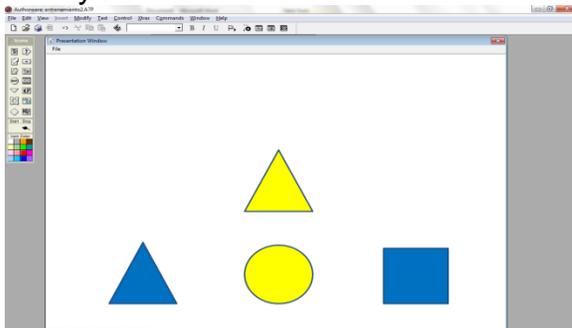
### Ensayo 11



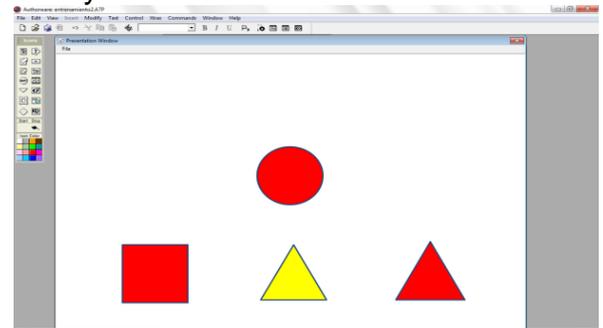
### Ensayo 12



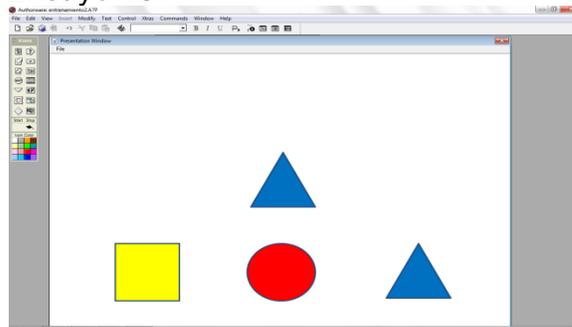
### Ensayo 13



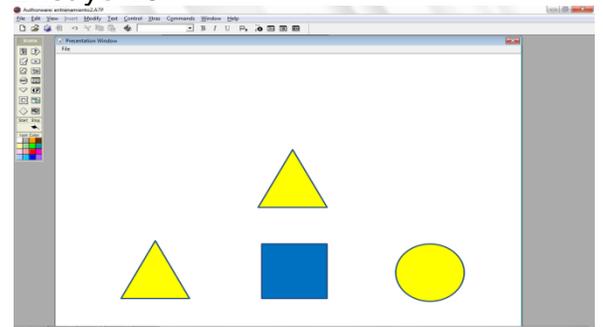
### Ensayo 14



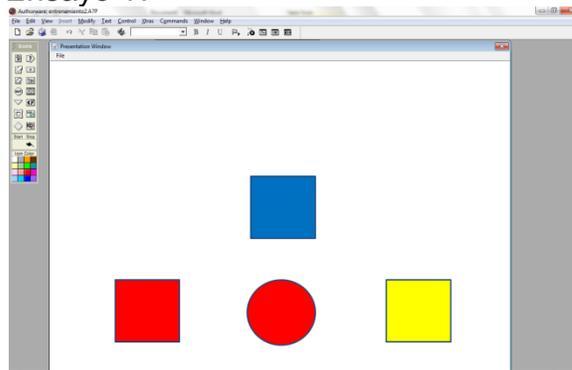
### Ensayo 15



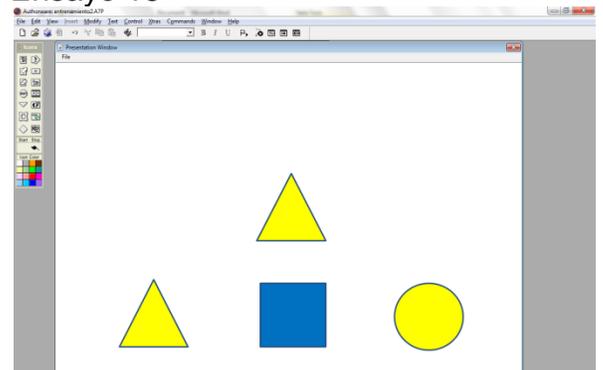
### Ensayo 16



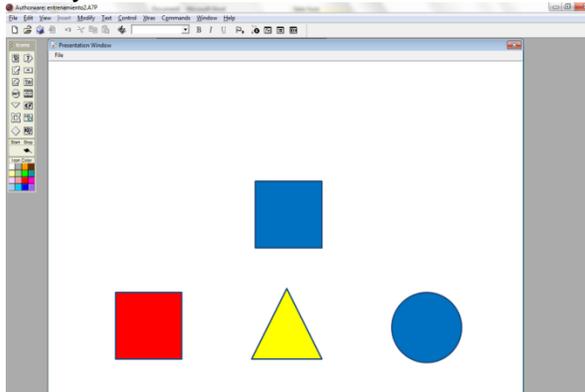
### Ensayo 17



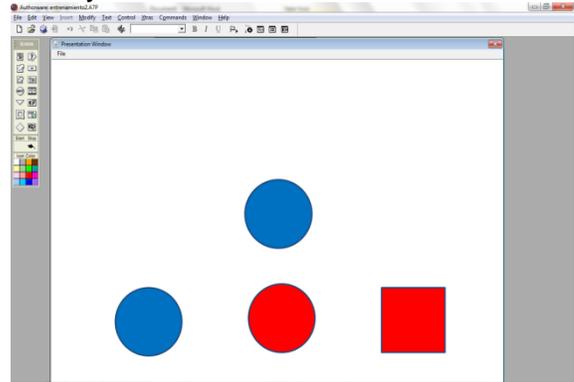
### Ensayo 18



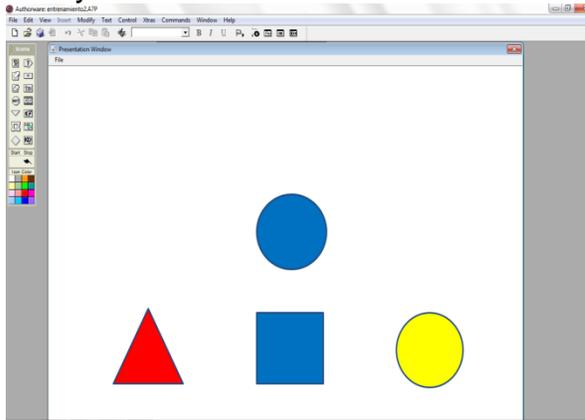
### Ensayo 19



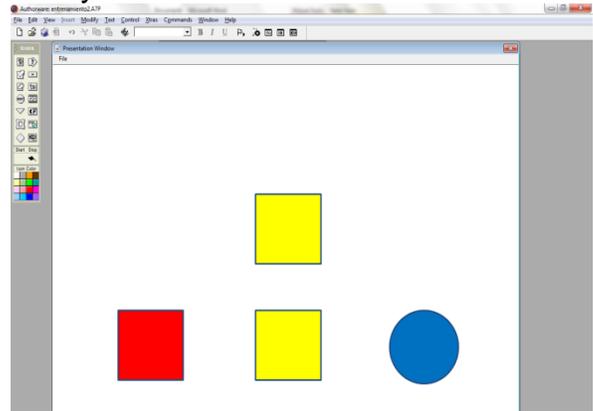
### Ensayo 20



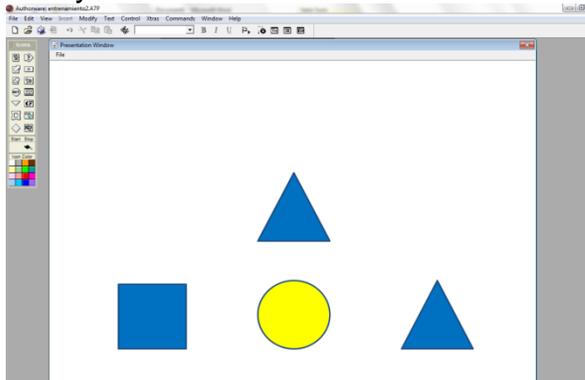
### Ensayo 21



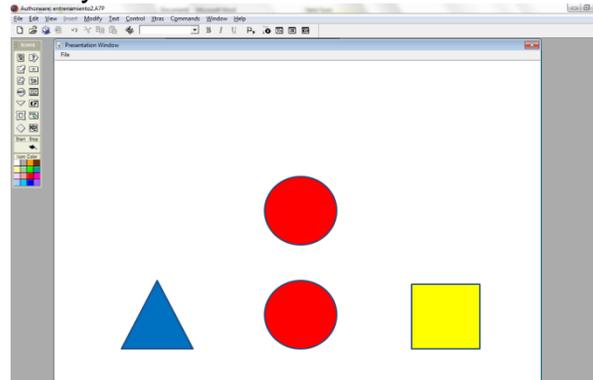
### Ensayo 22



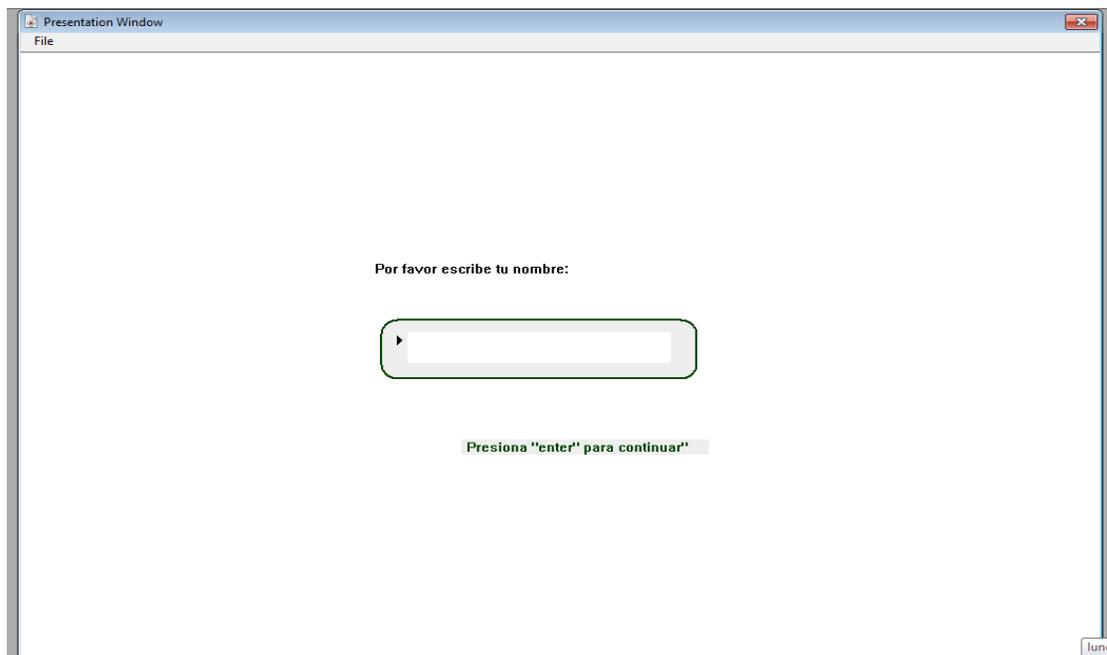
### Ensayo 23



### Ensayo 24



## ANEXO 5: LÁMINA INICIAL PARA INGRESAR LOS DATOS DEL PARTICIPANTE



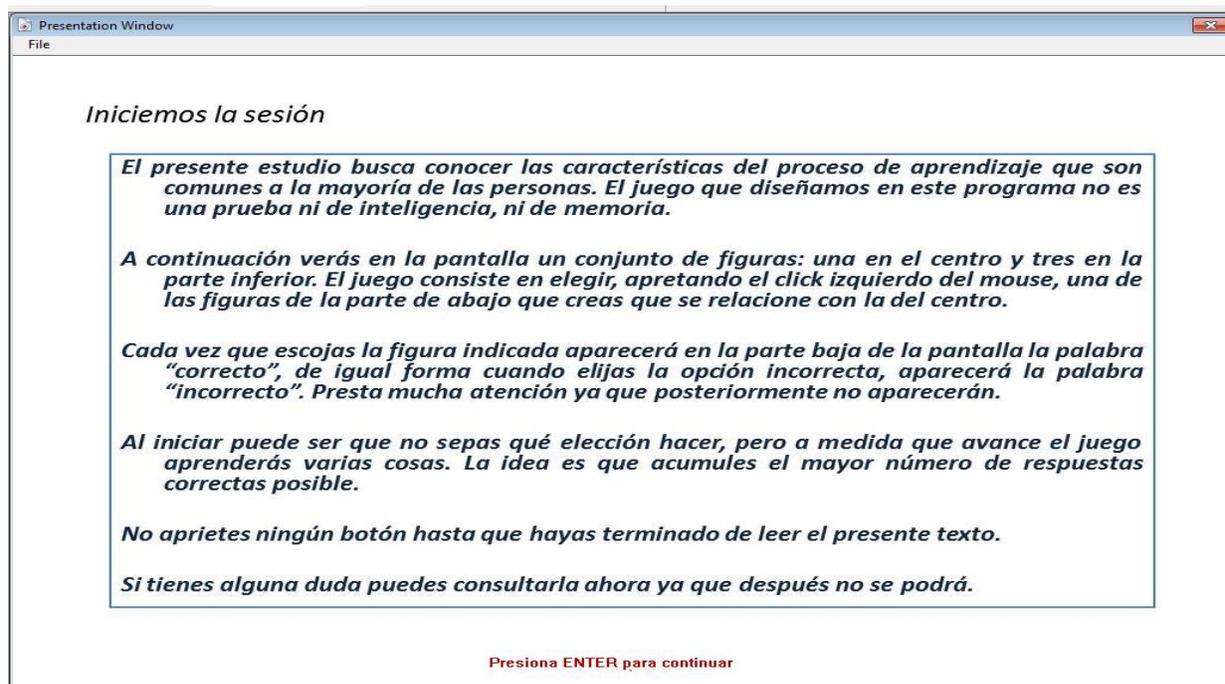
A screenshot of a presentation window titled "Presentation Window" with a "File" menu. The window contains the following text and elements:

- Text: "Por favor escribe tu nombre:"
- A text input field with a cursor on the left.
- Text: "Presiona 'enter' para continuar"
- A small "Jura" button in the bottom right corner.

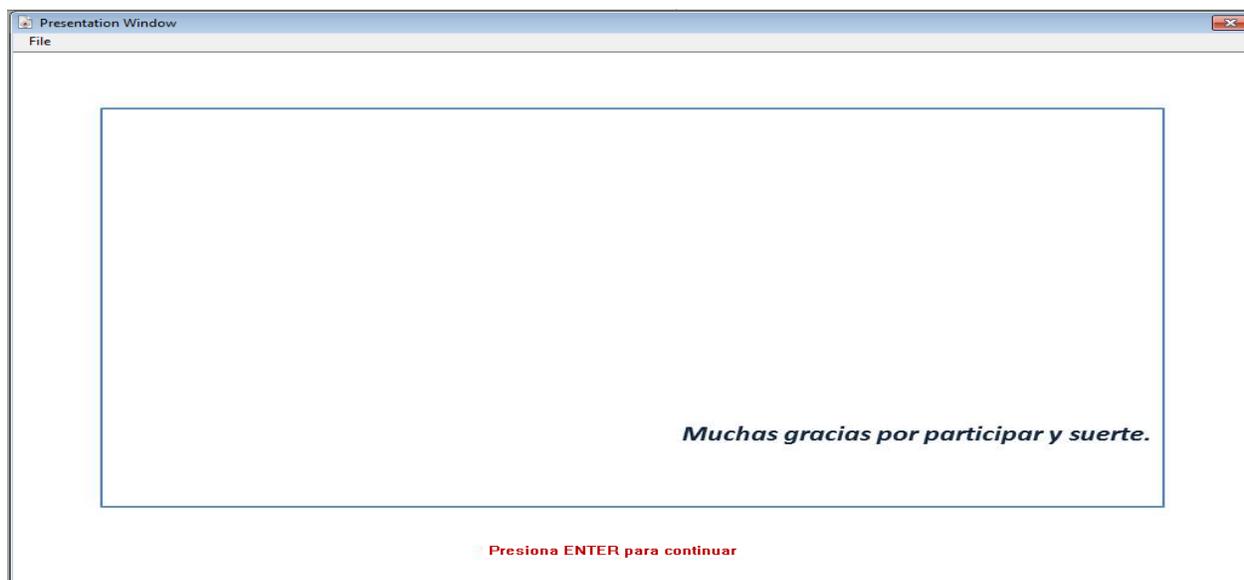
## ANEXO: 6: LÁMINA DE BIENVENIDA DEL SOFTWARE



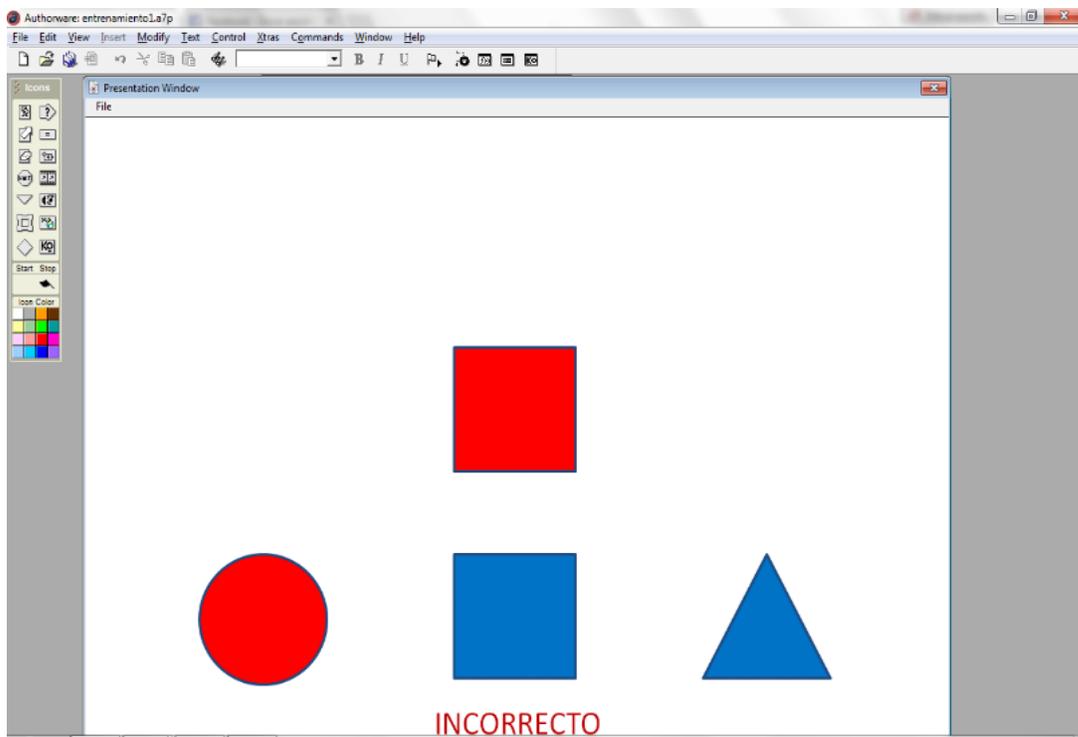
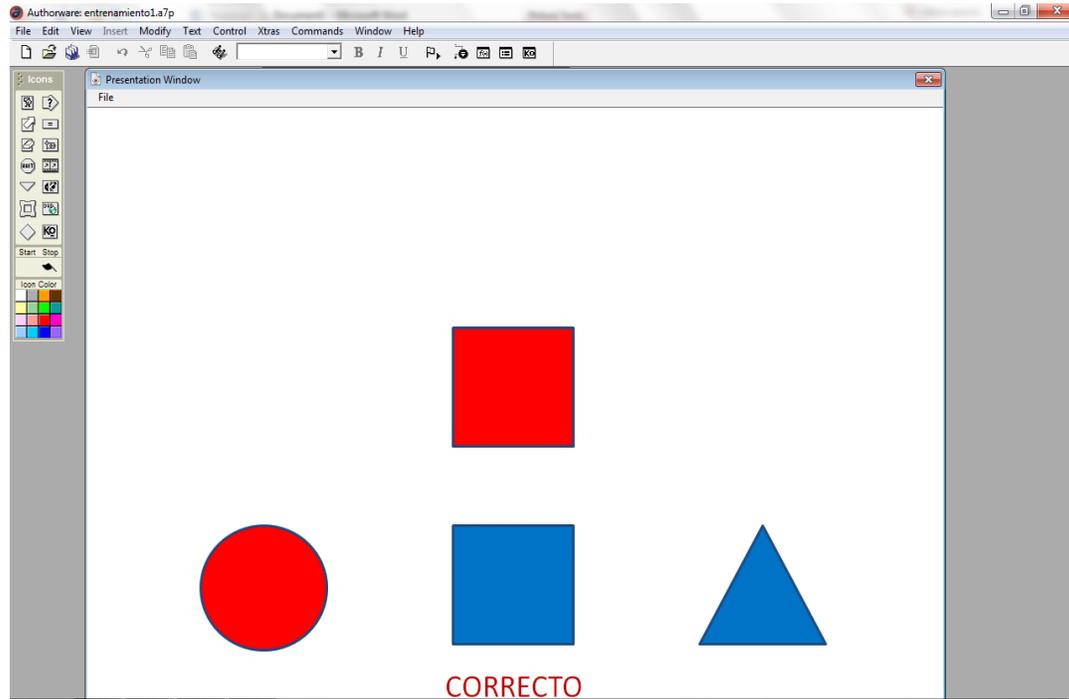
## ANEXO 7: CAPTURA DE PANTALLA CON LAS INSTRUCCIONES PARA LA PRIMERA FASE



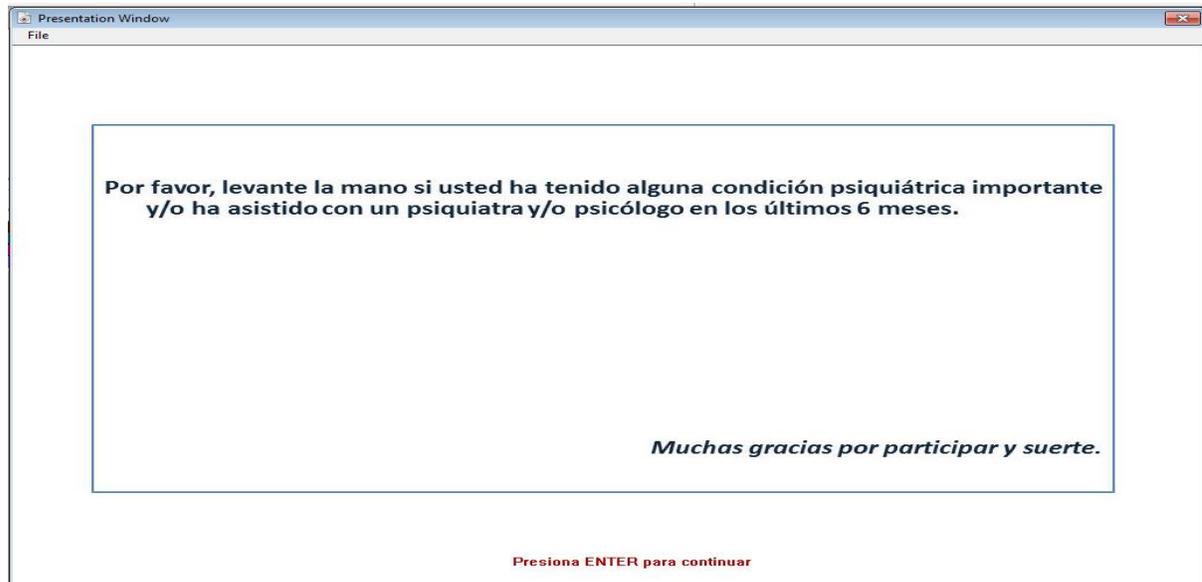
## ANEXO 8: CAPTURA DE PANTALLA CON MENSAJE PROTOCOLAR HACIA LOS PARTICIPANTES



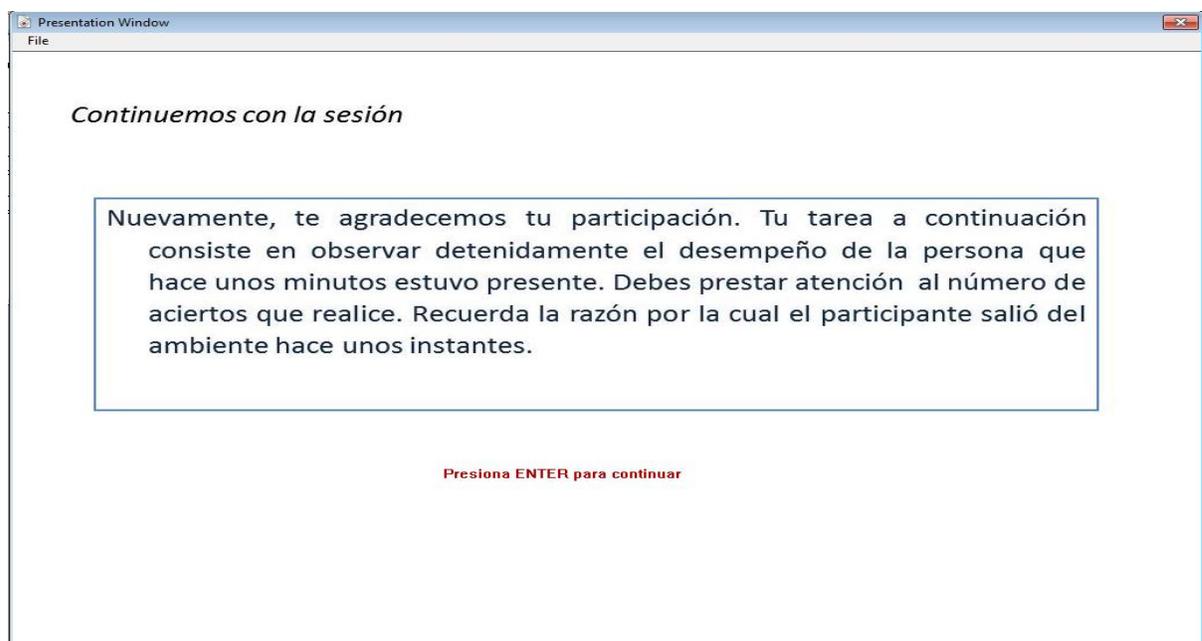
## ANEXO 9: CAPTURA DE PANTALLA DE UN ENSAYO DE IMPO CON RETROALIMENTACION



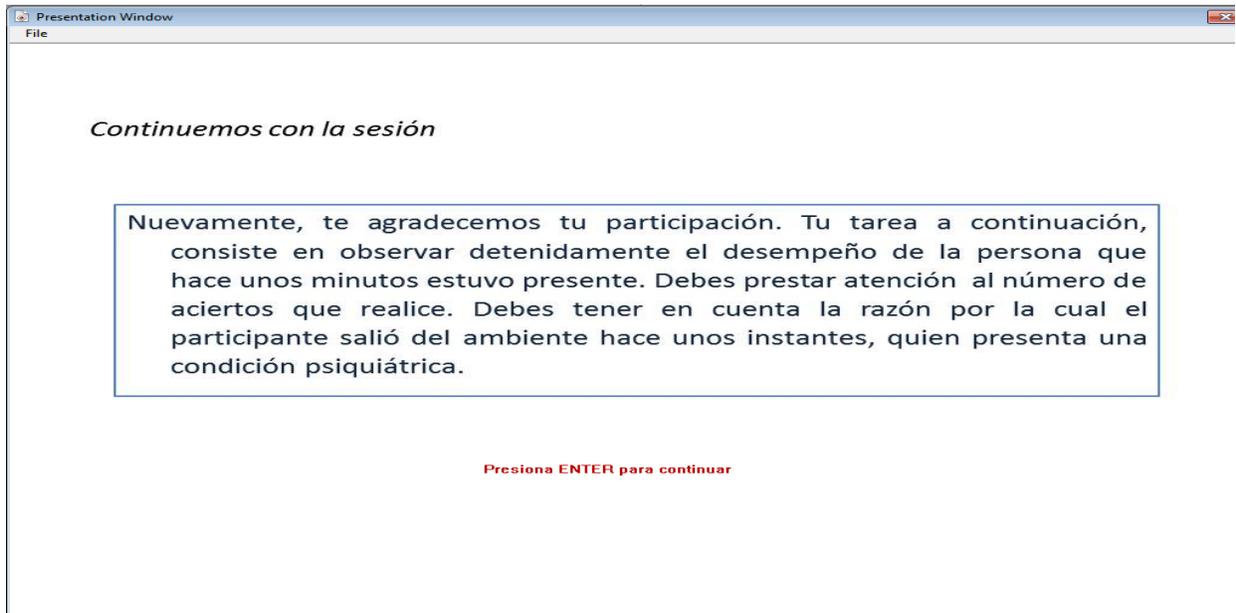
## ANEXO 10: CAPTURA DE PANTALLA CON LA PRESENTACIÓN DEL MENSAJE QUE CONTIENE LA INDICACIÓN DE ESTIGMATIZACIÓN



## ANEXO 11: LÁMINA CON LA INSTRUCCIÓN PARA EL GRUPO GENÉRICO PERTINENTE



## ANEXO 12: LÁMINA CON LA INSTRUCCIÓN PARA EL GRUPO ESPECÍFICO PERTINENTE



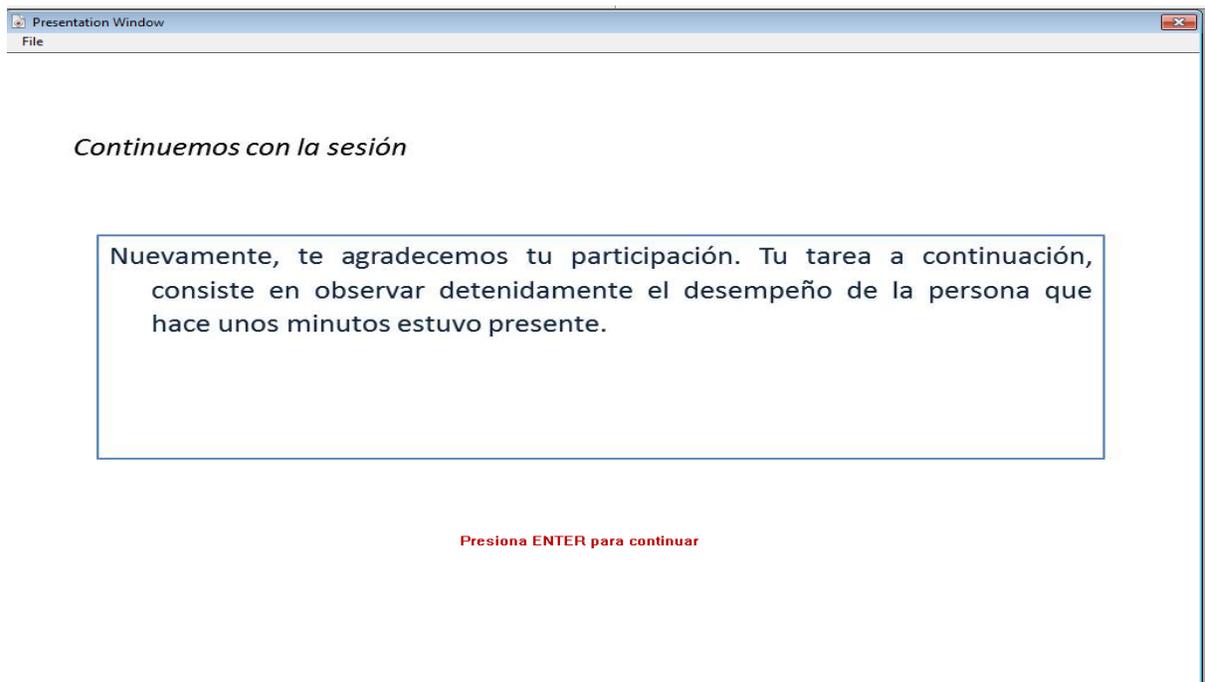
Presentation Window  
File

*Continuemos con la sesión*

Nuevamente, te agradecemos tu participación. Tu tarea a continuación, consiste en observar detenidamente el desempeño de la persona que hace unos minutos estuvo presente. Debes prestar atención al número de aciertos que realice. Debes tener en cuenta la razón por la cual el participante salió del ambiente hace unos instantes, quien presenta una condición psiquiátrica.

Presiona ENTER para continuar

## ANEXO 13: LÁMINA CON LA INSTRUCCIÓN PARA EL GRUPO CONTROL



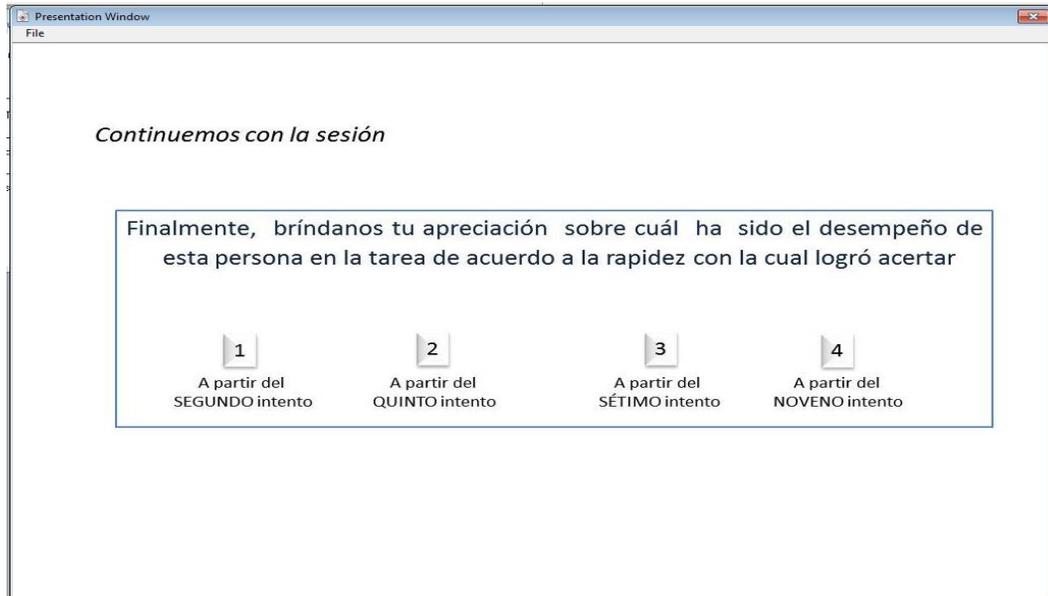
Presentation Window  
File

*Continuemos con la sesión*

Nuevamente, te agradecemos tu participación. Tu tarea a continuación, consiste en observar detenidamente el desempeño de la persona que hace unos minutos estuvo presente.

Presiona ENTER para continuar

## ANEXO 14: LÁMINA CON LA PRESENTACIÓN DE LOS BAREMOS PARA CALIFICAR EL DESEMPEÑO DEL SUJETO ENCUBIERTO



Presentation Window

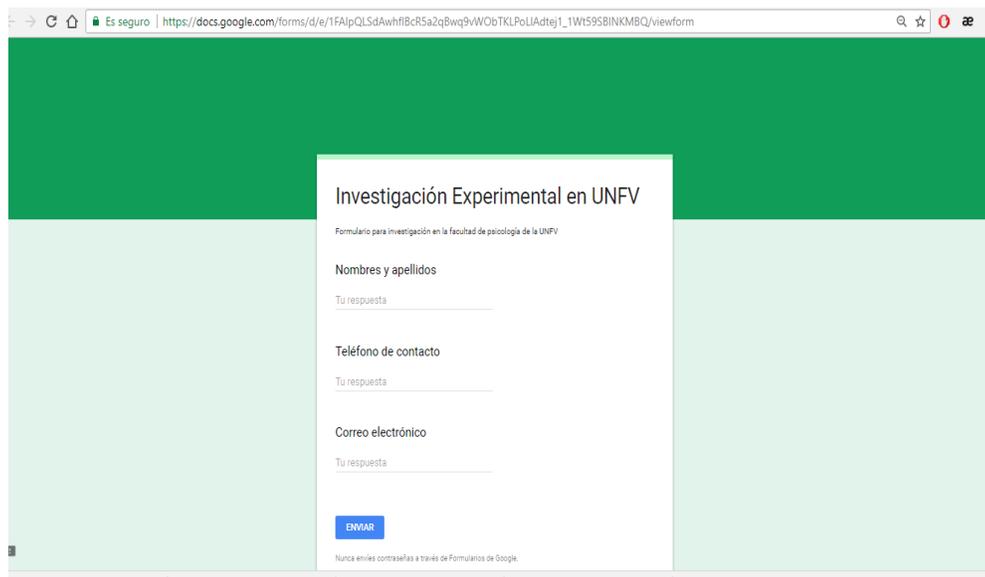
File

*Continuemos con la sesión*

Finalmente, bríndanos tu apreciación sobre cuál ha sido el desempeño de esta persona en la tarea de acuerdo a la rapidez con la cual logró acertar

1	2	3	4
A partir del SEGUNDO intento	A partir del QUINTO intento	A partir del SÉTIMO intento	A partir del NOVENO intento

## ANEXO 15: FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN



Es seguro | [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdAwhfBcR5a2qBwq9vWObTKLPoLIAAdtej\\_1TW59SBINKMBQ/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdAwhfBcR5a2qBwq9vWObTKLPoLIAAdtej_1TW59SBINKMBQ/viewform)

### Investigación Experimental en UNFV

Formulario para investigación en la facultad de psicología de la UNFV

**Nombres y apellidos**  
Tu respuesta

**Teléfono de contacto**  
Tu respuesta

**Correo electrónico**  
Tu respuesta

**ENVIAR**

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

## ANEXO 16: FOTOGRAFÍAS

