

Efecto diferencial de la etiqueta diagnóstica autista en la intervención con niños

Adrián Barbero Rubio*,

Madrid Institute of Contextual Psychology (MICPSY); Universidad de Almería, España

Francisco J. Molina Cobos, Nikolett Eisenbeck, Juan C. López

Universidad de Almería, España

ABSTRACT

Differential Effect of Autistic Label in Intervention with Children. The aim of this study is to analyze whether the label autistic (considering both the low performance and exceptional performance labels) influences the behavior of nine psychology students when teaching tasks to children with this diagnosis. The presence of various children who had to learn to perform a color discrimination task and a visual-motor task was simulated during the experiment. The participants observed the behavior of the imaginary children and could provide contingencies of reinforcement and response cost to them. Two experimental phases were established in which participants had to teach different children: an autistic child, a child without developmental problems, an autistic child who was exceptionally skilled in the tasks and a child without developmental problems who was unskilled in the tasks. The participants were informed of the characteristics of the children prior to the tasks. Results show significant differences in the participants' response patterns depending on the experimental conditions and tasks. The influence of the autistic label is discussed in terms of the participants' behavior.

Key words: autism; diagnostic label; psychological diagnosis; stigmatization.

How to cite: Barbero-Rubio A, Molina-Cobos FJ, Eisenbeck N, & López JC (2016). Efecto diferencial de la etiqueta autista en la intervención de niños [Differential effect of autistic label in intervention with children]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16, 281-293.

Novedad y relevancia

¿Qué se sabe sobre el tema?

- Se ha señalado el efecto estigmatizante y las consecuencias perniciosas del uso de etiquetas diagnósticas.
- A nivel experimental, pocos estudios han tratado de arrojar luz sobre los efectos de la utilización de etiquetas diagnósticas en las reacciones de las personas que rodean a los niños así diagnosticados.

¿Qué añade este artículo?

- Evidencia experimental del impacto que tiene el uso de la etiqueta diagnóstica autista en la intervención con niños.
- Una actualización y ampliación del tema, planteando una situación experimental con tareas diferenciadas en el grado de dificultad para delimitar respuestas correctas e incorrectas por parte de los entrenadores-participantes, y la incorporación de un análisis de la influencia de la etiqueta autista en su acepción de rendimiento excepcional.

Los sistemas de clasificación y diagnóstico de las alteraciones psicológicas utilizados en el ámbito de la psicología clínica infantil han sido ampliamente criticados. Aunque son numerosos los problemas y limitaciones de estos sistemas, las principales críticas han sido de carácter práctico. Se ha señalado el efecto estigmatizante del uso de etiquetas diagnósticas como una de sus principales limitaciones (e.g. Bijou, 1976; Fernández y Luciano, 1997; Herbert, 1991; Houghughy, 1992; Pérez Álvarez, 1999;

* Dirigir correspondencia a: Dr. Adrián Barbero Rubio, MICPSY, c/ Núñez de Balboa 114, 28006, Madrid, España; Departamento de Psicología, Universidad de Almería, 04120 Almería. España. Email: abr-88@hotmail.com.

Rosenhan, 1973; Schwartz y Johnson 1981; Velázquez, Macías, Arias y Ortiz, 2001; Wicks-Nelson e Israel, 1984). Este efecto estigmatizante ha sido tratado en numerosos estudios, centrados en destacar las consecuencias perniciosas sufridas por quienes reciben una etiqueta diagnóstica. Con niños, este uso se ha asociado con atribuciones de los fracasos siguiendo un locus de control interno (McMilian, 1969; Weisz, 1979) y, en general, con el desarrollo de cuadros depresivos, incremento de la ansiedad, aislamiento, deterioro en el desempeño social, disminución de la autoestima, menores oportunidades de empleo y vivienda digna, así como con el padecimiento de estrés crónico (Depla, De Graaf, Van Weeghel, y Heeren, 2005; Link y Phelan, 2006; Mayville y Penn, 1998). Además, el estigma supone un obstáculo en la búsqueda de tratamiento especializado y en la adherencia al mismo (Flores, Medina, Robles y Páez, 2012; Sartorius y Schulze, 2005), lo que resulta de especial relevancia a nivel clínico.

Por otro lado, ciertos estudios han tratado de dilucidar los efectos de la utilización de las etiquetas diagnósticas en las personas encargadas del tratamiento. Destacan los estudios centrados en el efecto del uso de etiquetas diagnósticas en el contexto social que rodea a las personas etiquetadas (e.g. Angermeyer y Matschinger, 2003; Corrigan, 2002; Page, 1980, 1996), en los clínicos que tratan al etiquetado (e. g. Fryer y Cohen, 1988; Gallop, Lancee y Garfinkel, 1989; Sartorius, 2002), en las actitudes y expectativas de los profesores (e.g. Caruso y Hodapp, 1988; Weisz, 1981; Taylor, Smiley y Ziegler, 1983; Rolison y Medway, 1985) y en las atribuciones causales que éstos tienen en clase ante el rendimiento de los niños en tareas idénticas (e.g. Gibbson, Sawin y Gibbson, 1979). En este sentido, asignar una etiqueta diagnóstica a un niño (en vez de a su conducta) puede funcionar como una profecía que termina por cumplirse, ya que acaba afectando a la forma en la que profesores, compañeros y familiares interactúan con él (ver Vilardaga, 2012, para un análisis detallado de este fenómeno como producto verbal desde las recientes aportaciones al estudio del lenguaje y cognición humana).

La mayor parte de los estudios centrados en esta temática, aportan información referida a las diferencias o cambios en atribuciones causales, percepciones, expectativas y actitudes que pudieran tener tanto la persona que recibe la etiqueta como quienes tratan con ella, limitándose a presentar datos de corte descriptivo sostenidos por metodologías de tipo correlacional (para una revisión detallada ver Gómez, Molina y Zaldívar, 2005). En el plano experimental, una de las escasas referencias que han tratado de arrojar luz sobre los efectos de la utilización de etiquetas diagnóstica en las reacciones de las personas que rodean a los niños así diagnosticados es el estudio de Eikeseth y Lovaas (1992). Si bien éste es un estudio centrado en el análisis del uso de una etiqueta concreta (autista), resulta de especial relevancia en tanto que de las interacciones instructor-niño dependerá un desarrollo adaptativo de este último (e.g. Siller y Sigman, 2002), pudiendo servir además como paradigma del fenómeno estudiado. Eikeseth y Lovaas (1992) encontraron efectos diferenciales en el tratamiento de niños cuando se les aplicaban las etiquetas autista o normal. Veinte estudiantes debían enseñar a realizar correctamente una tarea a niños ficticios. Esto es, los niños no existían sino que se simulaba su presencia en el laboratorio. Para la realización del estudio se dispuso de una sala dividida en dos compartimentos. En uno de ellos se situaban los estudiantes participantes en el estudio y los experimentadores simulaban que en el otro compartimento unos niños intentaban

resolver una tarea. Los participantes debían enseñar a los niños, mediante correcciones y alabanzas verbales y contingencias tangibles, a lanzar una bola de un color determinado por el tubo que terminaba en una bandeja del mismo color que la bola. Cada estudiante participaba en dos condiciones (niño autista vs niño normal) y los experimentadores que hacían de niños en la sala contigua lanzaban las bolas de una forma preestablecida para cada condición, incrementando progresivamente el porcentaje de ensayos correctos. Los resultados mostraron que los participantes presentaron cuatro veces más reforzamiento verbal y tangible y menos correcciones verbales en los ensayos incorrectos de la condición niño autista, sin que se encontraran diferencias con los ensayos correctos. Los autores sugirieron que estos resultados podrían interpretarse como un intento de ofrecer más ayuda y apoyo por parte de los estudiantes a los niños autistas, lo que con un niño real podría resultar contraproducente.

En el estudio que se describe a continuación se plantearon tres objetivos. En primer lugar, y a modo de actualización del estudio de Eikeseth y Lovaas (1992), comprobar si la etiqueta autista, en su acepción de bajo rendimiento, influye en la actuación de estudiantes de Psicología cuando enseñan una tarea a niños con ese diagnóstico frente a niños sin diagnóstico. El segundo objetivo supuso comprobar la influencia de la etiqueta autista, en su acepción de rendimiento excepcional, en la actuación de los estudiantes, tratando de examinar el efecto que pudiera tener el diagnóstico en el trato de terapeutas a niños autistas con cualidades extraordinarias. Finalmente, como tercer objetivo, se analizó el efecto del tipo de tarea que los estudiantes deben enseñar a los niños, por lo que se planteó una situación experimental más flexible que la descrita en el estudio de Eikeseth y Lovaas (1992); esto es, mediante la disposición de tareas con diferente grado de dificultad -entendida ésta como la delimitación específica de las respuestas correctas, en tanto que en una tarea son más discretas que en la otra- se quiso comprobar si los participantes variarían su nivel de exigencia según las etiquetas diagnósticas de los niños a quienes debían enseñar dichas tareas.

MÉTODO

Participantes

Participaron 9 estudiantes (8 mujeres) de cuarto curso de la Licenciatura de Psicología de la Universidad de Almería, España. Todos tenían conocimientos sobre técnicas de intervención en Psicología clínica y sobre el manejo directo de contingencias. Accedieron voluntariamente a participar sin recibir ningún tipo de incentivo a cambio. Asimismo estuvieron de acuerdo con que las sesiones fueran registradas en vídeo.

Materiales, diseño y contexto experimental

El experimento se llevó a cabo en una estancia del laboratorio de Conducta Operante Humana de la Universidad de Almería, en dos salas separadas por un cristal de visión unidireccional (figura 1). Cada sala disponía de una mesa y una silla. La sala en la que estarían los participantes (sala 2) contaba con un micrófono, una regleta de

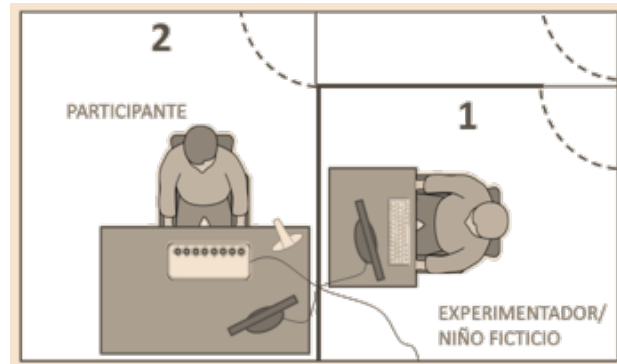


Figura 1. Contexto experimental.

10 interruptores y un monitor conectado a un ordenador de la sala contigua (sala 1). El experimentador, que simulaba la presencia de un niño, se situaba en la sala 1.

Las variables principales fueron dispuestas en un diseño intrasujeto. Se establecieron dos variables independientes: la etiqueta diagnóstica asignada a los niños, y el tipo de tarea. La primera contó con cuatro niveles: niño autista (A); niño sin diagnóstico (SD); niño autista experto (Ae); y niño sin diagnóstico no experto (SDne). La segunda, supuso disponer de dos tareas que los participantes debían enseñar a los niños (una tarea de discriminación de colores y otra de coordinación viso-motora). Los niveles de ambas variables fueron contrabalanceados, lo que dio lugar a cuatro condiciones experimentales. Como variables dependientes se consideraron el *feedback* verbal y tangible que los participantes proporcionaban a los niños. En el cuadro 1 se señala qué participantes completaron cada una de las cuatro condiciones a que dio lugar la disposición contrabalanceada de las variables experimentales. En todos los casos, los participantes completaron dos fases. En la fase 1 debían enseñar las tareas a un niño autista (A) y a un niño sin diagnóstico (SD) y en la fase 2 a un niño autista experto en la tarea (Ae) y a un niño sin diagnóstico no experto en la tarea (SDne). Asimismo, el orden de las tareas varió de unas condiciones a otras. Los participantes completaron el procedimiento de manera individual.

Tareas experimentales

Se utilizó *Microsoft Office PowerPoint*® para la programación de las tareas de discriminación de colores y coordinación viso-motora; tareas con diferente grado de dificultad, entendida ésta como la delimitación específica de las respuestas correctas, ya que en una tarea eran más discretas que en otra.

Tarea de discriminación de colores. En la parte superior de la pantalla aparecían cinco cajas de colores (rojo, azul claro, azul oscuro, negro y violeta) que mantenían su posición entre ensayos. Un ensayo comenzaba con la aparición de una bola de un color determinado que, después de 2 segundos, se movía hacia una de las cajas. Un segundo después de situarse en la caja la bola desaparecía, poniendo fin al ensayo. Las bolas

Cuadro 1. Secuencia experimental.

Condición I	Condición II	Condición III	Condición IV
Participantes X1, X8, X9	Participantes X2, X3	Participantes X5, X7	Participantes X4, X6
FASE 1			
Discriminación de colores		Coordinación viso-motora	
A	SD	A	SD
SD	A	SD	A
FASE 2			
Coordinación viso-motora		Discriminación de colores	
Ae	SDne	Ae	SDne
SDne	Ae	SDne	Ae

Notas: A= niño autista ; SD= niño sin diagnóstico; Ae= niño autista experto; SDne= niño sin diagnóstico no experto.

podían aparecer en cualquier punto de la pantalla. Se programaron 4 bloques de 10 ensayos cada uno. Se consideraba que un ensayo era correcto cuando la bola se situaba en la caja de su color correspondiente, estableciéndose así como respuestas altamente discretas y, por tanto, fácilmente discriminables. Se programó la tarea para que los bloques 1, 2, 3 y 4 tuvieran el 30, 50, 60 y 90% de ensayos correctos, respectivamente.

Tarea de coordinación viso-motora. En la pantalla del monitor aparecía un coche amarillo al inicio de un circuito que estaba dividido en 10 tramos separados por banderas. Después de 2 segundos, el coche comenzaba a moverse por el circuito hasta llegar al final, momento en el que desaparecía de la imagen. Se programaron 4 bloques de 10 ensayos cada uno, siendo cada ensayo un tramo recorrido y cada bloque el circuito completo. Se consideraba que un ensayo era correcto, cuando el coche recorría un tramo sin salirse de los márgenes que delimitaban el circuito, estableciéndose así como respuestas poco discretas y, por tanto, de difícil discriminación. La tarea se programó de forma que los bloques 1, 2, 3 y 4 tuvieran, respectivamente, el 30, 50, 60 y 90% de ensayos correctos.

Procedimiento

El experimentador acompañaba a cada participante a la sala 2, donde procedía a darle las siguientes instrucciones:

Le explico en qué consiste su tarea en este estudio. Como ve, se encuentra sentado delante de un cristal que lo separa de otra habitación que está insonorizada. Esta otra habitación dispone de un ordenador y un *joystick*. En ella entrarán unos niños que deberán enfrentarse a unas tareas informatizadas que deben aprender a realizar de forma adecuada. Su papel es enseñar a estos niños a realizar las tareas correctamente. Para ello dispone de los siguientes instrumentos, ya que evitamos el contacto directo con los niños para reducir cualquier posible efecto fuera de los objetivos del estudio. En primer lugar, dispone de una pantalla de ordenador donde puede ver la tarea que está haciendo el niño. Además, dispone de un micrófono por el que puede hablar al niño y un dispositivo con 10 interruptores que le servirá para aplicar reforzamiento positivo o costo de respuesta. Estos niños tienen experiencia con tareas similares por lo que únicamente debe intentar que hagan la tarea correctamente a partir del manejo de contingencias. Puede utilizar reforzamiento verbal descriptivo del tipo “bien, has colocado la bola roja en la caja roja”, o reforzamiento verbal concreto como “sí”, “bien hecho”, “buen trabajo”, “correcto”, “perfecto”, etc. Puede hacer uso de correcciones descriptivas del tipo “mal, has colocado la bola roja en la caja azul”, o correcciones concretas como “no”, “no es así”, “no es correcto”, “casi”, “te has equivocado, inténtalo de nuevo”, etc. También puede utilizar para reforzar este dispositivo con interruptores.

Cada vez que se presiona un interruptor se enciende una pequeña bombilla en la otra sala. El niño sabe que cada bombilla encendida significa que obtiene una ficha que puede intercambiar por un juguete. Por lo tanto, puede presionar los interruptores cada vez que lo vea conveniente para reforzar una acción. Del mismo modo, puede apagar tantos interruptores como crea conveniente para aplicar costo de respuesta. Ahora se quedará solo en la sala y volveré a entrar al término de cada bloque de 10 ensayos para hacer recuento de los interruptores que están encendidos y recoger las fichas correspondientes para dárselas al niño.

Se resolvían las posibles dudas y, seguidamente, se describía a los participantes la tarea que iban a realizar los niños, haciendo hincapié en qué debían enseñarles con cada una. Así, antes del inicio de la tarea de discriminación de colores se decía:

Su tarea consiste en enseñar al niño a que sitúe cada bola en la caja de su mismo color. Para guiar la bola el niño utilizará un *joystick*. Los niños están familiarizados con la dinámica de este tipo de tareas y conocen el funcionamiento del *joystick*. Mediante el manejo de contingencias usted debe conseguir que hagan bien la tarea.

Para el caso de la tarea de coordinación viso-motora se decía:

Su tarea consiste en enseñar al niño a que conduzca el coche sin salirse de los bordes del circuito. Para guiar el coche el niño utilizará un *joystick*. Los niños están familiarizados con la dinámica de este tipo de tareas y conocen el funcionamiento del *joystick*. Mediante el manejo de contingencias usted debe conseguir que hagan bien la tarea.

Además, se explicaba en cada caso en qué consistía un ensayo y cuántos componían cada bloque, insistiendo en cuáles eran los criterios que definían la actuación del niño como correcta. Cuando se cambiaba de fase, y antes de las indicaciones específicas correspondientes a cada tarea, se hacía un breve recordatorio de las instrucciones generales referidas al manejo de contingencias.

Después de las instrucciones referidas a la tarea, el experimentador informaba de las características del niño que la iba a llevar a cabo. Para el caso en el que los participantes tuvieran que enseñar a un niño autista en primer lugar (condición I y condición III) se decía:

En la sala contigua va a entrar un niño que presenta el comportamiento típico de un niño autista de 6 años de edad. Como sabe, el autismo es un trastorno mental que se caracteriza por el aislamiento social y por una incapacidad para desarrollar lenguaje significativo y repertorio emocional. Además son niños que suelen tener un reducido comportamiento de juego simbólico.

A continuación el experimentador dejaba solo al participante en la sala 2 y accedía a la sala 1, donde activaba el programa con la tarea que simulaba la actuación del niño. Una vez finalizada la tarea el experimentador volvía a la sala 2 y daba las indicaciones correspondientes para la interacción con un niño sin diagnóstico (SD):

Ahora deberá enseñar la misma tarea a otro niño que presenta el comportamiento típico de un niño de 6 años que cursa educación primaria.

La secuencia de instrucciones se adaptaba según el orden de aparición de los niños (condición II y condición IV).

Antes de dar inicio a las tareas con el niño autista experto y el niño no diagnosticado no experto (fase 2) se decía a los participantes:

En esta parte del experimento van a entrar de nuevo los niños con los que ha trabajado antes, pero ahora van a aprender a realizar esta otra tarea. En este caso, el niño autista de 6 años de edad tiene una habilidad excepcional en este tipo de tareas, y el niño de 6 años que asiste a primaria no tiene la misma habilidad excepcional para realizar este tipo de tareas.

Entonces se informaba de qué niño iba a entrar en la sala en primer lugar. El experimentador accedía a la sala 1 y activaba el programa con la tarea que simulaba la actuación del niño.

Procedimiento

Para el cálculo de la fiabilidad interjueces se seleccionaron al azar las grabaciones en vídeo de las actuaciones de tres participantes: X4, X5 y X7. Los análisis se llevaron a cabo mediante el estadístico Kappa de Cohen (Cohen, 1960). Partiendo de los baremos de Landis y Koch (1977), los análisis señalan un acuerdo sustancial para el participante X4 (Kappa= .78, $p < .001$) y para el participante X7 (Kappa= .76, $p < .001$), un acuerdo mejor para el participante X5 (Kappa= .87, $p < .001$). El análisis conjunto de los tres participantes mostró un acuerdo elevado (Kappa= .80, $p < .001$).

RESULTADOS

En primer lugar, se presentan los resultados relativos a los posibles efectos del contrabalanceo y las distintas fases, seguidos de los datos referidos a las contingencias aplicadas en función de las etiquetas diagnósticas y del tipo de ensayo (incorrecto o correcto). Por último, se describe el análisis de las diferencias entre las tareas experimentales utilizadas.

Los análisis no mostraron diferencias por contrabalanceo dentro de cada fase ($p > .05$), ni en el orden de las tareas ($p > .05$), ni entre las fases 1 y 2 ($p > .05$).

Por lo que respecta a las contingencias aplicadas, de forma general y con independencia de las tareas y del tipo de ensayo, los análisis indicaron que los participantes presentaron más contingencias de reforzamiento al niño autista que al normal ($t_{(8)} = 4,009$, $p = .004$; autista: $M = 85,44$, $DT = 12,17$; normal: $M = 80,44$, $DT = 12,17$). Los datos individuales revelan que 8 de los 9 participantes actuaron de este modo (Figura 2). El participante X3 es el único que actuó de forma equivalente (Figura 2).

Por lo que respecta al posible efecto de las tareas (sin considerar las fases), los participantes reforzaron menos y castigaron más al niño autista que al normal en la tarea de coordinación viso-motora (refuerzo: $t_{(8)} = -3,457$, $p = .009$; $M = 36,78$, $DT = 9,88$,

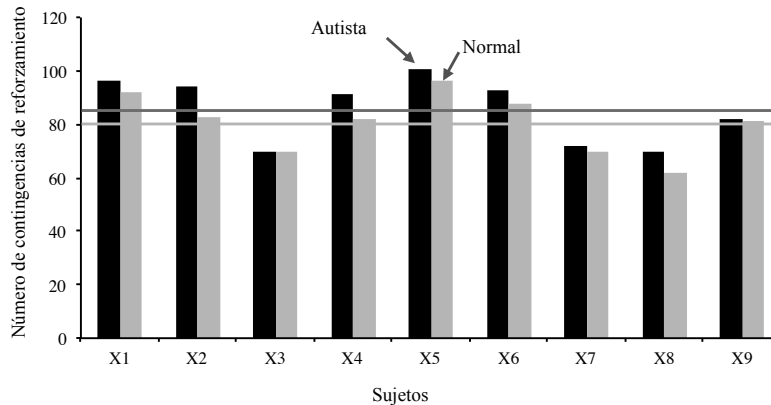


Figura 2. Datos individuales (barras verticales) y promedio (líneas horizontales) de la aplicación de reforzamiento en función de la etiqueta diagnóstica asignada e independientemente de las fases y de las tareas.

para el normal; $M= 11,78$, $DT= 8,30$, para el autista; castigo: $t_{(8)}= 7,29$, $p= .001$; $M= 9,44$, $DT= 4,82$ para el normal; $M= 41,56$, $DT= 11,11$, para el autista). Atendiendo a las actuaciones individuales de los participantes, ocho de los nueve actuaron de esta manera.

No hubo diferencias en el *feedback* dado a los ensayos incorrectos entre niños autistas y normales, en ninguna de las tareas ($p > .05$). En cambio, para los ensayos correctos se apreció que, de manera significativa, en ambas tareas se reforzó más frecuentemente a los niños autistas que a los normales ($t_{(8)}= -2,925$, $p= .019$; $M= 77,33$, $DT= 12,30$, para el autista; $M= 72,89$, $DT= 10,98$, para el normal). Los datos individuales muestran que siete de los nueve participantes presentaron más contingencias de reforzamiento cuando se trató de ensayos correctos de los niños autistas.

Más específicamente (ver figura 3), el reforzamiento verbal concreto (rvc) [$t_{(8)}= -3,024$, $p= .016$; $M= 30,78$, $DT= 6,96$, para el normal; $M= 33,44$, $DT= 7,55$, para el autista] estuvo más presente cuando se utilizó la etiqueta autista que la normal, tomados los datos de ambas tareas en conjunto. Los datos por participante lo confirman, ya que ocho de los nueve actuaron así, con sólo un participante mostrando datos inversos. Los mismos resultados se obtuvieron con el reforzamiento por fichas (r) [$t_{(8)}= -2,158$, $p= .063$; $M= 12,56$, $DT= 7,45$, para el normal; $M= 14,67$, $DT= 7,71$, para el autista], aunque sólo en la tarea de coordinación viso-motora. En este caso, cinco de los nueve participantes se ajustaron a este proceder y tres actuaron de forma contraria. Por otro lado, el reforzamiento verbal descriptivo (rvd) estuvo más presente con la etiqueta normal que con la de autista [$t_{(8)}= 2,871$, $p= .021$; $M= 2,78$, $DT= 2,54$, para el normal; $M= 1,33$, $DT= 1,22$, para el autista], aunque sólo en la tarea de coordinación viso-motora. En este caso seis de los nueve participantes actuaron de esta manera y los tres restantes no mostraron diferencias según la etiqueta diagnóstica.

Por lo que respecta a las tareas, y con independencia de las etiquetas, los datos muestran que los participantes reforzaron más y castigaron menos los ensayos incorrectos en la tarea de coordinación viso-motora en comparación con la tarea de discriminación de colores (ver figura 4 y tabla 1) [reforzamiento: $t_{(8)}= -3,074$, $p= .015$; tarea de

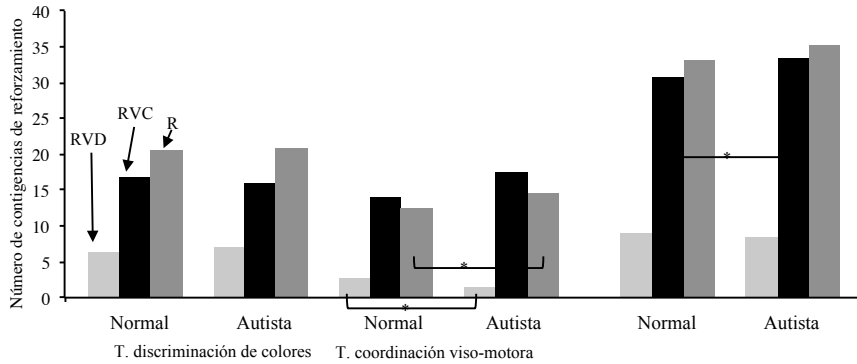


Figura 3. Promedio sobre la aplicación de los tipos de reforzamiento (reforzamiento verbal concreto -RVC-, reforzamiento verbal descriptivo -RVD- y reforzamiento por fichas -R-) en ensayos correctos por tareas (izquierda) y tomados los datos de ambas tareas en conjunto (derecha).

discriminación de colores: $M= 0,22$, $DT= 0,66$; tarea de coordinación viso-motora: $M= 15,44$, $DT= 15,27$; castigo: $t_{(8)}= 5.716$, $p < .001$; tarea de discriminación de colores: $M= 44,22$, $DT= 11,65$, tarea de coordinación viso-motora: $M= 21,11$, $DT= 12,46$]. Todos los participantes actuaron de este modo (tabla 1).

Por contra, se reforzaron más y se castigaron menos los ensayos correctos en la tarea de discriminación de colores que en la de coordinación viso-motora [reforzamiento: $t_{(8)}= 4,473$, $p= .002$; tarea de discriminación de colores: $M= 87,33$, $DT= 5,24$; tarea de coordinación viso-motora: $M= 62,89$, $DT= 19,19$; castigo: $t= -7,003$, $p < .001$; tarea de discriminación de colores: $M= 0,22$, $DT= 0,66$; tarea de coordinación viso-motora: $M= 29,88$, $DT= 13,10$). Específicamente, 8 de los 9 participantes reforzaron más los ensayos correctos en la tarea de discriminación de colores que en la de coordinación viso-motora, y todos castigaron menos estos ensayos en la tarea de discriminación de colores que en la de coordinación viso-motora.

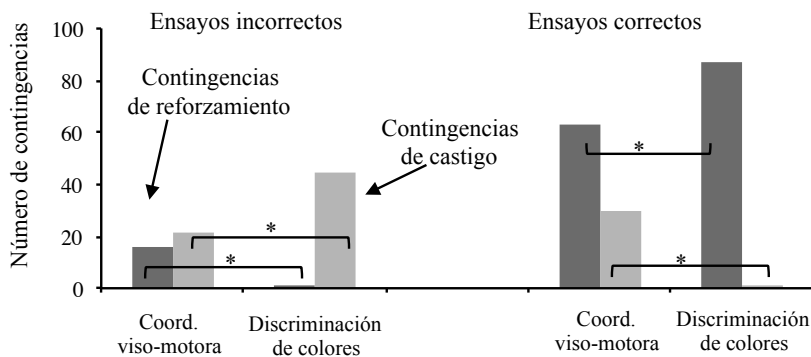


Figura 4. Promedio de las contingencias de reforzamiento y castigo en los ensayos incorrectos y correctos entre tareas.

Tabla 1. Datos individuales (puntuaciones directas) de las contingencias de reforzamiento (Ref.) y castigo (Cast.) en ensayos incorrectos y correctos.

	Coordinación viso-motora				Discriminación de colores			
	Correcto		Incorrecto		Correcto		Incorrecto	
	Ref.	Cast.	Ref.	Cast.	Ref.	Cast.	Ref.	Cast.
X1	92	41	4	13	92	0	0	22
X2	79	23	6	37	92	0	0	53
X3	55	18	3	20	82	0	0	43
X4	57	40	27	15	89	0	0	39
X5	65	51	41	8	89	2	2	41
X6	86	21	3	43	92	0	0	56
X7	37	29	21	7	84	0	0	55
X8	42	10	1	27	89	0	0	55
X9	53	36	33	20	77	0	0	34

DISCUSIÓN

Atendiendo a los resultados de este estudio se concluye que la actuación de los participantes no se afectó por el orden de las tareas, por trabajar primero con un niño u otro, ni por la consideración de tener un bajo o excepcional rendimiento en la tarea correspondiente; viéndose afectada, únicamente, por las etiquetas diagnósticas de autismo frente a la consideración de normalidad.

Los resultados también indicaron que, independientemente de los ensayos y las tareas, los participantes dispusieron más contingencias de reforzamiento al niño autista que al niño sin diagnóstico. Este análisis no aparece en el trabajo original de Eikeseth y Lovaas (1992), más centrado en los datos derivados del tipo de ensayo (incorrecto o correcto). Por otro lado, atendiendo a las tareas, y con independencia de que el ensayo fuera correcto o no, en la de coordinación viso-motora se reforzó y castigó más al niño autista que al niño sin diagnóstico. Esto indicaría que los participantes actuaron de un modo más directivo con el niño diagnosticado como autista, guiando más su aprendizaje. La tarea de coordinación viso-motora, a diferencia de la de discriminación de colores, supone moldear cuidadosamente las respuestas del niño para su correcta ejecución al no estar claramente delimitadas las respuestas correctas o incorrectas. Esto es, las propias características de la tarea entrañan algo de dificultad para definir la actuación del niño en términos de respuestas discretas, y así poder delimitar claramente los criterios de corrección y la disponibilidad de las correspondientes contingencias diferenciales. De este modo, la tarea de coordinación viso-motora podría haber dispuesto las condiciones para que los participantes mostraran un tratamiento diferencial en función de la etiqueta diagnóstica.

La importancia de estos resultados radica en que la condescendencia mostrada con el niño autista, de ser éste real mantenerse en un programa de intervención prolongado, resultaría en una actuación terapéutica contraproducente que podría generar una excesiva dependencia del feedback proporcionado, dificultando la generalización de lo aprendido. Además, esta práctica denotaría un interés diferencial por el niño autista con independencia de su comportamiento, como si por el hecho de estar etiquetado de autista necesitara una mayor dedicación y dirección en su aprendizaje.

Atendiendo a la actuación de los participantes ante los ensayos correctos e incorrectos caben las siguientes consideraciones. Eikeseth y Lovaas (1992) encontraron que los participantes de su estudio reforzaban las respuestas incorrectas cuatro veces más, y las corregían verbalmente menos, cuando se trataba de niños etiquetados como autistas que sin etiqueta diagnóstica. En el presente estudio, no se encontraron diferencias significativas entre condiciones en cuanto a la actuación de los participantes ante los ensayos incorrectos. Por el contrario, respecto a las respuestas correctas, mientras que Eikeseth y Lovaas (1992) no encontraron diferencias en el reforzamiento aplicado en función de la etiqueta, en el presente estudio sí se han detectado tales diferencias.

De forma general, los participantes aplicaron más contingencias de reforzamiento al niño con la etiqueta autista que al niño sin etiqueta diagnóstica. Específicamente, se aplicó más reforzamiento verbal concreto con el niño autista. Esta diferencia fue más notable en la tarea de coordinación viso-motora en la que, además, los participantes entregaron más fichas al niño autista. A la hora de valorar estos resultados y, especialmente, la diferencia respecto a los informados por Eikeseth y Lovaas (1992), hay que tener en consideración que los participantes de este estudio eran estudiantes de Psicología que habían cursado los contenidos correspondientes a las diferentes técnicas de manejo directo de contingencias, y habían sido advertidos reiteradamente sobre los posibles efectos iatrogénicos derivados de su utilización (principalmente del uso indiscriminado de las técnicas de castigo o del reforzamiento indiferenciado). Además, por la formación recibida, todos ellos habían sido específicamente instruidos acerca del potencial efecto iatrogénico derivado de la utilización de las etiquetas diagnósticas, especialmente con niños. Habiendo transcurrido dos décadas desde la publicación del estudio de Eikeseth y Lovaas (1992), la información derivada desde entonces en este ámbito de investigación ha podido calar culturalmente, e impactar en la forma de interactuar con los niños con algún déficit comportamental, etiquetado o no, lo que podría explicar la tendencia a proporcionar contingencias de reforzamiento en mayor medida a niños considerados autistas ante respuestas correctas.

Atendiendo al tipo de ensayo en función de las tareas, se observó que se reforzaron más y castigaron menos los ensayos incorrectos en la tarea de coordinación viso-motora, por comparación con la de discriminación de colores, y en ésta se reforzaron más y castigaron menos los ensayos correctos que en la de coordinación viso-motora. En este sentido, el tipo de tarea parece una variable importante a tener en cuenta en la variabilidad mostrada por los participantes en su actuación. Como se ha señalado anteriormente, en una tarea con los criterios establecidos de una forma menos concreta (la de coordinación viso-motora) el participante debe ir estableciendo los suyos conforme se desarrolla, dejando así abierta la puerta a la influencia de las posibles funciones diferenciales de las etiquetas diagnósticas. En este sentido, la situación experimental planteada resulta más flexible que la del estudio de Eikeseth y Lovaas (1992), logrando de esta forma aislar el efecto que pueden tener tareas con distintos grados de estructuración a la hora de tratar al niño en cuestión.

Podría concluirse, que este estudio plantea que aún con toda la información de la que se dispone acerca del efecto de regulación que pueden tener las etiquetas diagnósticas en el comportamiento de los terapeutas, éstas siguen influyendo en la

actuación de los mismos. Cabe, pues, insistir en la recomendación de prescindir del uso de los diagnósticos formales a favor de un análisis funcional de los trastornos, que defina las relaciones funcionales que los originan y mantienen. El análisis de este estudio y sus resultados también resulta sugerente en otros sentidos, promoviendo la conveniencia de realizar investigación adicional que salve las limitaciones de éste y profundizando en la delimitación y análisis de las variables que afectan al trato diferencial que se ofrece a las personas calificadas con alguna etiqueta diagnóstica. En concreto, cabe proponer estudios con un tamaño de muestra consistente, que indaguen en el análisis con poblaciones diferentes que carezcan de conocimientos técnicos o relacionados con el ámbito clínico, además de utilizar tareas con diferentes grados de complejidad y exigencia.

REFERENCIAS

- Angermeyer MC y Matschinger H (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-309.
- Bijou SW (1976). *Child development III: Basic stage of early childhood*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Caruso DR y Hodapp RM (1988). Perceptions of mental retardation and mental illness. *American Journal on Mental Retardation*, 93, 118-124.
- Cohen J (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Corrigan PW (2002). Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric Quarterly*, 73, 217-228.
- Depla M, Graaf R, Weeghel J y Heeren TJ (2005). The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 146-153.
- Eikeseth S y Lovaas OI (1992). The autistic label and its potentially detrimental effect on the child's treatment. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 151-157.
- Fernández Parra A y Luciano MC (1997). Clasificación de las alteraciones psicológicas en la infancia. En M.C. Luciano (Ed.), *Manual de Psicología Clínica. Infancia y adolescencia* (pp. 71-85). Valencia: Promolibro.
- Flores S, Medina R, Robles R y Páez F (2012). Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11, 82-86.
- Fryer H y Cohen L (1988). Effects of labeling patients "psychiatric" or "medical": Favorability of traits ascribed by hospital staff. *Psychological Reports*, 62, 779-793.
- Gallop R, Lancee WJ y Garfinkel P (1989). How Nursing Staff Respond to the Label "Borderline Personality Disorder". *Psychiatric Services*, 40, 815-819.
- Gibbson F, Sawin L y Gibbson B (1979). Evaluations of mentally retarded persons: Sympathy or patronization? *American Journal of Mental Deficiency*, 84, 124-131.
- Gomez I, Molina A y Zaldívar F (2005). Una revisión sobre los posibles efectos iatrogénicos de la clasificación diagnóstica en el ámbito infantil y alternativas de corte funcional. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 69-78.
- Herbert M (1991). *Clinical Child Psychology. Social Learning, Development and Behaviour*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Hoghugh M (1992). *Assessing child and adolescent disorders. A practical manual*. London: Sage.
- Landis JR y Koch GG (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Link BG y Phelan JC (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet*, 367, 528-529.
- Masuda A, Price M, Anderson PL, Schmertz SK y Calamaras MR (2009). The role of psychological flexibility in mental health stigma and psychological distress for the stigmatizer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28, 1244-1262.

- Mayville E y Penn DL (1998). Changing societal attitudes toward persons with severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 241-253.
- Page S (1980). Social responsiveness toward mental patients: The general public and others. *Canadian Journal of Psychiatry*, 25, 242-246.
- Page S (1996). Effects of the mental illness label in 1993: Acceptance and rejection in the community. *Journal of Health and Social Policy*, 7, 61-68.
- Pérez Álvarez M (1999). Psicología clínica e iatrogenesis. En J Buendía (Ed.), *Psicología Clínica. Perspectivas actuales*. Madrid: Pirámide. (pp. 33-50).
- Rolison MA y Medway FJ (1985). Teachers expectations and attributions for student achievement: Effects of label, performance pattern, and special education intervention. *American Education Research Journal*, 22, 561- 573.
- Rosenhan DL (1973). On being sane in insane place. *Science*, 179, 250-258.
- Sartorius N (2002). Iatrogenic stigma of mental illness: Begins with behaviour and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists. *British Medical Journal*, 324, 1470-1471.
- Sartorius N y Schulze H (2005) *Reducing the Stigma of Mental Illness. A Report from a Global Program of the World Psychiatric Association*. Cambridge University Press.
- Schwartz S y Johnson JH (1981). *Psychopathology of childhood. A clinical experimental approach*. Nueva York: Pergamon Press.
- Siller M y Sigman M (2002). The behaviors of parents of children with autism predict the subsequent development of their children's communication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 77-89
- Taylor RL, Smiley LR y Ziegler EW (1983). The effect of labels and assigned attributes on teacher perceptions of academic and social behavior. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 18, 45-51.
- Velázquez IE, Macías MA, Arias ED y Ortiz GG (2001). The beliefs of primary caregivers of patients with Alzheimer's disease and primary caregivers of patients with another type of dementia. *Psiquiatría*, 17, 102-106.
- Vilardaga S (2012). Estigma y prejuicios. En M Páez y O Gutiérrez (Eds.), *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso* (pp. 235-250). Madrid: Pirámide.
- Weisz JR (1981). Effects of the "mentally retarded" label on adult judgments about child failure. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 371-374
- Wicks-Nelson R e Israel AC (1984). *Behavior disorders of childhood*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Recibido, 26 Enero, 2016

Aceptación final, 11 Julio, 2016