

La infrahumanización de grupos estigmatizados:

El caso del síndrome de Down.

The infrahumanization of stigmatized groups:

The case of Down syndrome.

Eva Ariño Mateo

Directora:

Verónica Betancor Rodríguez

Codirectora:

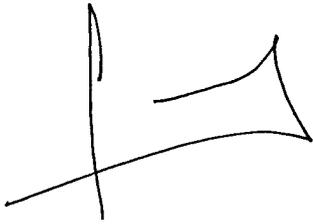
Naira Delgado Rodríguez

Universidad de la Laguna- 2016

Tesis Doctoral

Informe favorable de lectura

Por la presente Dra. Dña. Verónica Betancor Rodríguez y Dra. Dña. Naira Delgado Rodríguez damos por apta la presentación de la tesis: La infrahumanización de grupos estigmatizados: El caso del síndrome de Down.



Directora

Dra. Dña. Verónica Betancor Rodríguez



Codirectora

Dr. Dña. Naira Delgado Rodríguez

**La infrahumanización de grupos estigmatizados:
El caso del síndrome de Down.**

**The infrahumanization of stigmatized groups:
The case of Down syndrome.**

Eva Ariño Mateo

Directora:

Verónica Betancor Rodríguez

Codirectora:

Naira Delgado Rodríguez



© UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

La portada de la tesis ha sido realizada por Carolina Pradas y Laura Ariño.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA COGNITIVA, SOCIAL Y
ORGANIZACIONAL

**La infrahumanización de grupos estigmatizados: El caso del
síndrome de Down.**

**The infrahumanization of stigmatized groups: The case of Down
syndrome.**

Tesis Doctoral realizada por:

Eva Ariño Mateo earino@ull.edu.es

Tesis Doctoral dirigida por:

Dra. Verónica Betancor Rodríguez. Universidad de La Laguna. verbetan@ull.edu.es

Tesis Doctoral codirigida por:

Dra. Naira Delgado Rodríguez. Universidad de La Laguna. ndelgado@ull.edu.es

La Laguna, a 20 de Mayo de 2016



La reproducción total o parcial de este trabajo de tesis no está permitida, salvo permiso expreso de su autora.

Este trabajo está protegido bajo una licencia Creative Commons que permite su reproducción total o parcial, siempre que sea con fines de divulgación científica y se cite a su autor. No están permitidos los usos comerciales de esta obra. Se permiten las obras derivadas, siempre que se compartan bajo esta misma licencia.



La infrahumanización de grupos estigmatizados: El caso del síndrome de Down. by Eva Ariño Mateo is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

El presente trabajo de investigación ha sido financiado a través de la ayuda de Formación del Personal Investigador, concedida por la Dirección General del Investigador y Gestión del Plan Nacional de I+D+I desde el 03/01/2011 hasta el 02/01/2015 (PSI2009-09777).

“El cargo más grave que puede dirigirse contra la benevolencia moderna es que alienta la perpetuación de defectuosos, delincuentes y dependientes”. Margaret Sanger (Liga americana para el control de la natalidad, 1922).

“Los seres humanos tienen cierta cantidad de cromosomas y a veces en la fecundación se produce una falla...en vez de dos pares de cromosomas, tienes tres...eso ya en realidad... técnicamente tampoco es un ser humano”. Evelyn Matthei (Ex Ministra del Trabajo y Previsión Social de Chile, 2011).

“Si alguien deja nacer a alguien enfermo, pudiéndolo haber evitado, ese alguien deberá someterse a la posibilidad, no solo de que el enfermo lo denuncie por su crimen, sino de que sea la propia sociedad, que habrá de sufragar el coste de los tratamientos, la que lo haga. Este tipo de gente averiada alza la voz histérica cada vez que se plantea la posibilidad de diseñar hijos más inteligentes, más sanos y mejores. Por el contrario ellos tratan impunemente de imponernos su particular diseño eugenésico: hijos tontos, enfermos y peores”. Arcadi Espada (escritor y periodista, 2012).

A mi familia

INDICE GENERAL

Agradecimientos	24
General introduction	32
Capítulo 1: El Síndrome de Down.....	36
1.1. Definición de síndrome de Down.....	36
1.2. La etiología del síndrome de Down	36
1.3. El diagnóstico de síndrome de Down.....	38
1.4. Prevalencia de las personas con síndrome de Down.....	41
1.5. La percepción social de las personas con discapacidad.....	50
1.6. El paradigma de la discapacidad y sus consecuencias.....	51
1.7. La exclusión social hacia las personas con discapacidad	53
Capítulo 2: Percepción social del estigma	62
2.1. ¿Qué es el estigma social?	62
2.2. Categorías del estigma	63
2.2.1. El estigma público	64
2.2.2. El auto-estigma	65
2.2.3. El estigma por asociación	65
2.2.4. El estigma estructural	66
2.3. Dimensiones del estigma	66
2.4. Visibilidad del estigma en las personas con síndrome de Down	67
2.5. ¿Cuáles son las consecuencias del estigma social?	68
2.5.1. La perspectiva del grupo mayoritario.....	72
2.5.2. La perspectiva de la víctima del estigma	73
Capítulo 3: Las personas con Síndrome de Down en un contexto intergrupar	80
3.1. ¿Qué estereotipos y actitudes se asocian a las personas con síndrome de Down?.....	81
3.1.1. El modelo del contenido de los estereotipos	81
3.1.2. Una actitud ambivalente	84
3.1.3. El prejuicio paternalista	85
3.1.4. Actitudes paternalistas versus actitudes de autonomía.....	86
3.1.5. ¿Qué estereotipos y actitudes se asocian a las personas con Síndrome de Down?	87
3.2. Experiencias emocionales hacia las personas con síndrome de Down	90
3.2.1. La ansiedad intergrupar	92

3.2.2. ¿Qué experiencias emocionales se tienen hacia las personas con síndrome de Down?	94
3.3. Deshumanización e Infrahumanización hacia las personas con síndrome de Down	96
3.3.1. La teoría de la infrahumanización	97
3.3.2. El modelo dual de deshumanización	101
3.3.3. La infrahumanización y la deshumanización hacia las personas con síndrome de Down	106
Capítulo 4: Planteamiento del problema	110
4.1. Investigación 1: La percepción social hacia las personas con síndrome de Down	110
4.2. Investigación 2: La atribución de emociones hacia las personas con síndrome de Down. La relación entre los rasgos faciales y la percepción de humanidad.	111
4.3. Investigación 3: Metáforas asociadas a las personas con síndrome de Down. La atribución de humanidad, paternalismo y autonomía.	111
Capítulo 5: Estudios Empíricos	113
5.1. Investigación 1: La percepción social hacia las personas con síndrome de Down.	113
Objetivos e hipótesis de investigación	113
5.1.1. Método	114
5.1.3. Conclusiones	124
5.2. Investigación 2: La infrahumanización hacia las personas con síndrome de Down	126
5.2.1. Estudio 2.1: La atribución de sentimientos hacia las personas con síndrome de Down.....	128
5.2.1.1. Método	128
5.2.2. Estudio 2.2: ¿Existe relación entre los rasgos faciales y la atribución de la humanidad?	132
5.2.2.1. Método	132
5.2.2.2. Resultados	134
5.2.2.3. Conclusiones.....	136
Objetivos e hipótesis de investigación	137
5.3.1. Método	138
5.3.2. Resultados.....	140
5.3.3. Conclusiones	142
Chapter 6: General Discussion	145
6.1. Main results	145
6.1.1. The social perception of people with Down syndrome.....	145
6.1.3. Infrahumanisation and Down syndrome	148
6.1.2. Metaphors associated with people with Down syndrome.....	150

6.2. Limitations and future research.....	151
Referencias	154
Anexos	184
Anexo 1: Pesos de las dimensiones en dos componentes: Actitudes protectoras y actitudes negativas. (Investigación 1).....	185
Anexo 2: Cuestionario sobre los estereotipos, actitudes, experiencias emocionales y confianza/ansiedad intergrupales hacia el exogrupo y el endogrupo (Investigación 1).....	186
Anexo 3: Términos emocionales empleados en el estudio 1 de la investigación 2.....	189
Anexo 4. Listado de palabras y ejemplo de fotografías utilizado en el estudio 2 de la investigación 2.	190
Anexo 5. Listado de palabras utilizado en el estudio 3.....	192

Agradecimientos

En primer lugar, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi directora Verónica Rodríguez, mi codirectora Naira Delgado y a Armando Rodríguez, por haberme dado la oportunidad de iniciar mi carrera profesional como investigadora. Asimismo, agradezco el apoyo continuo que he recibido en mis investigaciones, la profesionalidad, dedicación, esfuerzo, persistencia, motivación y entusiasmo con todo este trabajo realizado.

Seguidamente, quiero mencionar a mis tutores de estancia Jeroen Vaes y Gerd Bohner por su experiencia académica, tiempo y paciencia. Por toda la ayuda que me han prestado durante la elaboración de mi tesis y por recibirme siempre con una gran sonrisa y disposición. A mis mentores Salvador Carbonell, Inma León, Fátima Marichal y Fernando Roda, pues gracias a vuestra experiencia, consejos y cariño, he sabido tomar mejores decisiones y dirigir mi rumbo.

A mis padres, Javier Ariño y Consuelo Mateo, quienes me han proporcionado la mejor educación y transmitido las mejores lecciones de vida. A mi padre, quien me ha inculcado el sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico, sin los cuales no habría llegado a este punto. Y en especial a mi madre, que me ha enseñado que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue, porque siempre has confiado en mis decisiones y las has apoyado hasta el final. A mis hermanos, Laura y Jesús Ariño, y a Rafael Ortega y Maite Ochoa, por mantenernos unidos creciendo en diferentes direcciones.

En estos cuatro años de residencia en Tenerife, he tenido la suerte de compartir momentos fantásticos con diversas personas. Independientemente del motivo, cada uno de vosotros habéis puesto valor a este periodo y estaréis siempre en mi recuerdo.

A Malou Blesken, Pablo González, Mary Perez y Haridian Herrera, pues con vosotros mi inicio por la isla estuvo colmado de risas y alegría. También a mis chicas de estancia, María Aranda y Rocío Martínez, por vuestra energía gratuita e inagotable.

A mi gente de educativa, Desirée González, Natalia Suárez, Verónica Gil, Celia Morales, Ivana Bermúdez, Rocío Díaz, Sara de León, Nuria Gutiérrez y Giulia Pace, porque me habéis acogido como una más del equipo y me habéis hecho participe en todo momento, por cada uno de los días que hemos compartido dentro y fuera de la facultad.

A mi equipo de básica, por todos los cafés, comidas y cenas que hemos compartido juntos (y los que vendrán). A Andrés Fernández, Javi López, David Beltrán y Julien Dampuré. En especial a Isa Orenes y Patricia Álvarez, por alegraros y disfrutar de mis triunfos y apoyarme en mis momentos de debilidad, y a Enrique García, por todas las carreras que nos permitieron ver La Laguna bajo nuestros pies.

A mi grupo, Giorgia Lorenzetti, Jorge Ruiz, Sole Cabello, Elena Acosta, Tamara Rodríguez, Sonia Llorente y María Cebrián. Sin vosotros esta experiencia no hubiera sido la misma. Por vuestro apoyo incondicional y por todos y cada uno de los momentos que hemos disfrutado juntos. Por haber sido un fiel equipo y una gran familia. En especial a Christian Peake, me faltan líneas para agradecerte todos los capítulos que tú mismo has escrito. Por haber estado a mi lado y conmigo, a favor y en contra del viento.

Y finalmente a vosotros, Inma Aleixandre, Rafa Oltra, Isa Alonso, Lola Domínguez, mis jericanos y mis niñas valencianas, *los de siempre*. Gracias por estar a mi lado de manera incondicional. Porque ni el tiempo ni la distancia es una barrera para vosotros. Gracias por vuestro apoyo y por cada uno de esos pequeños detalles que me habéis brindado en el transcurso de estos últimos años.

CAPÍTULOS

INTRODUCCIÓN GENERAL

La infrahumanización de grupos estigmatizados: El caso del
síndrome de Down.

General introduction

The term stigma stems from marks on the slaves who showed infamy, disgrace and moral turpitude of the wearer. Subsequently, from a psychosocial perspective, stigma has been identified as a mark, signal or sign, overt or not, that includes their members in a social category and generates a negative response to them (Marichal & Quiles, 2000). According with the visibility of stigma, people with Trisomy 21 have a higher risk of being socially rejected because they have physical signals that reflect their psychological stigma. Goffman (1963) said that stigma explains the inferiority and the danger of its wearer. The author also claimed that by definition people believe that the person with stigma is not quite human.

This thesis is based on infrahumanisation theory, and analyses the degree of humanity attributed to people with Down syndrome. Infrahumanisation theory postulates that people attribute human characteristics (secondary emotions) to their own group and restrict this possibility to the outgroups, attributing emotions that humans and animals share (Leyens et al., 2000, 2001). Infrahumanisation focuses on secondary emotions and states that the attribution of fewer secondary emotions to the outgroup (compared to the ingroup) is a subtle way to deny their full humanity (Leyens Rodriguez-Perez, Rodriguez-Torres, Paladino & Vaes, 2001). This perspective has been the basis of different empirical studies that are part of this work.

The chapters included in this thesis focus on knowing how is the social perception of people with Down syndrome, as well as the differential factors of prejudice towards them. Through various investigations, it is shown the perception of society towards this group stigmatized and places the focus of attention on stereotypes associated with their condition, the attitudinal response, and emotional reactions that the members of the category of syndrome generate. Furthermore, we analyze the attribution of human traits to people with Down syndrome, and the different metaphors (child or animal) that are associated with this social group.

CAPÍTULO 1

El Síndrome de Down

“No cambiaría nada de mi hija si se me diese la opción por nada del mundo. Es preciosa. Es cariñosa. Es dulce como pocos bebés. Es buenísima, muy tranquila, aunque muy activa. Claro que tiene y tendrá sus dificultades en la vida, pero ¿Quién tiene alguna garantía de algo en ella?”(Moreno, 28 de Agosto de 2013).

Capítulo 1: El Síndrome de Down

En este primer capítulo vamos a realizar una descripción del síndrome de Down y el modo en el que se lleva a cabo su diagnóstico. Además, mostraremos su prevalencia a nivel nacional e internacional así como su integración académica y laboral.

1.1. Definición de síndrome de Down

La Federación Española de Síndrome de Down define este trastorno como “*una alteración genética producida por la presencia de un cromosoma extra (o una parte de él) en la pareja cromosómica 21, de tal forma que las células de estas personas tienen 47 cromosomas con tres cromosomas en dicho par (de ahí el nombre de trisomía 21), cuando lo habitual es que sólo existan dos*” (Down España).

Sabemos que las personas con síndrome de Down generalmente tienen un grado variable de discapacidad cognitiva que, en la mayoría de los casos, oscila entre una discapacidad ligera y moderada. Además, se caracterizan por tener un retraso en el crecimiento y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible (Basile, 2008). Según, Moreno-Vivot (2012), el fenotipo del niño o niña con síndrome de Down tiene las siguientes características: hipotonía muscular (tonalidad débil en los músculos), braquicefalia (cabeza ancha por los lados y más aplanada en la región frontal y occipital) y cuello corto y ancho, con un exceso de piel en la parte de la nuca, ojos inclinados hacia arriba, la raíz nasal hundida, lengua protruyente y orejas pequeñas. Atendiendo a las manos y los pies, suelen poseer extremidades cortas y cuadradas, surco palmar único, y separación entre el primer y el segundo dedo del pie (signo de la sandalia). Aunque estas sean características físicas, las personas con síndrome de Down muestran claras diferencias entre ellas. Esto se debe tanto a la diferente etiología como al ambiente en el que está inserto la persona (Basile, 2008). De igual forma, no existe ningún tipo de relación entre los rasgos físicos y el desarrollo cognitivo de las personas con síndrome de Down.

1.2. La etiología del síndrome de Down

El síndrome de Down fue descrito por primera vez por el médico inglés John Langdon Haydon Down en 1866, en un corto ensayo titulado “*Observaciones en un grupo étnico de retrasados mentales*”. En este trabajo, el autor atendía a las características físicas y cognitivas de este síndrome. El doctor Down pensaba que el síndrome de Down

era un retroceso, una degeneración hacia un tipo racial poco evolucionado y más primitivo, pues los rasgos faciales de estas personas le recordaban a los mongoles de la región central de Mongolia. Según Down (1886), el tipo de Mongolia de idiotez, se presentaba en todos los casos que había atendido y se caracterizaba por su gran sentido del humor y su enorme capacidad de imitación. Además, pensaba que la afección de la tuberculosis en la madre durante el embarazo facilitaba el traspaso de fronteras raciales, haciendo que padres europeos pudieran concebir hijos mongoles. Posteriormente, Reginald Langdon-Down (1906) corregirá las interpretaciones raciales de su padre y contribuirá con sus descubrimientos sobre el modelo de pliegue palmar a incrementar el conocimiento sobre este trastorno.

En 1932, Davenport relaciona por vez primera las irregularidades cromosómicas con ciertas formas de discapacidad intelectual, como el síndrome de Down, y Waardenburg (1951) sugiere que la causa del síndrome de Down se debe a una trisomía por no disyunción. Fue con la llegada de los genetistas Lejeune, Gauthier y Turpin en 1959, cuando se descubrió que el síndrome de Down era una alteración cromosómica del par 21. Esta fue la primera alteración cromosómica hallada en el ser humano.

En el síndrome de Down, se conocen 3 tipos de alteraciones cromosómicas:

Trisomía regular o simple

Es la forma más frecuente de síndrome de Down y aparece en el 95% de los casos (Down España, 2011). En la trisomía regular o simple, existe un error en la formación del óvulo o espermatozoide, cuando tienen que pasar de 46 cromosomas a 23, es decir en la fase de meiosis. Este error de no-disyunción, hace que alguno de los dos gametos aporte 24 cromosomas en vez de 23 a su descendencia, dos de los cuales pertenecen al par 21. Así, en el momento de la fecundación, la nueva célula contendrá un total de 47 cromosomas, 3 pertenecientes al par 21, en vez de 2. La nueva célula (cigoto) tendrá una carga genética de 47 cromosomas, que para ir formando el nuevo feto, irá multiplicándose, dando lugar a una reproducción celular con 47 cromosomas, produciéndose así el nacimiento de un niño con síndrome de Down.

Translocación cromosómica

Se da en el 3-4 % de los casos (Down España, 2011). La translocación cromosómica tiene su origen en el proceso de meiosis, al separarse los dos cromosomas 21. En este tipo, al igual que en el de trisomía regular o simple, la nueva célula (cigoto) tiene una carga genética de 47 cromosomas y contiene 3 cromosomas del par 21, pero esta vez uno de ellos se adhiere al cromosoma 13, 14, 15 o 22. En ocasiones, dos cromosomas 21 pueden adherirse uno a otro. Cuando nace un niño síndrome de Down por translocación, se estudian los cromosomas de los padres, para determinar si esta translocación ha sido heredada o no.

Mosaicismo o trisomía en mosaico

Se da en el 1-2% de los casos (Down España, 2011). La trisomía en mosaico ocurre más tardíamente que el resto de trisomías, en este caso, en la fase de mitosis, y debe su nombre a la mezcla de células de tipos cromosómicos distintos. Una vez fecundado el óvulo y formado el cigoto, las células del cuerpo, que cuentan con 46 cromosomas, irán multiplicándose. En este tipo de trisomía, existe un error en esta división celular. En este proceso mitótico, alguna de las células hijas no se separa correctamente, por lo que se adquiere un cromosoma extra que pertenece al par 21 (con un total de 47 cromosomas), por lo que presentan trisomía 21. Así, con una multiplicación de las células, formarán un resultado de células trisómicas (tres cromosomas 21, 47 cromosomas) y el resto con su carga genética habitual (46 cromosomas). La discapacidad cognitiva y las características físicas de la persona con este tipo de trisomía dependerán del porcentaje de células con trisomía 21 que presente. De manera general presentan menor grado de discapacidad y características físicas menos marcadas.

1.3. El diagnóstico de síndrome de Down

Actualmente es posible diagnosticar el síndrome de Down en la fase fetal, pues esta alteración genética ocurre en el momento de la concepción o pocos instantes después de la misma. Esta detección precoz está llevando a la interrupción de embarazos con riesgo o evidencia de síndrome de Down y, consecuentemente, a una recesión en los nacimientos de personas con síndrome de Down que veremos en el apartado siguiente. Aquí vamos a plasmar toda esta información, tanto las pruebas prenatales como los datos sociodemográficos atendiendo a las personas con síndrome de Down. Hay dos posturas

confrontadas que, por un lado, plantean los avances científicos y las pruebas prenatales como una herramienta que está completamente regulada e instaurada en las pruebas médicas de la mujer durante el embarazo y que permiten interrumpir el embarazo, siendo legal en nuestra sociedad el aborto por esta causa. Por otro lado, claman a la humanidad de ese feto y luchan contra la “muerte silenciosa” que las personas con síndrome de Down están sufriendo, pues los avances en las pruebas prenatales han provocado un drástico aminoramiento de nacimientos. Existen dos pruebas para visualizar o cuantificar la trisomía en el par 21:

Las pruebas exploratorias o de cribado y las pruebas de diagnóstico o confirmatorias.

1.3.1. Las pruebas exploratorias o de cribado

Existen dos tipos: Análisis ecográfico y análisis bioquímicos de sangre.

Cribado prenatal ecográfico

La prueba ecográfica se realiza en el primer trimestre de embarazo (10-12 semanas). Esta prueba analiza múltiples marcadores que pueden hacer sospechar que el feto tenga síndrome de Down. Uno de los marcadores más representativo es el pliegue nucal, que muestra la presencia de un pliegue en la nuca más grueso de lo normal cuando supera el percentil 95 para la longitud corona-nalga y un grosor mayor a 2,5 (Huamán-Guerrero, Quiroga de Michelena, Arias y Huamán, 2007).

Cribado bioquímico

Analiza los marcadores bioquímicos de origen fetal o placentero del suero materno. La interpretación de este cribado debe ser relacionada con la edad materna (que tendría en el momento del parto), y debe ser evaluado atendiendo a la semana de gestación del feto para determinar la probabilidad de síndrome de Down. Existen dos tipos de cribado atendiendo al período de gestación:

El cribado del primer trimestre

La prueba de cribado bioquímico del primer trimestre se realiza entre las 8 y 12 semanas de gestación. Esta prueba mide los niveles de PAPP-A (Pregnancy Associated

Placental Protein-A) y el nivel de la fracción b libre de la HCG (Hormona Gonadotropina Coriónica).

Para aumentar la fiabilidad, la prueba del cribado del primer trimestre se conjuga con los valores del cribado prenatal ecográfico, lo que se conoce como cribado combinado, que une la prueba ecográfica y la bioquímica.

El cribado del segundo trimestre

La prueba de cribado bioquímico del segundo trimestre se realiza entre las 14 y 17 semanas de gestación, preferentemente en la 15-16. En este cribado se analizan los niveles de a-fetoproteína y en determinados casos los de estriol. El resultado de esta prueba es un coeficiente de riesgo que informa sobre las posibilidades de que el feto sea síndrome de Down.

Ninguna de las pruebas descritas anteriormente es diagnóstica, éstas son pruebas exploratorias que informan a los padres sobre la alta o baja probabilidad de que el niño sea síndrome de Down. En adelante, existen pruebas confirmatorias que aportan información más rigurosa y diagnostican la presencia de tres cromosomas en el par 21.

1.3.2. Las pruebas de diagnóstico o confirmatorias

El diagnóstico de trisomía 21 exige métodos invasivos a fin de obtener una muestra del tejido fetal. Existen tres pruebas: La biopsia de corion (obtenida en la placenta o corion), la amniocentesis (requiere el líquido amniótico) y la cordocentesis (analiza la sangre fetal). También, detallaremos una cuarta prueba que actualmente está en fase experimental, el análisis de ADN fetal.

La biopsia de corion

La biopsia de corion se realiza entre las semanas 10 y 13 de gestación del feto. Esta prueba diagnóstica se obtiene de corion, que es el tejido que posteriormente formará la placenta, y que posee la misma información genética que el feto. Según los datos expuestos en el Programa Español de Salud para Personas con Síndrome de Down esta prueba tiene un riesgo de pérdida fetal del 1% cuando lo practican profesionales experimentados.

La amniocentesis

La amniocentesis se realiza con posterioridad a la semana 15 de embarazo, por la dificultad para conseguir líquido amniótico en periodos anteriores. Es la prueba diagnóstica prenatal más frecuente. Esta prueba diagnóstica analiza una muestra proveniente del líquido amniótico que rodea al feto mediante una punción en el vientre realizada mediante una ecografía. Esta prueba tiene un riesgo de pérdida fetal del 1% (Down España, 2011) y los médicos tan sólo la recomiendan cuando existe un alto riesgo de alteración genética en el feto o cuando la madre es mayor de 35 años.

La cordocentesis

Esta prueba diagnóstica se realiza en casos extraordinarios y se recomienda hacer antes de las 20 semanas de gestación del feto. Este método invasivo consiste en la obtención de una muestra de sangre fetal del cordón umbilical a través de una punción en la pared abdominal de la madre. Esta prueba tiene un riesgo de pérdida fetal muy alto, del 3% (Down España, 2011).

Análisis de ADN fetal

Esta prueba toma una muestra del ADN fetal en la sangre de la madre. Este método diagnóstico no invasivo está actualmente en fase experimental, y en un futuro, nos permitirá poseer un diagnóstico rápido y preciso.

1.4. Prevalencia de las personas con síndrome de Down

Desde el año 1980 hasta el 2007 existen datos referentes al número de nacimientos de niños con síndrome de Down, recogidos por el Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (Bermejo, Cuevas, Mendioroz, Grupo Periférico del ECEMC y Martínez-Frías, 2008) y el II Plan de Acción para personas con síndrome de Down en España (Down España, 2009-2013) con un diagnóstico medio de 11 niños con síndrome de Down por cada 10.000 nacimientos. Estos datos están recogidos en 3 períodos diferentes de tiempo, y nos permiten comprobar la progresiva disminución de incidencias en el período 1980-1985, 1986-2006, y para el último año del que se tienen datos, 2007. Así observamos que para el primer período, la tasa de nacimientos con

síndrome de Down fue de 15 niños, mientras que en el tercer período evaluado es de 8 por cada 10.000 nacidos.

La creciente disminución de nacimientos de personas con síndrome de Down se ha debido a su detección precoz, habiendo 3,9 casos menos cada año por cada 100.000 nacimientos (0,39 por 10.000). Más acusado es el descenso para los grupos de mayor riesgo, en el que las mujeres se encuentran dentro del grupo de edad materna igual o superior a 35 años, para los que existe un plan de diagnóstico prenatal. Basándonos en los datos recogidos por el Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas, se han registrado 28,6 casos menos por cada 100.000 nacimientos (2,86 por 10.000). *“Ello es debido a que existen planes de diagnóstico prenatal específicamente dirigidos a la detección del síndrome de Down, y a que están especialmente enfocados a los grupos de mayor riesgo, es decir, a las madres de mayor edad”* (Bermejo et al., 2008, pp.25).

Ahora bien, ¿cuál es la tasa de nacimientos de personas con síndrome de Down en otros países? ¿Existe un descenso del nacimiento de este colectivo también a nivel internacional? Recientemente, Cocchi (2010) ha mostrado las tendencias internacionales en el nacimiento de niños con síndrome de Down en los períodos 1993 y 2004. En este artículo, se muestran datos de 9 países: 9 europeos y 5 no europeos, y se analiza cómo la edad materna o los métodos de diagnóstico prenatal prevalecen sobre el número de nacimientos de niños con síndrome de Down. La autora afirma que la edad de gestación de un niño ha aumentado en casi la mayoría de los países del mundo, revelando en este estudio que, de manera general, en el año 1993 el 11% de las madres que tenía más de 35 años concibieron un niño con síndrome de Down, mientras que en el 2004 fue el 19%. De este modo, ha habido un incremento de embarazos con síndrome de Down. Sin embargo, y al igual que sucede con la tasa de prevalencia a nivel nacional, el desarrollo y uso de técnicas de diagnóstico prenatal sumada a la posibilidad de interrumpir voluntariamente el embarazo, ha provocado que, a pesar de haber mayores incidencias, el número de nacimientos de niños con síndrome de Down permanezca estable en ambos períodos (8,29 en 1993 y 8,32 en 2004). Este dato es muy similar al registrado en España, con una tasa de nacimientos de 8,09 por cada 10.000 en el año 2007.

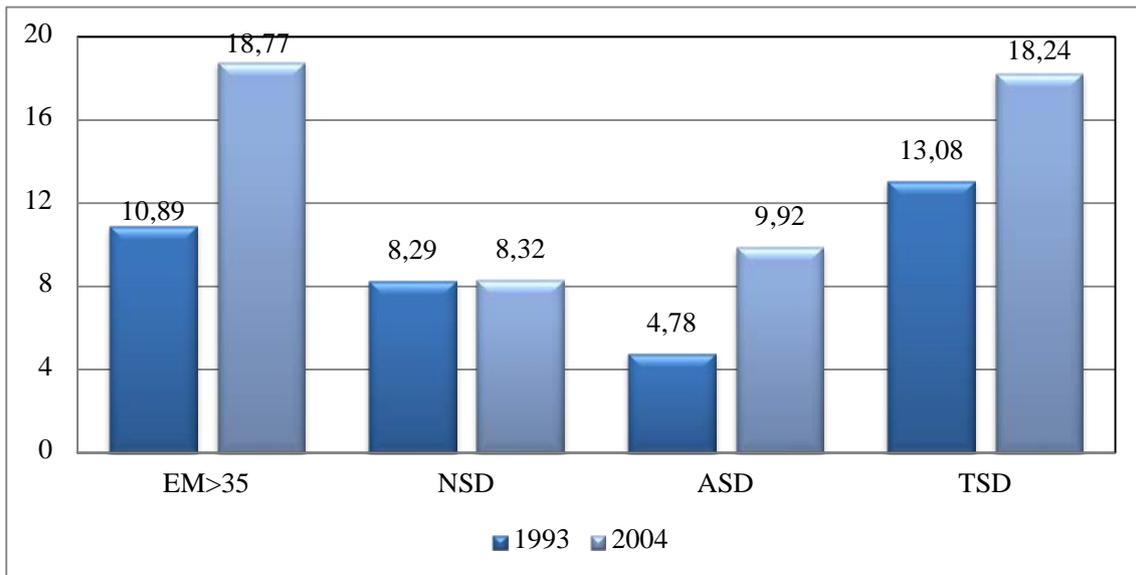


Figura 1.1: *Tendencias internacionales en la prevalencia de niños con síndrome de Down en los años 1993-2004.*

EM>35: Edad materna superior a 35 años; NSD: Nacidos síndrome de Down por 10.000 nacimientos; ASD: Abortos síndrome de Down voluntarios por 10.000 nacimientos; TSD: Número total de síndrome de Down (nacidos vivos, abortos espontáneos y abortos voluntarios) por 10.000 nacimientos.

Adaptado de G, G. S. Cocchi (2010).

Si hacemos hincapié en el número de interrupciones voluntarias del embarazo de síndrome de Down, vemos que la tendencia también es similar a la comentada a nivel nacional. En este estudio, Cocchi (2010) muestra que la tasa de abortos voluntarios de fetos síndrome de Down aumentó 5,1 por cada 10.000 nacimientos, de 4,8 en 1993 a 9,9 en 2004 (ver figura 1.1). De modo que en 1993, de manera general en Europa y Australia, casi dos tercios de las madres embarazadas con diagnóstico síndrome de Down siguieron adelante con su embarazo, mientras que en el 2004, casi dos tercios de las madres a las que se les diagnosticó embarazos con síndrome de Down lo interrumpieron.

Las primeras dos columnas de la Figura 1.1, nos muestran que la edad materna a la hora de concebir un niño ha aumentado desde el período de 1993 al 2004. En el segundo período expuesto, hay una mayor tasa de mujeres mayores de 35 años que han concebido un niño. Además, se muestra que los países con menor incremento de la edad materna a la hora de concebir un niño fueron República Checa (incremento de 5,8 %) y México (6,23%). De manera contraria, la capital de Francia y el Noroeste de Italia registraron los mayores índices de incremento de la edad materna.

Tabla 1.1: Tendencias internacionales en el nacimiento de niños con síndrome de Down en el año 2004.

País	Nº Nac.	EM>35	NSD	ASD	TSD
Australia: Oeste	25.306	14,95	11,46	11,97	23,43
Australia: Victoria	63.210	17,71	11,35	13,09	24,45
Canadá: Alberta	38.019	14,41	13,68	4,11	18,58
Rep. Checa	96.158	5,8	6,19	8,81	15
Inglaterra	636.816	14,61	5,63	5,23	10,85
Finlandia	59.425	17,38	12,08	11,63	23,63
Francia: Central/Este	103.964	15,37	7,39	12,62	20,01
Francia: París	38.878	24,37	7,25	27,09	34,34
Francia: Estrasburgo	13.437	13,3	6,1	13,88	19,89
Italia: Campania	50.574	13,98	6,91	6,11	13,02
Italia: Emilia-Romagna	25.603	18,82	7,88	11,23	19,11
Italia: Noreste	55.376	22,83	8,58	7,09	15,67
Italia: Toscana	24.002	21,52	6,73	9,71	16,48
Israel	20.880	16,36	5,73	3,71	9,43
México	38.508	6,23	11,9	0	11,9
Noruega	59.321	13,88	12,45	3,73	17,15
Holanda: Norte	19.766	14,81	10,64	4,83	15,47
Suecia	98.220	16,04	13,07	9,07	22,12
USA: Atlanta	46.248	14,94	12,66	3,95	16,61
Gales	31.634	13,6	9,72	9,82	19,57

Nª Nac.: Número nacimientos; EM>35: Edad materna superior a 35 años; NSD: Nacidos síndrome de Down por 10.000 nacimientos; ASD: Abortos síndrome de Down voluntarios por 10.000 nacimientos; TSD: Número total de síndrome de Down (nacidos vivos, abortos espontáneos y abortos voluntarios) por 10.000 nacimientos. Adaptado de G, G. S. Cocchi (2010).

Si atendemos al número de nacimientos de niños con síndrome de Down entre diferentes áreas y/o países, vemos que existe bastante disparidad. Aquí observamos que Francia, Italia e Israel son los países que menos nacimientos registran en comparación con Canadá (Alberta), Suecia y Atlanta.

Otra cuestión que se presenta en este trabajo es la posibilidad de interrumpir el embarazo ante el diagnóstico de síndrome de Down. En este estudio, París es el sitio donde se presentan más interrupciones voluntarias del embarazo de síndrome de Down, y Noruega e Israel registran las menores tasas de abortos voluntarios.

1.4.1. Tasa de población con síndrome de Down en España

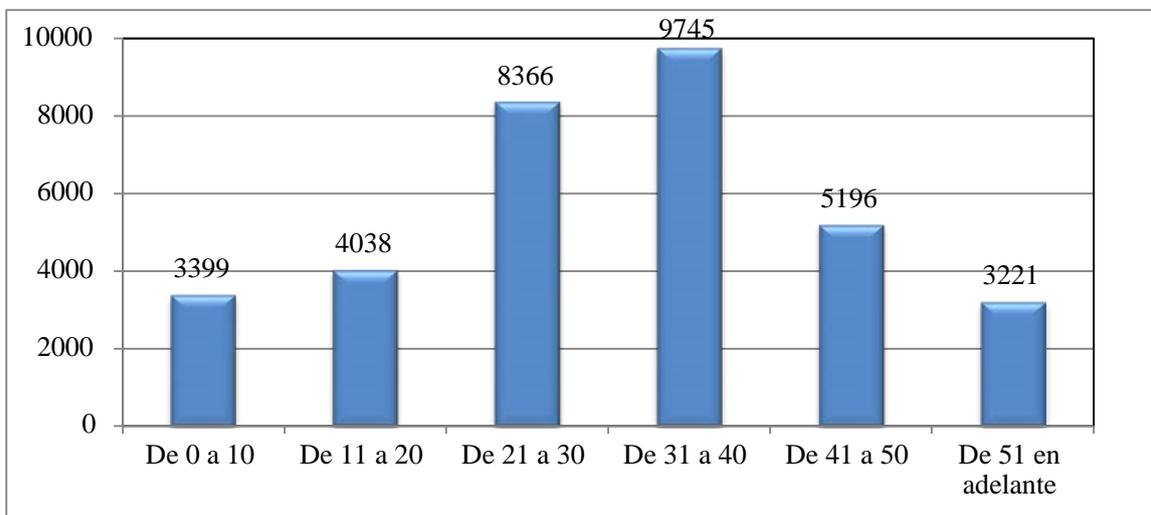


Figura 1.2: Estimación de la población con síndrome de Down en España en el año 2008 por grupos de edad. Adaptado de E. Bermejo, L. Cuevas, J. Mendioroz, Grupo Periférico del ECEMC y M. Martínez-Frías (2008).

La estimación de la población con síndrome de Down en España en el año 2008 es de 34.000 personas aproximadamente (Bermejo et al., 2008). Estos datos revelan que la esperanza de vida de las personas con síndrome de Down ha aumentado paulatinamente, pues la tasa de población síndrome de Down mayor de 45 años en 1999 era de 10,8%, y en el 2008 se ha incrementado a 13,6%. Además, nuevamente podemos apreciar el descenso de nacimientos en los últimos 20 años.

Respecto a los datos de nuestro país, otro aspecto interesante es la proporción de nacimientos de personas con síndrome de Down atendiendo al sexo. A continuación observamos un dato relevante que se manifiesta en el Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (Bermejo et al., 2008), y es el elevado número de varones con síndrome de Down en comparación con las mujeres.

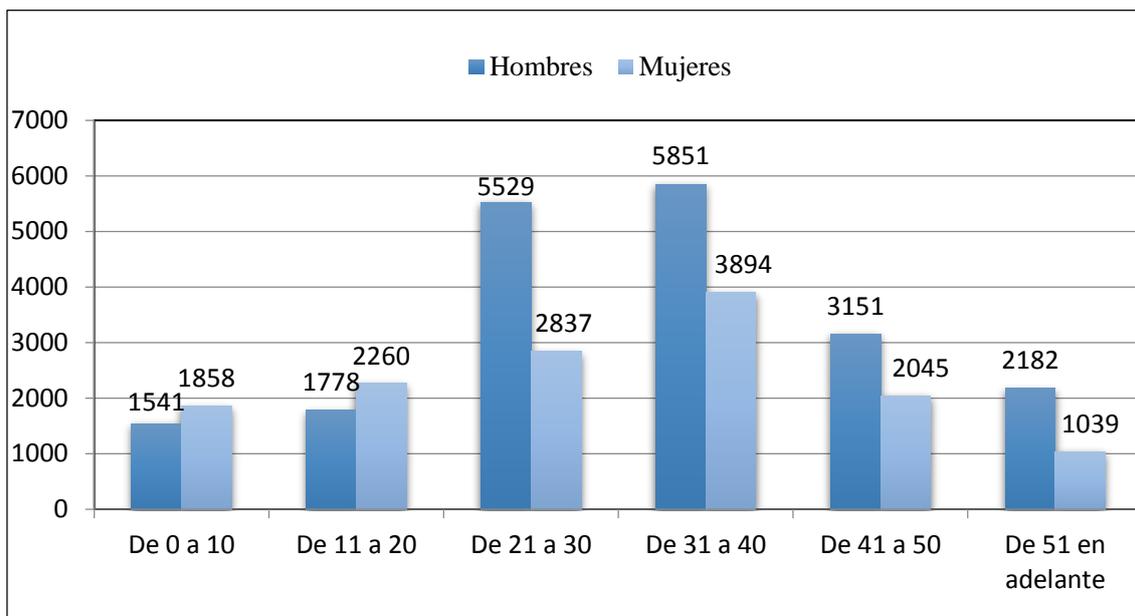


Figura 1.3: *Estimación de la población con síndrome de Down en España en el año 2008 por sexo y grupos de edad.* Adaptado de E. Bermejo, L. Cuevas, J. Mendioroz, Grupo Periférico del ECEMC y M. Martínez-Frías (2008).

Hay tres aspectos importantes que dan una idea del grado de atención que las personas prestan a las personas con síndrome de Down. Estos son la atención educativa, la capacitación laboral y la aceptación de las relaciones de las personas con síndrome de Down.

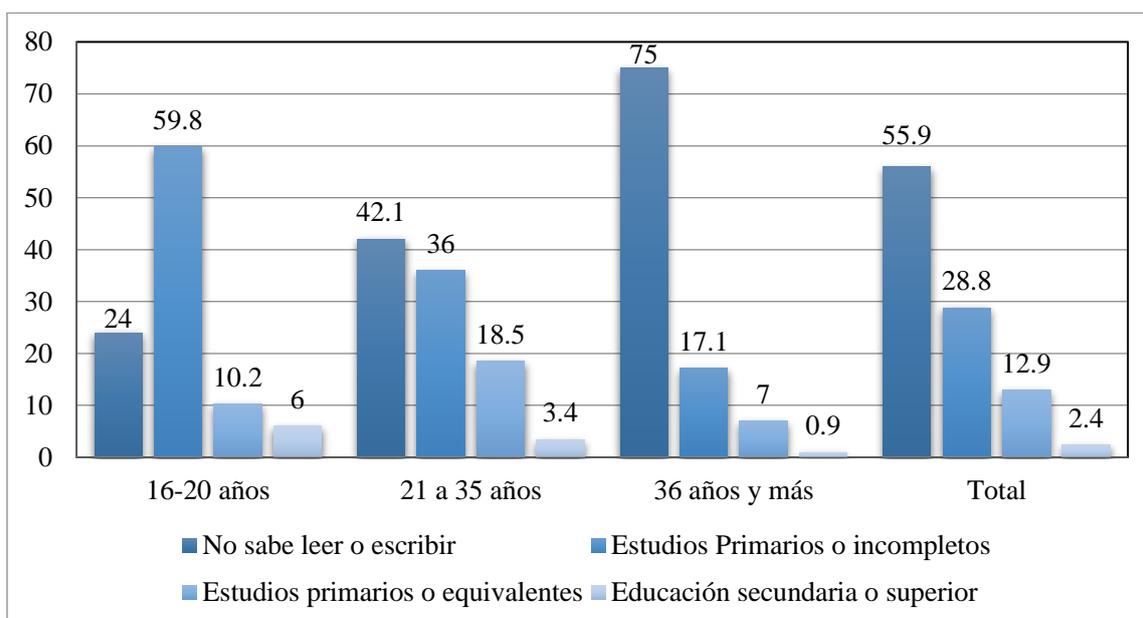


Figura 1.4: Porcentaje población española con síndrome de Down mayor de 16 años atendiendo a grupos de edad y nivel de estudios terminados en el año 2008. Adaptado de E. Bermejo, L. Cuevas, J. Mendioroz, Grupo Periférico del ECEMC y M. Martínez-Frías (2008).

Respecto a la atención educativa, es preciso atender al II Plan de Acción para personas con síndrome de Down en España (Down España, 2009-2013), que muestra cómo el nivel de alfabetización de las personas mayores de 16 años con síndrome de Down ha ascendido de manera progresiva (figura 1.4). Además, en comparación con los datos recogidos en 1999, en 2008 hay un 10% menos de personas analfabetas. También aumenta la tasa de personas con síndrome de Down con estudios secundarios y/o superiores. Estos datos muestran una evolución social de las personas con síndrome de Down, que han pasado de estar rechazadas y aisladas de la educación a formar parte de ella de una manera mucho más activa y tener la conciencia social de que este grupo necesita una educación especial.

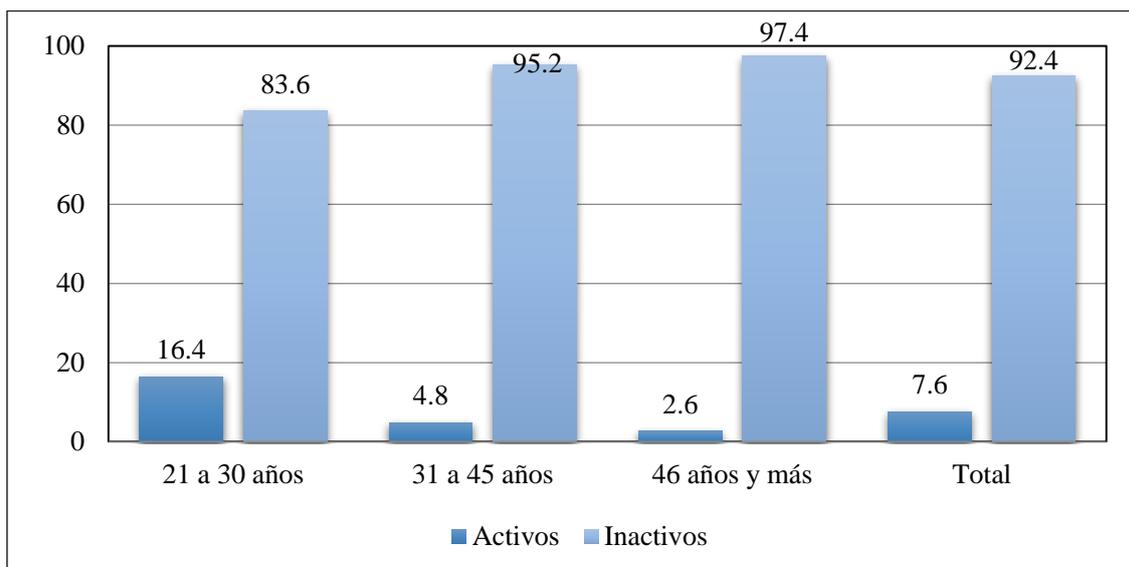


Figura 1.5: Porcentaje de población con síndrome de Down de 16 y más años según edad y actividad. Adaptado de E. Bermejo, L. Cuevas, J. Mendioroz, Grupo Periférico del ECEMC y M. Martínez-Frías (2008).

Respecto a la integración laboral de las personas con síndrome de Down en España, tal y como podemos apreciar en la figura 1.5, en la actualidad el 90% de las personas con síndrome de Down se encuentran inactivas, es decir ni buscan ni tienen empleo.

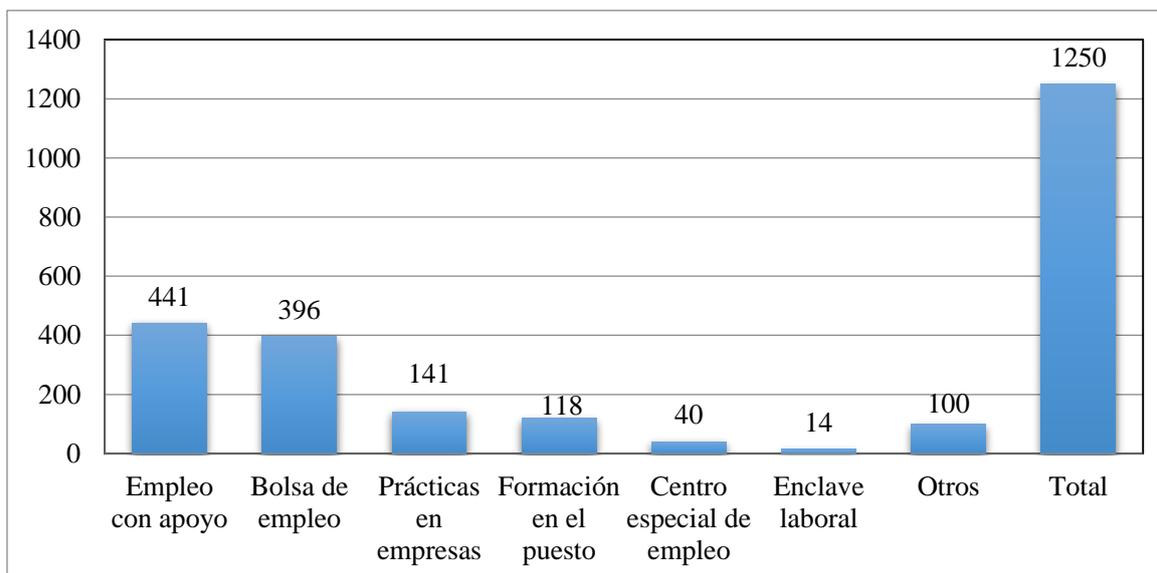


Figura 1.6: Actividad laboral de las personas con síndrome de Down en el año 2008 asociadas a Down España. Adaptado de E. Bermejo, L. Cuevas, J. Mendioroz, Grupo Periférico del ECEMC y M. Martínez-Frías (2008).

Sin embargo, existe un incremento de la tasa de actividad laboral dentro de este pequeño porcentaje de actividad. Según el II Plan de Acción para personas con síndrome de Down en España (Down España, 2009-2013), en el año 2008 había 1.250 personas con síndrome de Down trabajando en España, en contraste con las 620 que se estimaron en 1990, es decir un incremento de 730 personas en 20 años aproximadamente.

La posibilidad de acceso al mercado laboral ha sido propiciada especialmente por las medidas especiales de empleo que están dirigidas al colectivo de personas con discapacidad en España, así la mayoría de los trabajos responden al empleo con apoyo (441 trabajadores). Por el contrario los enclaves laborales no han tenido impacto como podemos ver en la figura 1.6).

Finalmente, respecto a la sexualidad y relaciones sentimentales de las personas con síndrome de Down, no hay que olvidar que el síndrome de Down es considerado un niño eterno y cuando alcanza la edad adulta tiene grandes problemas para afrontar las relaciones sentimentales con normalidad. La sociedad y principalmente la familia son los principales responsables de este hecho. Según el II Plan de Acción para personas con síndrome de Down en España (Down España, 2009-2013), los propios familiares reconocen haber coartado la libertad de sus hijos o controlado en exceso las relaciones de pareja o sexualidad, y justifican este hecho con el miedo de las implicaciones de una “sexualidad descontrolada” (pp.38).

Así, Down España (2009-2013), abre el debate sobre las relaciones sentimentales y llama a la reflexión a sus familiares, advirtiéndoles que las personas con síndrome de Down necesitan tener relaciones con otras personas, pues más allá de la sexualidad, tienen necesidad de mantener relaciones emocionales con otras personas, planteando como algo fundamental las relaciones afectivo amorosas. El hecho de educar y concienciar a los familiares y a los jóvenes con síndrome de Down supone grandes esfuerzos por parte de la asociación de síndrome de Down. Además, recaban las posturas de varias personas con síndrome de Down a favor de la normalidad de sus relaciones sentimentales, en las que expresan el sentimiento de querer tener hijos y formar una familia “*Pues a mí me interesa tener novia, comprarme una casa... Si quiero, puedo, porque estoy trabajando y estoy fijo, y eso es lo que más me interesa y más me preocupa, a la vez*”, Down España (2009-2013, pp. 38).

Las personas con síndrome de Down están luchando por una integración real en la sociedad, por lo que conforme van consiguiendo una vida autónoma a nivel personal y una integración laboral, ven más cerca el poder independizarse y formar una familia.

Existen pocos datos registrados en relación a matrimonios de personas con síndrome de Down. Sin embargo, tal y como podemos observar en la prensa, no es un hecho insólito. Recientemente, un joven con síndrome de Down y una mujer sin limitantes se han casado en Jerez (Hernández y Méndez, 27 de Abril de 2015). Este y otros testimonios parecidos nos muestran que se están rompiendo las barreras, no obstante, la integración de las personas con síndrome de Down es un problema actual y es un hecho que todavía no se ha conseguido.

1.5. La percepción social de las personas con discapacidad

La percepción que la sociedad tiene acerca de las personas con discapacidad psíquica ha sufrido grandes cambios a lo largo de este último siglo, sobre todo en los últimos 40 años. Hasta los años 80, se utilizaron habitualmente términos despectivos y peyorativos con los que se hacía referencia a la discapacidad cognitiva, siendo la nomenclatura común y clínica a utilizar la de *idiotia*, *imbécil*, *cretino*, *subnormal*, *retrasado mental*, *mongol*, *morón*, *desviado*, *incapaz* y *desadaptado* (Edgerton, 1980; Scheerenberger, 1984; Taylor, 2013; Verdugo, 2006).

Edgerton, considerado como uno de los pioneros y precursores de la investigación etnográfica en el ámbito de la discapacidad, recoge en su trabajo "*Mental retardation*", la visión que la sociedad tenía del retraso mental. Concretamente se consideraba como un defecto innato de la naturaleza, una lesión que resultaba de una enfermedad grave o de una anomalía genética, que limitaba claramente las posibilidades de aprender y reproducir la cultura, y de tener una identidad cultural que es el reflejo de la humanidad de las personas. Así, como recoge Edgerton (1980), ser retrasado o discapacitado intelectual, por definición, implicaba una percepción negativa de la persona, una despersonalización y una reducción de su propia humanidad, pues no existía ni cura ni esperanza para las dificultades del retrasado mental. Este autor se posiciona como defensor de la capacidad y competencias de este colectivo, y afirma que las personas con retraso mental finalmente se convierten en desviadas de forma adaptativa y funcional a las demandas del entorno social, pues son víctimas de su etiqueta social, la cual promueve

que surjan los rasgos y atributos más negativos (Edgerton, 1980; Goffman, 1970; Guerrero, 2011).

En 1974, el gobierno británico encargó a una comisión de expertos presididos por Mary Warnock la realización de un informe sobre la educación especial. Lo más relevante de este informe fue la recomendación de abandonar la distinción entre educación especial y educación asistencial y asumir que la ayuda educativa especial es imperativa en muchos niños más allá de las discapacidades visibles que posean. En este sentido, el informe Warnock (1978) plantea una nueva conceptualización de la discapacidad, que se aleja de las carencias y la pérdida de funciones que el discapacitado tenía desde un punto de vista clínico, y contribuye a humanizar y aportar identidad a este colectivo (Goode, 1984). Además, este informe contribuye a que en el año 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) cree la primera Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM, 1980), donde términos como discapacidad, minusvalía y deficiencia, aparecen recogidos por primera vez. Esta nueva nomenclatura refleja el cambio de mentalidad en la sociedad a nivel internacional y una nueva era en la percepción hacia las personas con discapacidad.

No obstante, a pesar del cambio de nomenclatura y de mentalidad para referirse a las personas con discapacidad psíquica, en la actualidad las personas con síndrome de Down siguen siendo un grupo social excluido de nuestra sociedad, en futuros apartados veremos más detenidamente este fenómeno.

1.6. El paradigma de la discapacidad y sus consecuencias

La discapacidad es un fenómeno complejo que se compone tanto de factores personales (deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación social), como de factores contextuales (barreras y obstáculos físicos) que ejercen un efecto sobre la deficiencia personal (OMS, 2001). En el pensamiento científico han destacado siempre dos paradigmas para explicar el fenómeno de la discapacidad: El paradigma de rehabilitación (donde destaca el modelo médico), y el paradigma de la autonomía personal (encarnado principalmente por el modelo social), que ha ido emergiendo a partir de la década de los 70 del siglo XX.

El paradigma de rehabilitación se centra en la recuperación, asistencia médica y adaptación de las personas discapacitadas al contexto. Se focaliza en las deficiencias de

las personas discapacitadas, actúa y basa la rehabilitación de estas personas a partir de sus deficiencias. Además, se expresa bajo una perspectiva y argot médico, incluyendo en ocasiones connotaciones peyorativas hacia la discapacidad, como minusvalía y deficiencia (Díaz-Velázquez, 2010).

Por el contrario, el paradigma de la autonomía personal atiende al análisis y supresión de las barreras y obstáculos que el entorno social impone a las personas discapacitadas. Se centra en los problemas de los discapacitados bajo una concepción de cambio social, en el que dichos problemas son concebidos como dificultades que la sociedad ha de solventar para evitar la exclusión de este colectivo. Se expresa bajo una perspectiva sociológica, política, etc., y evita términos peyorativos, utilizando el término de discapacidad (Díaz-Velázquez, 2010).

No obstante, en las últimas décadas estamos presenciando un progresivo cambio de paradigma, del modelo médico al modelo social (Lakatos y Musgrave, 1975). Según Fernández-Delgado (2012), este cambio ha sido posible gracias a la aparición de la sociedad de bienestar, cuyo objetivo es ofrecer asistencia médica y proteger socialmente a las personas desfavorecidas o con necesidades continuadas. Bajo este paradigma social, el problema de la discapacidad es un hecho que concierne a la sociedad, y no a los discapacitados, por lo que para alcanzar un mayor progreso social las investigaciones deben analizar de qué manera la sociedad incapacita a las personas discapacitadas. Este cambio de paradigma se centra en la integración de las personas discapacitadas en nuestra sociedad, y concibe la discapacidad tanto desde un punto de vista médico-biológico como el resultado de un complejo contexto social. Bajo el prisma de este modelo, las personas con discapacidad constituyen un grupo sujeto a discriminación, cuyas limitaciones se basan en el entorno físico y social, como consecuencia de la falta de adecuación a las necesidades de todos los ciudadanos (Vived, Betsabé y Díaz, 2012). Este paradigma ha promovido profundos cambios en las estructuras sociales y económicas y ha promovido la aparición y el asentamiento de principios fundamentales como la autonomía personal, la vida independiente, la ciudadanía, la igualdad de oportunidades, etc. (Oliver, 1998).

En la actualidad existe una participación más activa de las personas con síndrome de Down en diversos ámbitos como la formación y el empleo, sin embargo aún queda mucho trabajo por delante para conseguir una completa condición de ciudadano de las personas con síndrome de Down y este hecho se encuentra en el centro del debate público.

Lamentablemente, la integración que propone el paradigma actual se ve amenazada por diversos factores, entre los que vamos a destacar los procesos involucrados en la exclusión social y ciudadana.

1.7. La exclusión social hacia las personas con discapacidad

Atkinson y Marlier, en un informe elaborado para Naciones Unidas en 2010, definen la exclusión social como la exclusión de ciertos individuos y grupos sociales de los procesos políticos, económicos y sociales, que imposibilitan su contribución plena en la sociedad. Esta exclusión social alejaría a las personas de las relaciones de producción, distribución y consumo, y fragmentaría otros ejes de la ciudadanía, como el cultural, el económico, el formativo, el sociosanitario, el de la vivienda, el relacional, el político y el espacial (Castells, 2001; Subirats, 2005).

En este sentido, los grupos excluidos socialmente experimentan menos derechos sociales que el resto y las personas con discapacidad, en tanto son un colectivo frágil, son vulnerables a la exclusión. Subirats (2005) enumera diferentes tipos de exclusión social dependiendo del ámbito que se afecte: dependencia (ámbito económico), incapacidad e imposibilitación (contexto laboral), enfermedades y discapacidades graves o estigmatizadas, así como enfermedades que sufren los colectivos excluidos (ámbito sociosanitario), y barreras a la movilidad (ámbito espacial).

A nivel psicológico, la exclusión social está muy vinculada con los procesos de ciudadanía social y todos aquellos factores que influyen en las libertades y los derechos de las personas y que tienen que ver con su calidad de vida y bienestar, como por ejemplo sanidad, educación, trabajo, etc. (Jiménez, 2008). La exclusión social es la percepción de sentirse excluido, solo o aislado, y dado que la percepción de la pertenencia a un grupo es una necesidad humana básica, el cumplimiento de esta necesidad promueve nuestros esfuerzos cognitivos, emocionales y comportamentales, sobre todo, cuando esta necesidad se ve amenazada (Baumeister y Leary, 1995; Fernández-Arregui, 2009).

En la medida en que la estigmatización implica una evaluación relacional negativa, colectivos como el síndrome de Down, están más expuestos al ostracismo, la exclusión social, el rechazo y otros efectos negativos por parte del grupo mayoritario. Este tipo de procesos sociales son extremadamente dañinos y destructivos para el grupo estigmatizado y tienen graves consecuencias tanto a nivel individual como social. Las consecuencias que acarrea el hecho de que una persona sienta que es socialmente excluida

y/o sea consciente de que puede llegar a ser excluida en un futuro ha sido objeto de numerosos estudios.

La exclusión social incrementa el comportamiento agresivo

La agresión es una de las conductas que se asocian a la exclusión social. Al respecto existen dos posturas. La primera defiende que las personas excluidas desean ser aceptadas socialmente y esto implica que la respuesta más adaptativa para los seres humanos es mostrarse de acuerdo a las normas de aceptación social (DeWall, Deckman, Pond y Bonser, 2011). Ser agresivo es contraproducente para hacer amigos, como lo demuestran Juvonen y Gross (2005) quienes evidencian que niños y adultos fueron excluidos socialmente por sus comportamientos agresivos. De modo que esta primera postura defiende que las personas excluidas reducen sus conductas agresivas para ser admitidas socialmente. En oposición, la segunda postura afirma que la exclusión social aumenta el comportamiento agresivo. Lamentablemente se conocen diferentes casos donde el comportamiento agresivo ha sido protagonista en nuestra sociedad. Los tiroteos acontecidos en escuelas estadounidenses fueron realizados por personas que se sentían fuertemente rechazadas por el resto de compañeros (Leary, Kowalski, Smith y Phillips, 2003). También, muchos jóvenes se comportan de manera violenta por sentirse excluidos (Garbarino, 1999).

Para poder vislumbrar si la exclusión social reduce o aumenta el comportamiento agresivo, se han intentado perfilar experimentalmente cuatro formas de exclusión social:

a) Persona a la que se anticipa un futuro solitario; b) persona a la que nadie conoce y con la que nadie quiere trabajar; c) persona de la que se conoce algo y por eso nadie quiere interactuar con ella; d) persona con la que se tiene una interacción inicial y después se la excluye.

Las conclusiones resultantes ante los cuatro casos fueron siempre en la misma dirección (Maner, DeWall, Baumeister y Schaller, 2007; Twenge, Baumeister, Tice y Stucke 2001; Williams, Cheung y Choi, 2000). La exclusión social aumenta el comportamiento agresivo en sus víctimas. El hecho de sentirse rechazado socialmente o la previsión de rechazo promueven en el excluido comportamientos dañinos hacia el resto de personas, incluso cuando éstas no tienen ningún tipo de participación en su sentimiento de rechazo o cuando estos grupos son grandes y sólidos, y podría ser una osadía

desafiarles. Esta asociación entre exclusión y conducta agresiva se ve reforzada al observar que este comportamiento disminuye cuando las víctimas de exclusión experimentan una mínima aceptación por parte de los demás (DeWall, Twenge, Bushman, Im y Williams, 2010; DeWall, Twenge, Gitter y Baumeister, 2009; Gaertner, Iuzzini y O'Mara, 2008; Twenge et al., 2001).

La exclusión social reduce la conducta prosocial

La reducción de la conducta prosocial en la víctima de exclusión es otra de las consecuencias de la exclusión social. Existen diversos estudios que afirman que los niños que son rechazados por sus compañeros actúan menos prosocialmente que los demás y muestran déficits en áreas como el razonamiento moral y la sensibilidad empática hacia otras personas (Dekovic y Gerris, 1994; Gest, Graham-Bermann, y Hartup, 2001; Schonert-Reichl, 1999; Wentzel y McNamara, 1999). Además, se sabe que la conducta prosocial guarda una fuerte relación con la aceptación social (Parkhurst y Asher, 1992; Schonert-Reichl, 1999). También se ha demostrado que los niños pertenecientes a familias cohesionadas son más propensos a actuar de manera prosocial, lo que ocurre también con las conductas de los miembros de matrimonios estables (Cochran y Bo, 1989; Romig y Bakken, 1992). Twenge, Baumeister, DeWall, Ciarocco, y Bartels (2007), quisieron probar esta hipótesis de si la exclusión social reducía los comportamientos prosociales. Para ello sometieron a algunos participantes a la condición de exclusión social, en la que se les decían que estarían solos al final de su vida o que otros participantes les habían rechazado. Más tarde se les daba la oportunidad de desarrollar una conducta prosocial. Los resultados indican que la exclusión social reduce el comportamiento prosocial, así como, el comportamiento cooperativo y altruista. Los participantes en la condición de excluidos en comparación con los no excluidos, tuvieron menos conductas prosociales (donaron menos dinero, invirtieron menos tiempo en ayudar, etc.) que los no excluidos socialmente. La importancia de este estudio radica en que el rechazo interfiere temporalmente en nuestras respuestas emocionales, afectando a la capacidad de comprensión empática hacia los demás, y como resultado, cualquier inclinación a ayudar o cooperar con los otros se menoscaba. Además, Maner et al. (2007) demostraron que las víctimas de exclusión social se comportan de manera prosocial cuando esto reporta beneficios para su aceptación social mientras que, en caso contrario, desarrollan conductas egoístas.

La exclusión social altera la autorregulación

La autoregulación, entendida como la capacidad que permite a los seres humanos controlar sus impulsos, está estrechamente ligada a la exclusión social (Baumeister, DeWall, Ciarocco, y Twenge, 2005; DeWall, Baumeister, y Vohs, 2008). Está demostrado que las personas que regulan sus impulsos son más aceptados socialmente, de modo que cuando una persona se siente excluida siente que no le merece la pena concentrar sus esfuerzos en autorregularse. Así, ser excluido o rechazado afecta a la autorregulación y, además, reduce la capacidad de persistir en el logro de los objetivos. Baumeister et al. (2005), demostraron que los participantes que se encontraban dentro de la condición de excluidos socialmente, en comparación con sus homólogos (no excluidos) eran menos capaces de consumir hábitos saludables y consumir comida sana y nutritiva (chocolate, galletas con chispas, etc.). Estos resultados proporcionan evidencia de que la exclusión social afecta a la capacidad de los individuos para autorregularse, pues inhibe la capacidad de los sujetos para utilizar los recursos motivacionales y cognitivos necesarios para evitar actos impulsivos y el retraso en la gratificación. Además, Twenge, Catanese y Baumeister (2003), señalaron que el rechazo social da lugar a una sobreestimación de la recompensa inmediata, pues los estudiantes se centraban en el presente (y no en el futuro) y, como consecuencia, prevalecía la gratificación inmediata de una acción frente a invertir más tiempo en una tarea y obtener gratificación posterior. Además, encontraron evidencias de que la exclusión social promueve la toma de decisiones irracionales y acarrea riesgos autodestructivos. Concretamente, los participantes eligieron comportamientos no saludables, y destinaron más tiempo a las actividades de ocio y placer antes de un examen, en vez de estudiar para este. Además, Williams (2007), en su revisión acerca del ostracismo y la exclusión social, afirma que las personas que sufren continuamente exclusión social perciben que los otros no les valoran, y como resultado desarrollan una hipersensibilidad a la amenaza social, y ansiedad ante las interacciones sociales. Además, el autor determina que a largo plazo puede producir ostracismo crónico, indefensión aprendida y alienación.

La exclusión social determina el foco de atención

La atención básica es otra área afectada por la exclusión social. DeWall, Maner, y Rouby (2009), partieron de la hipótesis de que la exclusión social aumentaría la atención de las víctimas hacia las personas que favorecieran la aceptación social. De este modo se llevó a cabo una manipulación de la exclusión social y luego completaron una de identificación de caras. En la pantalla del ordenador aparecían varias caras sonrientes, tristes y enfadadas, y la tarea consistía en identificar lo más rápidamente posible las caras sonrientes. Los resultados manifestaron que las personas de la condición excluidos identificaron mucho antes caras sonrientes que las de la condición de aceptación social. Además, estos autores probaron también su hipótesis utilizando experimentos de movimientos oculares y nuevamente comprobaron que los participantes de la condición de exclusión social fijaron más su atención en caras sonrientes.

La exclusión social obstaculiza el desarrollo cognitivo

También se ha relacionado la exclusión social con el pensamiento inteligente, concretamente, en cómo influye la exclusión en el desarrollo cognitivo. Las habilidades intelectuales han permitido a los seres humanos resolver problemas y dominar su medioambiente, pues para sobrevivir han tenido que hacer frente a adversidades y tomar decisiones efectivas. Así, el hecho de pertenecer a un grupo ha ayudado a los seres humanos a conseguir sus metas personales y profesionales. Los miembros de un grupo se apoyan y protegen de los infortunios, además mantienen una estructura jerárquica donde cada uno tiene una posición, una especialidad y juega un rol. No pertenecer a un grupo implica que el individuo tiene que conseguir sus metas en solitario y para ello necesitaría de un pensamiento más agudo e inteligente. Bajo este prisma, Baumeister, Twenge y Nuss (2002) hipotetizaron que sentirse socialmente excluido sería adaptativo y aumentaría la inteligencia. Para probarlo, sometieron a los participantes a una manipulación en la que se les hacía creer que iban a estar solos en la vida (condición exclusión social) y posteriormente se evaluó el impacto cognitivo en estos. Los resultados mostraron un decremento significativo en el pensamiento inteligente, específicamente, se observó un descenso cognitivo en tareas relacionadas con la lógica y el razonamiento de los sujetos bajo la condición de exclusión social, hecho que no sucedió en las otras dos condiciones, no excluidos socialmente y desgracia no social (accidente de tráfico, operación, etc.).

La exclusión social promueve la formación de vínculos sociales

Las personas excluidas tienen una gran interés en formar vínculos sociales (Maner et al., 2007), por lo que la exclusión social también afectaría a las actitudes de las víctimas de exclusión. Esta hipótesis, parte de la premisa de que si la exclusión social aumenta el deseo de conexión social, entonces las personas excluidas tendrán actitudes de afiliación. DeWall (2010) probó esta hipótesis. En su investigación sometía a manipulación a los participantes de la condición exclusión social (diciéndoles que iban a estar solos al final de su vida) y posteriormente les informaban sobre la implantación de unas nuevas políticas en la universidad (por ejemplo, trabajar después de clase). El objetivo era la búsqueda del consenso entre compañeros. Los resultados indicaron que los participantes excluidos estaban en la mayoría de los casos de acuerdo con su homólogo, lo que no sucedía en la condición de no excluidos, en la que intentaban en la mayoría de los casos imponer su parecer o mostrar desacuerdo con las nuevas políticas. Así, se ha demostrado que la exclusión social influía en la formación de actitudes cohesivas y cooperativas.

En conjunto, las investigaciones parecen sugerir que la exclusión social aumenta la agresividad en sus víctimas (Gaertner et al., 2008; Twenge et al., 2001), reduce la conducta prosocial (Gest et al., 2001; Schonert-Reichl, 1999), influye en la autorregulación del individuo (Baumeister et al., 2005), afecta a la atención básica (DeWall et al., 2009) y reduce el pensamiento inteligente (Baumeister et al., 2002). Sin embargo, no todos los lazos relacionados con la exclusión social tienen consecuencias negativas. Se ha demostrado que las personas excluidas, por su condición de rechazado, tienen una gran interés en formar conexiones sociales, además despierta los vínculos sociales y el consenso entre compañeros (Maner et al., 2007). De este modo, se sabe que las consecuencias que la exclusión social tiene sobre las personas que lo sufren son muy diversas.

Las personas con discapacidad son un colectivo vulnerable a la exclusión (Subirats, 2005). Tal y como veíamos anteriormente, estas personas están excluidas de los procesos de ciudadanía social que influyen en sus libertades y sus derechos. También, las personas con síndrome de Down están excluidas dentro del ámbito económico, del contexto laboral y del sociosanitario, lo que favorece su exclusión social y puede jugar diversas consecuencias. La integración de las personas con síndrome de Down ha sufrido grandes avances, sin embargo este colectivo se mantiene aún hoy en día ajeno a una

ciudadanía y una participación social, por lo que hemos de ser conscientes que queda mucho trabajo por hacer para que la integración de este colectivo se refleje en nuestra sociedad y para que la exclusión social no acarree consecuencias en este colectivo.

CAPÍTULO 2

Percepción social del estigma

“La cara es el espejo del alma” (Refrán popular).

Capítulo 2: Percepción social del estigma

En este segundo capítulo vamos a analizar la percepción que la sociedad tiene de las personas con síndrome de Down por ser portadoras de un estigma. En el primero hemos podido conocer de primera mano quiénes y cómo son las personas con síndrome de Down, así como las consecuencias que acarrea su discapacidad. A continuación profundizaremos en el estigma de las personas con síndrome de Down y en las repercusiones de sus rasgos característicos. Además, vamos a analizar la influencia de esos rasgos fisionómicos en la percepción que la sociedad tiene hacia este colectivo.

2.1. ¿Qué es el estigma social?

El estudio científico del estigma tiene su origen en los trabajos de Goffman (1963) que, bajo una perspectiva psicosocial, definió este término como un atributo que marca y diferencia negativamente a la persona, haciendo que la interacción con ella resulte menos deseable. Jones et al. (1984; p.7) lo definieron como “*la relación entre una marca (atributo) y unas características no deseables*”. Crocker, Major y Steele (1998), afirman que el estigma social es un producto generado socialmente, que devalúa a ciertas personas basándose en criterios físicos o ideológicos. Además, Crocker et al. (1998) sostienen que el estigma no reside en la propia persona sino en el contexto social, y de este modo, lo que es estigmatizado en un contexto puede no serlo en otro. Por lo tanto, la persona puede nacer con un defecto congénito que favorece un estigma (por ejemplo, negro, gitano, síndrome de Down, etc.), o adquirir este déficit en el contexto social que cuestiona su completa humanidad como por ejemplo, obeso, enfermo mental (Shelton, Alegre y Son, 2010). Asimismo, la asociación de una característica a una evaluación y a un estereotipo negativo en un determinado contexto determina que una característica se convierta en estigmatizadora, sobre todo cuando es una creencia socialmente compartida (Crocker et al., 1998; Steele, 1997). Este “dinamismo” en el proceso de estigmatización causa que las personas pueden tener riesgo de ser estigmatizadas en diferentes momentos de su vida (por ejemplo, ser fumador, ser forastero, etc.), pues el estigma está supeditado al contexto (Quiles y Morera, 2008).

La investigación sobre estigmatización social ha crecido considerablemente, y actualmente las líneas de investigación más relevantes han centrado su foco de atención en los efectos del estigma y la forma en la que las personas con estigma afrontan la devaluación y la deshumanización (Crocker y Quinn, 2004; Heatherton, Kleck, Hebl y Hull, 2000; Major y O’Brien, 2005; Schmitt y Branscombe, 2002). En el próximo capítulo

trataremos más concretamente la deshumanización de las personas con estigma, pues es uno de nuestros objetivos de investigación.

2.2. Categorías del estigma

Existe una gran diversidad de tipos de estigma y cada tipo provoca un grado de rechazo diferente que, a su vez, supone emociones diferentes (Fuster, 2011). A continuación vamos a detallar las tipologías del estigma más relevantes.

En 1963, Goffman en su obra “*Stigma: Notes on the management of spoiled identity*”, analiza las reacciones de las personas hacia los colectivos estigmatizados socialmente, haciendo hincapié en que la percepción, interacción social y las respuestas hacia estos grupos son diferentes en función de la naturaleza o categoría del estigma. A partir de esas reacciones, Goffman creó la primera taxonomía del estigma, diferenciando tres tipos: las deformidades físicas (estigma físico), los defectos del carácter (estigma psicológico) y los estigmas tribales (estigma social). El estigma físico tiene su origen en las abominaciones del cuerpo o deformidades físicas, como la obesidad y las discapacidades físicas. El estigma psicológico aparece en los defectos de carácter del individuo, como las pasiones dominantes o innaturales, la rigidez de creencias y la falta de honradez. Estos defectos se observan en grupos con trastorno mental, convictos, adictos, alcohólicos, homosexuales, desempleados, personas con intentos suicidas y políticos radicales (Goffman, 1963). Finalmente, el estigma social (o tribal) hace referencia a la pertenencia a ciertas razas, religiones o naciones.

Otra clasificación más reciente es la realizada por Marichal y Quiles (2000), quienes partiendo de la taxonomía de Goffman se propusieron averiguar si las personas estigmatizadas tenían una estructura categorial completamente delimitada en tres dimensiones (física, psicológica o sociocultural) que funcionaba de manera independiente, o si estas personas con estigma manifestaban al mismo tiempo características de estos tres tipos. De nuevo, estas autoras diferenciaron tres categorías de estigma: el estigma físico, el psicológico y el sociocultural. Concretamente, el estigma físico tiene en común aspectos como la apariencia y deficiencia física, las alteraciones orgánicas y las enfermedades. El estigma psicológico alude a la enfermedad o deficiencia mental, y el estigma sociocultural se determina por los rasgos de etnia o procedencia geográfica, comportamiento desviado y características religiosas. Marichal y Quiles (2000) comprobaron en esta investigación que los límites entre un tipo de estigma y otro son difusos, ya que las personas con estigma

pueden formar parte de distintas categorías. Los resultados con puntuación más alta en estigma físico fueron *leprosos, enanos, síndrome de Down y minusválidos*. En el estigma sociocultural, *gitanos, delincuentes, prostitutas y drogadictos*, y en el psicológico *esquizofrénicos, locos, dementes, y depresivos*. Resulta relevante resaltar que el síndrome de Down, además de destacar en la dimensión de estigma físico, se encuentra en sexto lugar de los 66 grupos evaluados bajo el estigma psicológico. Estos resultados muestran cómo los rasgos faciales (estigma físico) hacen visible la deficiencia mental (estigma psicológico) de las personas con síndrome de Down.

Otra forma de distinguir entre estigmas, es atender a la fuente que estigmatiza (ONUSIDA, 2002; Parker y Aggleton, 2003; Tsutsumi e Izutsu, 2010). Así, se parte de dos categorías: El estigma declarado y el estigma internalizado. En el estigma externo o declarado, la fuente del estigma son terceras personas, mientras que en el estigma internalizado, la fuente del estigma es la propia persona que lo posee.

Recientemente, Bos, Pryor, Reeder y Stutterheim (2013) y Pryor y Reeder (2011), han propuesto una taxonomía que consta de cuatro tipos de estigma; El estigma público, el auto-estigma, el estigma por asociación y el estigma estructural.

2.2.1. El estigma público

El estigma público se considera el núcleo de las otras tres manifestaciones del estigma, ya que representa todas aquellas reacciones psicológicas y sociales que la sociedad tiene hacia aquellas personas que consideran estigmatizadas. Éste se basa en las reacciones afectivas, cognitivas y comportamentales que los perceptores mantienen hacia los portadores del estigma y que depende de varios factores.

En primer lugar, depende de la controlabilidad, es decir, del grado de responsabilidad de la persona en su estigma. Así, cuanto mayor responsabilidad se tenga del estigma más odio y rechazo produce. Sin embargo una baja responsabilidad (como es el caso en las personas con síndrome de Down) despierta simpatía y promueve conductas de ayuda.

En segundo lugar, de la percepción de severidad en la condición de desviado, ya que percibir que la condición del desviado es severa despierta emociones ambivalentes. Por un lado, genera ansiedad y, por otro lado, simpatía. Bos et al. (2013) afirman que esta ambivalencia se da en personas discapacitadas.

El tercer factor que influye en el estigma público es la percepción de peligrosidad ya que la persona percibida peligrosa genera miedo y conductas de evitación por parte de los receptores. Bos et al. (2013) ejemplifican este factor con las personas con problemas mentales, pues al percibir las como impredecibles parecen peligrosas. Finalmente, la percepción de la violación de la norma, alude a todas aquellas conductas ajenas a la norma social (homosexualidad, prostitución, etc.) y que generan miedo, emociones negativas y exclusión social. Según Quiles y Morera (2015), existe una correlación positiva entre la desviación de la norma y los sentimientos negativos que genera el desviado.

2.2.2. El auto-estigma

El auto-estigma, hace referencia al impacto que el estigma tiene sobre el propio sujeto. Este tipo de estigma incluiría el impacto social que tiene estar expuesto a la estigmatización, así como el impacto psicológico que supone internalizar esas creencias y sentimientos negativos asociados a su condición. El estigma público, influye en el auto-estigma a través de a) el tratamiento negativo que recibe una persona por su condición de estigmatizada; b) el estigma sentido, que alude a la experiencia o a la anticipación que la persona estigmatizada tiene de su estigmatización; y c) la internalización del estigma, que afecta negativamente en la autoestima del estigmatizado y genera angustia en las personas cercanas al estigmatizado (Bos et al., 2013; Herek, 2009; Quiles y Morera, 2015).

2.2.3. El estigma por asociación

Las consecuencias del estigma y su alcance van más allá de la persona devaluada y afectan a aquellas personas que están en relación con el estigmatizado (Pryor, Reeder y Monroe, 2012). El estigma por asociación alude a esas reacciones sociales y psicológicas que comentábamos en el auto-estigma, pero que recaen en este caso sobre familiares, amigos u otras personas asociadas con las personas estigmatizadas, y que genera en ellos angustia y baja autoestima (Bos et al., 2013; Mak y Kwok, 2010; Struening et al., 2001). En esta dirección, los familiares en ocasiones sienten que han sido apartados o maltratados por la sociedad, pues existen innumerables prejuicios, estereotipos y miedo ante las personas estigmatizadas, y una visión negativa del estigma, que se muestra de manera abierta en los medios de comunicación. Además, también se da entre los familiares una autoestigmatización, es decir, una identidad ambivalente. Otra de las consecuencias es no aceptar el estigma, y tal y como lo define Birenbaum (1970; p.197), “*aparentar una normal vida familiar*”. Por ejemplo, existen padres con hijos discapacitados que para no

afrontar el estigma, evitan el contacto con las organizaciones de personas discapacitadas (Birenbaum, 1970).

Además, entre los familiares y amigos también existe el miedo al contagio social, es decir miedo a sufrir la exclusión y el rechazo que sufre el estigmatizado por estar en relación con este (Quiles y Morera, 2015). Así, normalmente las personas en relación con personas estigmatizadas intentan ocultarlo (Bos et al., 2013; Phelan, Bromet y Link, 1998).

2.2.4. El estigma estructural

Este estigma se refiere al papel que tienen las instituciones sociales y las ideologías de los miembros de la sociedad en la perpetuación del estigma. Quiles y Morera (2015) afirman que el estigma cumple una función en la reproducción de las desigualdades sociales por contribuir a conservar la hegemonía del poder social, económico y político. Según estas autoras, en nuestra sociedad existen procesos de dominación-subordinación, en la que los dominantes ejercen el control, mientras los subordinados son grupos minoritarios, marginados socialmente, con una identidad negativa y dependientes del grupo mayoritario. Para dominar la mayoría necesitan marcar, excluir y agrupar a personas o grupos, y con esta marca se les estigmatiza. Una vez hecha la marca, un siguiente paso es justificar esta injusticia social con la hipótesis del mundo justo (Lerner, 1980), la percepción de bondad, naturalidad o necesidad de las jerarquías sociales (Sidanius, Pratto y Bobo, 1994). Además, la cultura social puede exacerbar o aminorar la tendencia de los miembros de la sociedad a estigmatizar, y que las culturas orientadas al grupo estigmatizan más a los grupos que no se rigen bajo la norma, en contraste con las culturas orientadas al individuo (Shin, Dovidio y Napier, 2013).

2.3. Dimensiones del estigma

Las dimensiones del estigma hacen referencia a aquellas variables que gradúan la severidad con la que las personas estigmatizan a otras y las agrupan en categorías asociales (Quiles y Morera, 2008). Una de las propuestas más relevantes sobre la dimensionalidad del estigma es la formulada por Jones et al. (1984), que se caracteriza por seis dimensiones:

- 1) La visibilidad, que hace referencia al grado en el que el estigma se puede ocultar o es visible. Si el estigma es visible, la interacción social con la persona

estigmatizada será más difícil y podría provocar rechazo y discriminación. Por ejemplo, las personas con síndrome de Down portan un estigma con alto grado de visibilidad.

2) La direccionalidad, que hace referencia a la manera en la que evoluciona el estigma (ej. ceguera).

3) El potencial disruptivo, que se refiere al grado en el que la característica estigmatizante interfiere en las relaciones interpersonales promoviendo una “interacción tensa” (ej. tartamudez).

4) La apariencia física, que tiene que ver con el atractivo o no de la persona estigmatizada.

5) El origen del estigma, es decir, el grado de responsabilidad (congénita, accidental o intencional) que la persona estigmatizada tiene sobre su estigma. En este sentido, se ha encontrado que, por ejemplo, las personas drogadictas provocan reacciones más negativas que otros grupos estigmatizados, pues su estigma tiene un origen intencional.

6) La peligrosidad, que alude al peligro (físico, psicológico o social) que el grupo mayoritario considera que tiene el estigma para ellos. Por ejemplo, el contagio, el miedo al desequilibrio mental o la amenaza al incumplimiento de las normas sociales.

Posteriormente, Frable (1993) y Crocker et al. (1998) basándose en las dimensiones propuestas por Jones et al. (1984), coinciden en que la visibilidad es una variable de singular relevancia para la interacción social con las personas con estigma. Esta dimensión va a jugar un papel muy importante para nuestra tesis, pues las personas con síndrome de Down poseen unos rasgos fenotípicos muy característicos que revelan desde el primer momento su condición. A continuación vamos a comentar varios trabajos que atienden al fenómeno de la visibilidad de las personas con síndrome de Down.

2.4. Visibilidad del estigma en las personas con síndrome de Down

Tal y como detallamos en el capítulo anterior, el colectivo de personas con trisomía 21 posee unos rasgos fenotípicos característicos. Así, debido a la visibilidad de su estigma, las personas con síndrome de Down tienen un alto riesgo de ser rechazadas socialmente.

El hecho de llevar a cuevas una marca física incapaz de ocultar y que refleja un estigma psicológico, es un aspecto crucial que obstaculiza el desarrollo de las personas con discapacidad intelectual y el éxito en su integración social.

Existen pocas investigaciones sobre la visibilidad del estigma de las personas con trisomía 21. Una de ellas, “*Valoración e identidad en el discurso de sujetos con síndrome de Down*”, de López y Álvarez (2008), realiza un análisis cualitativo de los recursos de valoración utilizados por personas con síndrome de Down para describirse, expresar sus emociones, sus juicios, su identidad y hacer referencia a las actitudes y valoraciones de los otros con respecto a su condición Down. Formaron parte de la investigación 4 participantes con trisomía 21 (dos de sexo masculino y dos de sexo femenino), con edades comprendidas entre 18 y 24 años, con lo que mantuvieron una entrevista de 30 minutos acerca de su condición, la manera en que se aceptan y son aceptados y cómo se sienten en su núcleo familiar y social. Los resultados muestran que las personas con síndrome de Down manifiestan un afecto positivo hacia ellos y su propio grupo de manera general, pero que, entre otros, generan actitudes y comportamientos caracterizados por la crítica, la burla y las miradas impertinentes (López y Álvarez, 2008) y, además, prejuicios, estereotipos y conductas discriminatorias.

Desde la perspectiva del grupo mayoritario, *Enea-Drapeau, Carlier y Huguet (2012)* encontraron evidencia de manera explícita e implícita de formas sutiles de prejuicio hacia niños con síndrome de Down. En este trabajo, se analizaron las actitudes y los estereotipos que diferentes grupos sociales asociaban a niños con trisomía 21 en función de sus rasgos faciales. Para ello, utilizaron imágenes de niños con desarrollo normal, imágenes de niños con rasgos faciales de síndrome de Down leves y niños con rasgos fenotípicos de trisomía 21 intensos. Los resultados de las medidas implícitas ponen de manifiesto que existe una mayor asociación de las imágenes síndrome de Down con rasgos negativos (como, por ejemplo, estúpido). A nivel explícito, muestran que la asociación de las imágenes con rasgos positivos fue menor en el caso de las imágenes de niños con T21, en comparación con los niños con desarrollo normal.

2.5. ¿Cuáles son las consecuencias del estigma social?

En la primera parte de este capítulo hemos abarcado el estigma social y las categorías y dimensiones del estigma, haciendo hincapié en la visibilidad porque las personas con síndrome de Down poseen unos rasgos fenotípicos característicos, y la

visibilidad del estigma es una variable relevante para la interacción de estas personas con la sociedad (Crocker et al., 1998; Frable, 1993). Basándonos en este conocimiento, a continuación nos disponemos a reseñar las consecuencias de ser portador de un estigma, tanto desde la perspectiva de las personas con síndrome de Down como desde la perspectiva del grupo mayoritario.

Los efectos que el estigma social tiene en la persona estigmatizada se asocian a la discriminación personal y estructural a su calidad de vida y la auto-estigmatización (Alexander y Link, 2003; Fernández, 2009; FusterRuiz, Molero, Holgado y Mayordomo, 2014; Goffman, 1963; Link, Struening, NeeseTodd, Asmussen y Phelan, 2001; ONUSIDA, 2002; ONUSIDA y OMS, 2005; Rüschi, Angermeyer y Corrigan, 2005).

A) Asociado a la discriminación, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, afirma que cuando aparece el estigma, el resultado es la discriminación (ONUSIDA y OMS, 2005). De esta discriminación se deriva cualquier forma de exclusión, restricción o distinciones arbitrarias que afectan a la persona poseedora del estigma y a las características personales de esta o de su grupo de manera injustificada. Además, la discriminación promueve que las personas pertenecientes al grupo mayoritario emitan u omitan acciones dañinas, o nieguen servicios y derechos al estigmatizado. Así, se señala que el estigma “*está ligado al poder y el dominio en todos los niveles de la sociedad*” desempeñando un papel clave en “*la producción y reproducción de las relaciones de poder*” (ONUSIDA, 2002; p.10).

De este modo, afirma, una de las consecuencias de ser portador de estigma es la desigualdad social, pues promueve que algunas personas sean infravaloradas y avergonzadas mientras que otras se sientan superiores a estas. La discriminación viola los derechos humanos de las personas estigmatizadas, puesto que vulnera el principio estipulado en la Declaración Universal de Derechos Humanos de que todos los seres humanos somos iguales ante la ley, independientemente de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otro tipo, propiedad, nacimiento u otras condiciones (ONUSIDA, 2002).

Al respecto, Fernández (2009), señala que si el estigma social supone un problema socio-psicológico, es en parte, porque es un antecedente del rechazo, pues en algunos contextos, poseer esta característica diferente devalúa socialmente y hace que las personas

con estigma sufran el rechazo, la exclusión social, el ostracismo, la intimidación y otras consecuencias sociales negativas.

B) Ser portador de un estigma afecta también a la calidad de vida y a la identidad con el grupo. La investigación de Fuster-Ruiz et al. (2014), analiza el papel mediador de la identidad social en la relación entre estigma declarado y estigma internalizado y la calidad de vida de las personas con VIH. En la investigación, un total de 557 sujetos infectados de VIH durante más de diez años, completaron diferentes cuestionarios referidos al estigma percibido, a la identidad social y a la calidad de vida. Los resultados muestran que los dos estigmas, el declarado y el internalizado, afectan negativamente a la calidad de vida de la persona con VIH, pero la forma en que lo hacen es diferente, pues en el estigma declarado, la identificación con el grupo no afecta –ni positivamente ni negativamente–, mientras que *“internalizar el estigma influye fuertemente en que se tengan sentimientos negativos por pertenecer al grupo de personas con VIH, y esto impacta negativamente en la calidad de vida”* (Fuster-Ruiz et al., 2014; p.5).

El estigma también tiene consecuencias sobre la salud, pues el hecho de sentirse discriminado reporta problemas de salud física (Pinel y Bosson, 2013). Existe un amplio volumen de investigaciones con diversos grupos que llegan a esta conclusión, (Bird, Bogart y Delahanty, 2004; Huebner y Davis, 2007; Landrine, Klonoff, Gibbs, Manning y Lund, 1995). Además, Pascoe y Smart-Richman (2009) sostienen que el estigma supone un factor de estrés crónico que, con el tiempo, aumenta tanto la vulnerabilidad a las enfermedades como la participación en conductas no saludables. Link y Phelan (2001) señalan como consecuencias la depresión, la hipertensión y la reducción en la esperanza de vida. Además el hecho de sentir constantemente una amenaza a la identidad puede conllevar a problemas de salud, tanto psicológicos como físicos, que favorecen el incremento de la presión de sanguínea y afecciones cardiovasculares (Chen y Matthews, 2003; Contrada et al., 2001; Díaz, Ayala, Bein, Henne y Marin, 2001).

Por su parte, Pinel (2004), señala que el estigma tiene efectos significativos sobre la autoestima. Así, el autor afirma que la conciencia de ser portador de un estigma correlaciona negativamente con la autoestima. En 1999, Miller y Downey muestran en su meta-análisis que existe una fuerte relación entre la autoestima y la importancia que uno mismo le da al estigma. Siguiendo en esta línea, Corrigan y Watson (2002) afirman que

el estigma público afecta negativamente a la autoestima en la medida en que se perciba como legítimo. Así, las personas que se identifican plenamente con el grupo estigmatizado, verán afectada negativamente su autoestima (McCoy y Major, 2003). Por otro lado, existen investigaciones que afirman que las personas estigmatizadas elaboran estrategias que salvaguardan su autoestima individual y grupal (Blaine y Crocker, 1993; Crocker, Blaine y Luhtanen, 1993).

De especial relevancia son las reacciones emocionales resultantes de portar un estigma. Bazemore, Janda, Derlega y Paulson (2010) estudiaron las experiencias emocionales de profesores universitarios extranjeros en Estados Unidos. Los resultados afirman que la condición de estigmatizado por ser extranjero correlacionaba positivamente con sentimientos de soledad y rechazo, y negativamente con sentimientos de bienestar. Algunos trabajos sugieren que el estigma produce consecuencias emocionales negativas en los individuos que lo portan. Cuando el grupo mayoritario muestra reacciones de discriminación hacia el grupo estigmatizado, éstos sienten enfado y disgusto (Bosson, Pintel y Vandello, 2010), ansiedad (Dion y Earn, 1975) y tristeza (Schneider, Tomaka y Palacios, 2001). Además, las personas estigmatizadas que sufren discriminación de manera continua, son vulnerables a padecer trastornos emocionales, pues existen investigaciones que muestran que experimentar la estigmatización predice depresión, ansiedad y trastornos psicológicos entre minorías sexuales e individuos portadores de VIH (Szymanski, 2005).

C) La autoestigmatización independientemente de la afinidad que tenga con el grupo, lleva al individuo a mostrar una identidad ambivalente. Esto es, le lleva a tener una visión de su propio grupo estereotipada, extravagante, desacreditada, desvalorizada y con atributos negativos que el grupo aventajado le imputa a este colectivo. Estas características acreditan y refuerzan al grupo mayoritario a devaluarle, rechazarle y excluirle. Por su parte, esta visión puede ser detestada por él mismo desde el momento en el que este individuo apoye las normas de la sociedad, así su identificación social y psicológica con la sociedad le repelerá, transformando esta repulsión en sentimiento de vergüenza (Goffman, 1963).

Finalmente, el estigma social tiene consecuencias en el sistema de derechos y de acceso a servicios, por ejemplo, existe evidencia de la discriminación directa de las personas estigmatizadas en el acceso a la vivienda (Cowan, 2002; Warner, 2001) o de la

resistencia de las personas a aceptar la instalación de una residencia de discapacitados en su vecindario (Piat, 2000). Otra consecuencia del estigma social son las barreras para la obtención de un empleo (Rosenheck et al., 2006; Stuart, 2006), la desigual atención sanitaria y social (Corrigan, Watson, Warpinski y Gracia, 2004), la exclusión del estigmatizado ante posibles relaciones sociales significativas: pareja, redes sociales, etc. (World Health Organization, 2005), e incluso la imagen que los medios de comunicación reflejan de estos colectivos (Large, Smith, Swinson, Shaw y Nielssen, 2008).

2.5.1. La perspectiva del grupo mayoritario

En el apartado anterior hemos visto que la desigualdad social, la discriminación, el rechazo, la auto-estigmatización y la amenaza a la identidad, la autoestima y la calidad de vida son consecuencias del estigma social. A continuación trataremos las consecuencias del estigma desde la perspectiva del grupo mayoritario, específicamente se quiere analizar la percepción que el grupo mayoritario tiene de las personas con síndrome de Down.

El proceso de estigmatización social es un complejo entramado de actitudes que el grupo mayoritario tiene hacia personas o grupos específicos, y que generalmente acarrea consecuencias negativas (Angermeyer y Matschinger, 2005; Rüscher et al., 2005). Estas personas o colectivos son objeto de estigmatización, tanto las desacreditadas, aquellas cuyo estigma ya ha sido identificado, como las potencialmente desacreditables, aquellas cuyo estigma está aún por desvelar públicamente y saben que pueden ser víctimas del estigma desde el momento en el que se conozca su condición (Goffman, 1970). El grupo mayoritario tiene hacia las personas o grupos desacreditados actitudes de distancia social o rechazo, las cuales restringen los derechos y oportunidades de este colectivo. La distancia social implica que no se tolera tener un vínculo cercano (amigos, vecinos, empleados, familiares, etc.) con estas personas. Además, atendiendo a las consecuencias de las personas o grupos potencialmente desacreditables, se sabe que el grupo mayoritario tiene actitudes de evitación hacia este colectivo (Rüscher et al., 2005; Goffman, 1970). En ambas situaciones, tanto las personas o grupos desacreditados como las potencialmente desacreditables, sufrirán repercusiones negativas y nocivas sobre su autoestima y su conducta a nivel personal y social (López et al., 2008).

Las actitudes de evitación, rechazo y distancia social, son un reflejo de la amenaza que supone para el grupo mayoritario estar expuesto al estigma (Crocker et al., 1998; Jones et al., 1984; Katz, 1981) pues, tal y como afirman Blascovich, Mendes, Hunter y Lickel (2000), la amenaza es el componente principal del fenómeno de la estigmatización. Por ejemplo, en el trabajo de Fernández (2009) se muestra que el enanismo representa una amenaza para aquellos que no tienen enanismo, y evoca en el grupo mayoritario altos niveles de ansiedad y distancia social. Acorde con lo expuesto, Stangor y Crandall (2000) destacan que los estigmas nacen cuando cualquier tipo de atributo o característica de una persona supone un riesgo para los demás, pues la función principal de todos los estigmas es proteger al grupo mayoritario de una amenaza. Estos autores sugieren que el tipo de amenaza percibido varía. Puede ser tangible o simbólica (como ocurre con los grupos que amenazan el acceso a nuestros recursos materiales), puede estar relacionada con la enfermedad y otras condiciones que pongan en riesgo nuestra salud, puede ser de naturaleza moral (que se manifiesta cuando el grupo mayoritario percibe que ciertas personas o grupos no actúan en consonancia con sus propios valores morales) y puede tener relación con la creencia en un mundo justo (por ejemplo en el trabajo de (Lerner, 1980; Stangor y Crandall, 2000) afirman que es más fácil culpar a las víctimas de la pobreza que aceptar la injusticia de la situación). También puede estar relacionada con la justificación del sistema (Jost y Banaji, 1994) y la gestión del terror (Solomon, Greenberg y Pyszczynski, 1991), pues de esta forma se combate la amenaza de aceptar que existe desigualdad social y que no controlamos nuestra existencia (Stangor y Crandall, 2000).

2.5.2. La perspectiva de la víctima del estigma

Jetten, Branscombe y Spears (2006) presentan un modelo bidimensional para explicar los tipos de rechazo que una persona puede sufrir.

Tabla 2.1: Tipos de rechazo atendiendo a la fuente que lo causa y la estabilidad en el tiempo.

	Exogrupo	Endogrupo
Estable	Minorías clásicas (<i>síndrome de Down</i>)	Desviados
Inestable	Rebeldes	En transición

Adaptado de J. Jetten, N. R. Branscombe, y R. Spears (2006).

Tal y como podemos observar en la Tabla 2.1, el rechazo puede clasificarse atendiendo a la fuente que lo causa (si el rechazo proviene del propio grupo, vs. de un miembro de fuera del grupo), y a la estabilidad (estable vs inestable, por ejemplo la apariencia física). De la combinación de estas dos dimensiones (fuente y estabilidad) se derivan 4 tipos de rechazo: En primer lugar los desviados, en donde el rechazo procede del endogrupo y es estable (por ejemplo, las personas con sobrepeso o las “ovejas negras”). En segundo lugar, las personas en transición, que se da cuando el rechazo procede del propio grupo y es inestable (como el recién llegado al grupo). En tercer lugar, las minorías clásicas, que surge cuando el rechazo es estable y causado por el exogrupo (por ejemplo, los inmigrantes o minorías raciales o étnicas, y en este caso la persona con síndrome de Down). Y, por último, los rebeldes que se da cuando el rechazo procede del exogrupo y es inestable (por ejemplo, los punks, hippies, hípsters, etc).

A) El rechazo sufrido por la persona encuadrada en el grupo desviado tiene efectos negativos en lo que se refiere a su bienestar psicológico. Normalmente, los desviados hacen frente a su condición ocultándolo al endogrupo para sentirse más aceptados, por lo que con el tiempo pueden llegar a sentirse como impostores.

B) Atendiendo a las personas en transición, el rechazo vivido por estos dependerá del modo en el que se produzca la integración de este como miembro del grupo. Si piensan que el grupo les aceptará, se identificarán más con este y se esforzarán por ser un buen miembro del grupo (Fernández, 2009).

C) Las personas pertenecientes a minorías clásicas, como es el caso de las personas con síndrome de Down, afrontan cada día una discriminación que es estable y además perciben los límites del exogrupo como infranqueables. Estas personas tienden a mostrar respuestas colectivas hacia la exclusión promovida por el exogrupo, especialmente cuando perciben que existe una desigualdad ilegítima (Ellemers, Van-Knippenberg y Wilke, 1990). Una de las estrategias de afrontamiento de este colectivo es la identificación con su propio grupo. Existen investigaciones que analizan el paradigma de rechazo-identificación hacia diferentes targets, y que afirman que el rechazo del exogrupo puede favorecer la identificación de las minorías clásicas con su endogrupo, y que esta identificación promueve el bienestar psicológico (Branscombe, Schmitt y Harvey, 1999; Jetten, Branscombe, Schmitt y Spears, 2001; Schmitt, Branscombe, Kobrynowicz, y Owen, 2002; Schmitt, Spears y Branscombe, 2003).

D) El rechazo hacia las personas encuadradas en el grupo de rebeldes es inestable en el tiempo, debido a unas características que el grupo posee de manera voluntaria. Estas personas eligen estar en este grupo en la mayoría de los casos por tener una alta identificación con el mismo.

En este sentido, conviene destacar el trabajo de Major y O'Brien (2005) quienes señalan que las personas estigmatizadas sufren un trato negativo y discriminatorio (que además puede dar lugar a situaciones de desventaja como la limitación de estas personas a acceder al ámbito laboral, educativo, etc.). También el trato recibido por parte del grupo mayoritario puede promover en los estigmatizados la confirmación de expectativas, de modo que las personas estigmatizadas se comporten acorde a las expectativas y estereotipos negativos que les son asociados, y que son activados de manera automática. Además, el estigma puede suponer una amenaza para la identidad por tener la conciencia de que tu grupo es devaluado, marginado o tiene un bajo estatus.

En la investigación de López y Álvarez (2008), se recoge el grado de valoración y de identidad que tiene la persona con síndrome de Down hacia su propio grupo. En el estudio se analizan, desde el prisma del estigmatizado, los recursos que utilizan para describirse, expresar emociones y juicios, y hablar de su propia identidad. Además se ponen de manifiesto las actitudes que perciben de la sociedad. Se utilizó una metodología cualitativa que midió el afecto, juicio y apreciación personal.

Los resultados de los afectos, muestran que los entrevistados tenían una identidad e identificación plena con su grupo estigmatizado, y aceptaban perfectamente su condición síndrome de Down. Además, expresaban su autoimagen de forma positiva, a través de emociones de felicidad y satisfacción. Revelan tener cualidades como habilidad y destreza y se autodefinen como *“una persona feliz, satisfecha y capaz de hacer muchas cosas como estudiar, trabajar, tener amigos y divertirse”* y afirman *“Me siento bien, porque mi familia me cuida y me quiere mucho... por eso me siento importante y contento también...”* (López y Álvarez, 2008; p. 73). Además, a nivel emocional, la madre juega un papel muy importante ya que en todos los casos indicaron su amor por ellas.

De manera contraria, una de las personas entrevistadas mostró disconformidad e insatisfacción hacia su propio estigma y afectos negativos hacia el exogrupo. Así, en relación con los juicios negativos hacia su endogrupo afirma que *“No quiero ser Down, por... porque no... no puedo ir a algunos lugares... en la escuela no me siento bien, yo estudio con otros como yo y no me gusta, no...”*. Se identifica con el grupo síndrome de Down y considera que su grupo se enfrenta a limitaciones y obstáculos que les impiden desenvolverse con normalidad. Además, subraya los juicios negativos que el exogrupo tiene hacia su grupo cuando afirman que *“se trata de personas incapaces, que no pueden hacer nada o no pueden valerse por sí mismas”* (p. 74). Se concibe como víctima de estereotipos, prejuicios, discriminación y desigualdad social, y afirma que *“La gente es mala y dicen que no podemos hacer nada... cuando nos acercamos a otras personas se quitan, porque somos locos y agresivos...”* y *“Nosotros podemos hacer muchas cosas y otras personas que no son Down no hacen nada... son malos y hacen daño...”*. Además en el estudio se evalúa la apreciación que los entrevistados tienen acerca de las diversas actividades y tareas (trabajo, escuela, música) que desempeñan, donde predominan valoraciones positivas (como por ejemplo bueno, divertido, etc.). No obstante, y lamentablemente, el pequeño número de participantes en el estudio hace difícil la generalización de los resultados obtenidos. Las investigaciones generalmente han centrado su foco de atención en la perspectiva del grupo mayoritario por lo que en futuras investigaciones resultaría de gran interés centrar el foco de atención en las víctimas del estigma, de modo que podamos conocer y analizar más rigurosamente la perspectiva de las personas con síndrome de Down.

CAPÍTULO 3

Las personas con Síndrome de Down en un contexto
intergrupar

“Tómame tiempo para conocerme. Detrás de mis rasgos hay un ser humano único lleno de emociones y experiencias. Aunque nos parezcamos físicamente, no hay dos personas con síndrome de Down que sean iguales”. (EFE, 2012).

Capítulo 3: Las personas con Síndrome de Down en un contexto intergrupal

En este tercer capítulo vamos a analizar la percepción que existe sobre las personas con síndrome de Down como miembros de una categoría social, real y presente en nuestra sociedad. Como hemos señalado en el capítulo 1 y 2, las personas con síndrome de Down suscitan diferentes reacciones por el hecho de pertenecer a su categoría que, en muchos casos, posee connotaciones negativas. Este estigma les devalúa socialmente y lleva inherentes creencias, reacciones afectivas y conductas negativas hacia quien lo porta. El estigma convierte al estigmatizado en un ser con un estatus inferior y, por lo tanto, menos humano (Quiles y Morera, 2015).

El objetivo de este capítulo es atender a aquellos conceptos psicosociales que resultan útiles para aproximarnos a la representación categorial que la sociedad tiene de este grupo de personas ¿Las personas con síndrome de Down son vistas bajo un mismo patrón perceptivo? ¿Cuál es la imagen social que se mantiene actualmente de las personas con síndrome de Down? Los conceptos que consideramos más relevantes para abordar este objetivo son:

En primer lugar, los estereotipos asociados a las personas con síndrome de Down. Por tanto, en este apartado trataremos las creencias compartidas que se mantienen hacia este grupo social y que de manera consensuada crean su imagen estereotípica. Partiendo de esta representación cognitiva, abordaremos la respuesta actitudinal que se mantiene hacia las personas con síndrome de Down, situando el foco de atención en la ambivalencia actitudinal y las reacciones prejuiciosas, específicamente en el prejuicio paternalista.

En un segundo apartado, conoceremos las reacciones emocionales que genera en la sociedad la presencia de miembros de la categoría síndrome de Down, como experiencias emocionales justificadas por los estereotipos y actitudes sostenidas hacia este grupo. Ahondaremos en la ansiedad intergrupal, ya que tenemos constancia de que la reacción emocional predominante cuando se interactúa con personas estigmatizadas es la ansiedad. Por consiguiente, queremos comprobar si esto también ocurre con el colectivo de síndrome de Down al que se le asocian estereotipos de sociabilidad (simpático, tierno, afectuoso, etc.).

Además, vamos a analizar la atribución de rasgos humanos hacia las personas con síndrome de Down. Desde que en 1954, Allport analizara la naturaleza del prejuicio,

hemos podido conocer innumerables trabajos acerca del prejuicio mantenido hacia diferentes grupos sociales. Posteriormente, han surgido nuevas teorías que han analizado las formas más radicales del prejuicio, como es la reducción de la humanidad. En este tercer capítulo queremos analizar la infrahumanización que las personas tienen hacia este grupo social.

3.1. ¿Qué estereotipos y actitudes se asocian a las personas con síndrome de Down?

3.1.1. El modelo del contenido de los estereotipos

La Psicología Social ha prestado una notable atención a la forma en la que percibimos a los demás, tanto de manera individual (Asch, 1946; Hamilton y Fallot, 1974) como grupal (Allport, 1954). En 1946, Asch afirmaba que la impresión que genera una persona se forma muy rápida y fácilmente, destacando que existen diferentes rasgos de personalidad y que cada uno de estos nos produce una particular impresión de la persona. En su trabajo, observó que no todos los rasgos o cualidades tienen el mismo peso a la hora de formarnos una impresión de una persona, e identificó rasgos que englobó dentro de dimensiones como sociabilidad (con cualidades como generosidad, felicidad, sociabilidad, etc.) y frialdad (control, persistencia, seriedad, etc.). Allport, en *“The Nature of Prejudice”*, analizó varios aspectos fundamentales sobre el contenido de los estereotipos y las formas predominantes del prejuicio. Uno de los temas que trabajó en su libro fue el contraste entre el estereotipo de los judíos y el de los afroamericanos. El estereotipo de estos últimos se caracterizaba por tener rasgos impulsivos, perezosos, holgazanes, sexuales, agresivos, sucios y lúdicos, por lo que eran vistos como incompetentes, pero hedonistas y cálidos. En contraste directo, el estereotipo judío estadounidense poseía rasgos característicos como orgullo y ambición, pero se les percibía como competentes y fríos. Basándose en estas investigaciones, años más tarde, Rosenberg, Nelson y Vivekanathan (1968), estructuraron diferentes características personales en dos dimensiones importantes para la configuración de impresiones: la deseabilidad social (relacionada con características sociales, orientadas a las relaciones) y la deseabilidad intelectual (orientadas a la tarea). Además, Hamilton y Fallot (1974), manipularon la información presentada variando las características específicas de la persona en tales dimensiones. Según estos autores dependiendo de la percepción social o intelectual que se tenga de una persona, se la valorará de un modo u otro. Por consiguiente, la conclusión que sacan es que los rasgos característicos de la dimensión social influyen

más en los juicios de placer y gusto hacia esa persona, mientras que los rasgos relacionados con la dimensión intelectual son más influyentes para los juicios de respeto.

Partiendo de estos antecedentes, así como del trabajo de Allport (1954), que afirma que el contenido de los estereotipos es sistemático y ambivalente, Fiske, Xu, Cuddy y Glick (1999) desarrollaron el modelo del contenido de los estereotipos. Este modelo se apoya en las ideas precedentes sobre la bidimensionalidad en la percepción y afirma que la percepción que las personas tienen de otros grupos se configura a partir de dos dimensiones centrales de estereotipos, que son la sociabilidad y la competencia (Allport, 1954; Asch, 1946; Hamilton y Fallot, 1974; Rosenberg et al., 1968). Así, el estereotipo de calidez o sociabilidad (*warmth*) se refiere a las intenciones que otros grupos tienen hacia nosotros, y se centra en rasgos relacionales como sinceros, amistosos, afectuosos y dignos de confianza. El estereotipo de competencia (*competence*) hace referencia a la facultad de otros grupos para alcanzar sus metas, siendo las características personales de estos grupos, inteligentes, eficientes y competentes. Según Fiske et al. (1999), existen dos tipos de exogrupos, los que son percibidos como incompetentes pero cálidos, y los competentes pero fríos. En un primer estudio seleccionaron 17 grupos sociales (personas discapacitadas, amas de casa, asiáticos, judíos, etc.) y a través de una encuesta los participantes respondieron cómo pensaban que cada uno de esos grupos era visto por la sociedad. Para ello se emplearon 27 rasgos extraídos de los estereotipos asociados al género de Conway, Pizzamiglio y Mount (1996); comunales (cálidos) y agénticos (competentes), como por ejemplo competentes, sociales, sinceros, fríos, hostiles, etc. Así, contestaban a cada uno de los rasgos (por ejemplo “*Qué nivel de competencia creían que la sociedad veía a este grupo*”) a través de una escala Likert que iba de 1 (*no del todo*) a 5 (*extremadamente*). Los resultados de los estereotipos del exogrupo mostraron que existen dos dimensiones; competencia o sociabilidad. De este modo, características como inteligente, seguro, competitivo e independiente tendrían una fuerte consistencia dentro del factor competente, mientras que rasgos como sincero, de buen carácter, cálido y tolerante, lo harían en sociabilidad. Atendiendo a los grupos, las personas mostraron un prejuicio de envidia hacia los grupos que destacan como altos en competencia y bajos en sociabilidad (por ejemplo las personas ricas, feministas, mujeres de negocio, asiáticos, judíos y nortños), y prejuicio paternalista hacia los grupos altos en sociabilidad y bajos en competencia (por ejemplo los grupos de personas con retraso mental, personas con

discapacidad, amas de casa, ciegos, limpiadores de hogar, trabajadores inmigrantes y beneficiarios de asistencia social).

Una vez mostrada la evidencia de que los exogrupos se agrupaban en las dimensiones de sociabilidad o competencia, y que este contenido ambivalente se reflejaba de manera sistemática en los grupos, en un segundo estudio, los autores decidieron analizar si la posición y relación social de los grupos correlacionaba con estas dos dimensiones estereotípicas, introduciendo dos nuevas variables: la interdependencia y el estatus. Precisamente, hipotetizaron que las percepciones sobre la interdependencia (cooperativa vs. competitiva) afectarían más a las valoraciones sobre la sociabilidad de los grupos, por lo que los grupos con una interdependencia cooperativa se percibirían como cálidos, mientras que los grupos con interdependencia competitiva serían valorados como fríos. Por su parte, las percepciones relativas al estatus afectarían a los juicios sobre la competencia de los grupos, siendo los de alto estatus percibidos como competentes y los de bajo estatus percibidos como incompetentes. Para poner a prueba estas hipótesis, utilizaron los 17 grupos evaluados en el estudio 1, e incorporaron 17 ítems que analizaban el estatus de los grupos (por ejemplo, “¿Qué nivel de éxito económico han tenido los miembros este grupo?”), la interdependencia positiva (por ejemplo, “Las personas como yo dependemos de los miembros de este grupo para alcanzar metas importantes”) y la interdependencia negativa (por ejemplo, “Los miembros de este grupo compiten con personas como yo para conseguir trabajo”). Los resultados mostraron que efectivamente la percepción estereotípica que tenemos hacia otros grupos no es independiente del contexto, sino que proviene de la estructura de las relaciones entre los grupos sociales. El estatus social predijo la competencia percibida entre los grupos, mientras que el grado de interdependencia entre los grupos (es decir el grado de competición o de cooperación) predijo la sociabilidad percibida. Así, una persona tiene envidia y respeta a los grupos de alto status por su competencia, pero no le gustan (por ejemplo, las mujeres de negocio, judíos, asiáticos, etc.), mientras que no respeta a los grupos con estatus social bajo por ser incompetentes, pero le pueden gustar y ser paternalistas con ellos (por ejemplo amas de casa, latinos, discapacitados, etc.), ya que a menudo desempeñan roles que el grupo dominante desea que hagan pues le favorecen, creando una relación cooperativa entre los grupos. Hacia el endogrupo no existe esta ambivalencia, pues debido al favoritismo

endogrupal, el propio grupo se percibe como cálido y competente. De manera contraria, existen grupos estereotípicamente bajos en ambas dimensiones (Glick y Fiske, 2001a).

3.1.2. Una actitud ambivalente

Fue en el 2002, cuando Fiske, Cuddy, Glick y Xu, nos muestran por primera vez la ambivalencia del estereotipo asociado a diversos grupos. Además, Fiske et al. (2002) defienden que los estereotipos se forman de manera sistemática y no arbitraria, y son mayoritariamente ambivalentes, pues nuestra percepción posee simultáneamente evaluaciones subjetivamente negativas y positivas. De este modo, las personas no sentirían una antipatía univalente hacia los otros grupos, sino que experimentarían reacciones mixtas hacia estos.

Atendiendo a la existencia de dos dimensiones estereotípicas básicas, que son la competencia y la sociabilidad, y dependiendo del nivel (alta vs baja) de cada dimensión (competencia y sociabilidad), los grupos se perciben en base a 4 combinaciones.

Tabla 3.1: *Formas de prejuicio atendiendo a las dimensiones de competencia y sociabilidad.*

		Competencia	
		Alta	Baja
Sociabilidad	Alta	Prejuicio de admiración (endogrupo)	Prejuicio paternalista (por ejemplo personas discapacitadas , amas de casa, etc.)
	Baja	Prejuicio de envidia (por ejemplo mujeres de negocio, judíos, etc.)	Prejuicio de desprecio (por ejemplo blancos y negros pobres, beneficiarios de asistencia social, etc.)

Adaptado de S. T. Fiske, A. J. C, Cuddy, P. Glick y J. Xu (2002).

Si prestamos atención a las combinaciones estereotípicas (Tabla 3.1), los grupos resultantes son los que se perciben a) altos en competencia y sociabilidad (prejuicio de admiración); b) altos en competencia y bajos en sociabilidad (prejuicio de envidia); c) bajos en competencia y altos en sociabilidad (prejuicio paternalista) y d) bajos en ambos estereotipos (prejuicio de desprecio).

También en este estudio, los autores quisieron analizar las distintas emociones que despierta cada una de las 4 combinaciones estereotípicas. El prejuicio de admiración despierta emociones de orgullo y admiración, el prejuicio de envidia promueve emociones de envidia y celos, el prejuicio paternalista despierta pena y simpatía, y el prejuicio de desprecio, que es donde se sitúan las personas percibidas bajas en ambas dimensiones, promueve emociones de desprecio, asco, ira y resentimiento. Atendiendo a estos resultados, el primer interrogante que nos surge ahora es ¿En cuál de las cuatro combinaciones estereotípicas se encuadrarían las personas con síndrome de Down? Si nos fijamos en la Tabla 3.1, podríamos hipotetizar que las personas con síndrome de Down estarían dentro del grupo de personas discapacitadas que nos exponían Fiske et al. (2002) al mostrar la ambivalencia del estereotipo asociado a diversos grupos. A la luz de este modelo es muy posible que las personas con síndrome de Down se perciban como poco competentes pero sociables y, por tanto, favorezcan un prejuicio paternalista. El prejuicio paternalista hace que las personas tengan por un lado, una actitud de desagrado y falta de respeto hacia el colectivo síndrome de Down, y por otro lado les consideren dignos de simpatía, lástima, pena y compasión. Es decir, este prejuicio despertaría ternura y actitudes paternalistas y de sobreprotección hacia las personas con síndrome de Down.

3.1.3. El prejuicio paternalista

El prejuicio paternalista se ha hecho visible bajo múltiples prismas, atendiendo por ejemplo a la edad, el dialecto, el género y la raza (Cuddy y Fiske, 2002; Glick y Fiske, 2001a; Katz y Hass, 1986). Por ejemplo, en el estudio de Cuddy y Fiske (2002), el target analizado fueron las personas mayores, las cuales son percibidas como incompetentes pero amables. También en el estudio de Katz y Hass (1986) sobre el racismo ambivalente hacia los negros, las personas percibieron a estos grupos como incompetentes y vagos, pero por otro lado mostraron actitudes positivas hacia ellos, al percibir que se encuentran en desventaja y que son merecedores de ayuda (Katz y Hass, 1986). Además, en el ámbito lingüístico, Ruscher (2001) analiza la comunicación prejuiciosa hacia distintos grupos de hablantes con dialecto (personas con acento escocés en Reino Unido, acento chicano en estados unidos, etc.). Los resultados mostraron que las personas perciben a estos grupos menos competentes pero agradables y amistosos. El paternalismo también aparece en los estereotipos de género y ha sido uno de los ámbitos donde más interés ha despertado (Abrams, Vicky, Masser y Bohner, 2003; Dixon, Levine, Reicher y Durrheim, 2012; Expósito, Moya y Glick, 1998; Glick y Fiske, 2011).

3.1.4. Actitudes paternalistas versus actitudes de autonomía

En el apartado anterior hemos introducido el concepto de prejuicio paternalista. Además, hemos argumentado que las personas con síndrome de Down estarían encuadradas en el colectivo de personas discapacitadas que nos mostraban Fiske et al. (2002). Tal y como comentábamos, el prejuicio paternalista despertaría actitudes paternalistas y de sobreprotección hacia el colectivo síndrome de Down, y así, una nueva pregunta aparece ¿Esto quiere decir que las personas con síndrome de Down carecen de autonomía?

Ciertamente, el término paternalismo se puede considerar antagónico al de autonomía, por el hecho de considerar que la persona discapacitada no posee las habilidades y competencias necesarias para desarrollar o ejercer una acción por sí misma. Y, en este sentido, Dworkin (1987) entiende por paternalismo *“la interferencia con la libertad de acción de una persona justificada por razones que se refieren exclusivamente al bienestar, el bien, las necesidades, los intereses y los valores de la persona que está siendo coaccionada”* (Dworkin, 1987, pp.20). Asimismo, el paternalismo es la interferencia en la libertad o autonomía de una persona "por su propio bien" o para "prevenir su daño", independientemente de las preferencias de la persona cuya libertad está siendo reducida (Kopelman, 2004).

La inclusión de esta variable en esta investigación ha sido motivada por resultar de esencial relevancia en los planteamientos sociales y educativos de las personas con discapacidad intelectual. Tal y como hemos visto en el primer apartado de este capítulo, la percepción hacia las personas con discapacidad ha sufrido grandes cambios en la historia, y a día de hoy, uno de los aspectos más relevantes para estas personas es el proceso de normalización, es decir que las personas discapacitadas jueguen un papel más participativo y autónomo en nuestra sociedad. Por autonomía se entiende la acción con la que los agentes puedan entender y elegir lo que hacen. De este modo, cuando las personas carecen o ven dañadas sus capacidades cognitivas o volitivas, la acción autónoma se reduce o resulta imposible (O'Neill, 1984). Este autor argumenta que las personas tienen un bajo nivel de autonomía o una autonomía incompleta en alguno de los períodos de la vida (como puede ser la infancia o la tercera edad), en una gran proporción de la vida (pérdida de conocimiento, senilidad, enfermedad mental) o durante toda la vida (grave retraso).

La relación entre estigma y autonomía fue investigada empíricamente por Wang y Dovidio (2011). Estos autores ponen a prueba la idea de que hacer saliente el estigma aumenta la accesibilidad cognitiva a la autoestigmatización. La investigación, llevada a cabo con estudiantes universitarios discapacitados, mostró que los sujetos con alta conciencia de su estigma reportaron menos palabras relacionadas con autonomía tras la presentación de una imagen de una persona discapacitada, en comparación con las imágenes de estudiantes universitarios sin discapacidad. Esto nos muestra que la percepción más o menos autónoma de la discapacidad depende de la conciencia que se tenga del estigma.

3.1.5. ¿Qué estereotipos y actitudes se asocian a las personas con Síndrome de Down?

Existe constancia de que las personas con síndrome de Down se perciben con estereotipos altamente cálidos, con rasgos como amistosos, cariñosos, felices y sociables (Fidler y Hodapp, 1999; Gibson, 1981; Gilmore, Campbell y Cuskelly, 2003; Mepsted, 1988; Sirlopú et al., 2012). Por otro lado, los estereotipos asociados a las personas con síndrome de Down son incompetentes, con rasgos como problemáticas y agresivas, irracionales, retrasadas y estorbo social (Heinemann, 1990; Molina, Nunes y Vallejo, 2012; Pary, 2004; Sirlopú et al., 2012). De modo que, como comentábamos en el apartado anterior, se sostienen actitudes positivas y negativas hacia este colectivo y, en la mayoría de los casos, las personas mantienen una actitud ambivalente.

Por un lado, y centrándonos en las actitudes positivas, existe una actitud colectiva de tolerancia y deseo de inclusión de las personas con trisomía 21 en nuestra sociedad (Baron y Byrne, 1998). Por ejemplo, en la investigación de Gilmore et al. (2003), se investigaron los estereotipos y actitudes que una amplia muestra de estudiantes y de profesores asociaban con las personas con síndrome de Down. Así, a través del cuestionario de Wishart y Manning (1996) analizaron, entre otras medidas, la percepción que las personas tenían de las características personales del síndrome de Down. Los resultados de ambos grupos mostraron un estereotipo positivo hacia los niños con síndrome de Down, asociándoles rasgos como amistosos, afectuosos y felices, y mucho más afectuoso que otros niños sin síndrome de Down. También, Sirlopú et al. (2012), se propusieron conocer los estereotipos asociados a las personas con síndrome de Down a través de 25 atributos evaluados en una escala Likert de 1 a 7, que variaba desde nada

característico a muy característico. Esta investigación pretendía analizar la diferente percepción entre los colegios con y sin programas de integración hacia las personas con síndrome de Down. Esta prueba arrojó 4 factores; Competentes (por ejemplo eficiente, hábil, etc.), cálidos (por ejemplo cálidos, amigables, etc.), confiables (sinceros, honrados, etc.) y hostiles (por ejemplo agresivos, egoístas, etc.). Los resultados mostraron que los estudiantes, independientemente de su procedencia (con o sin integración) perciben a las personas con síndrome de Down bajo una imagen estereotípica de sociabilidad y confiabilidad. Pero a la vez, los estudiantes de ambos colegios les asociaron bajos niveles de competencia y hostilidad. También diversos estudios muestran actitudes positivas hacia la integración escolar en el sistema educativo de las personas con discapacidad (Cooney, Howard y Lawlor, 2006; Guralnick, Connor y Hammond, 1995; Hocutt, 1996).

A pesar de que muchos autores afirman que la integración de las personas con síndrome de Down en la sociedad parece ser un hecho ya conseguido (Gilson, Cooke y Mahoney, 2005), otros piensan que la aceptación de este colectivo aún no se ha logrado en su totalidad, pues existen investigaciones que muestran que todavía existen actitudes negativas hacia este colectivo (García y Sarabia, 2001; Glenn y Cunningham, 2001; Gútiez, 2003; Molina et al., 2012). En este sentido hay datos de la relación existente entre el odio y la intimidación, el abuso y el acoso hacia los discapacitados (Fyson y Kitson, 2010; Quarmby, 2008; Sin, Hedges, Cook, Mguni y Comber, 2009). Además, existe constancia de que las actitudes de los enfermeros influye potencialmente en el cuidado que se tiene hacia pacientes con discapacidad intelectual, por lo que una percepción negativa hacia este colectivo afectará en la calidad de su cuidado de la salud (Courtney, Tong y Walsh, 2000; Lewis y Stenfert-Kroese, 2010; Young, Henderson y Marx, 1990), y en otros factores como la comunicación con el paciente y el tiempo empleado con este (Lewis y Stenfert-Kroese, 2010).

Diversos estudios muestran la existencia de actitudes negativas a nivel educativo que apoyan la no integración escolar en el sistema educativo de las personas con síndrome de Down (Burke y Sutherland, 2004; Siperstein, Norins, Corbin y Shriver, 2003). Por ejemplo, Pace, Shin y Rasmussen (2010), en una investigación realizada en Estados Unidos, exponen que el 25% de los adultos de la población general de Estados Unidos se muestra en desacuerdo con la inclusión educativa de los estudiantes con trisomía 21 (considerándolos, por ejemplo, como distractores para el resto del alumnado). Además,

un tercio de los adolescentes que respondieron al estudio, reportaron que no estaban dispuestos a trabajar en un proyecto de clase o pasar tiempo fuera de la escuela con un estudiante con trisomía 21. También existen actitudes negativas a nivel laboral, cuando se encuentra a personas de este colectivo trabajando en puestos que muestran sus habilidades cognitivas y sociales (Heinemann, 1990). Esto podría deberse a que se percibe a las personas con síndrome de Down como problemáticos (Pary, 2004), irracionales (Molina et al., 2012) e inferiores (Fiske et al., 2002). Molina e Illán (2008) afirman que en la actualidad existe un bajo nivel de apoyo, interés y compromiso social hacia las personas con síndrome de Down. Incluso existen personas que piensas que las personas con trisomía 21 disfrutan de mayores ventajas en el sistema de bienestar social, cuestionan su capacidad para ser padres, apoyan su esterilización (Yazbeck, McVilly y Parmenter, 2004) y mantienen actitudes de reprobación y segregación hacia las personas con síndrome de Down (Baron y Byrne, 1998).

Según Edgerton (1980), como resultado de su estigma y su estereotipo negativo, las personas discapacitadas no pueden escapar de actitudes de exclusión y rechazo por parte de la sociedad. Y es que la integración de las personas estigmatizadas psicológicamente no sólo se ve afectada por las competencias de estas, sino también y fundamentalmente por las actitudes que la sociedad en general tenga hacia ellas (Abrams, Wetherell, Cochrane, Hogg y Turner, 1990; Antonak y Livneh, 2000; Diamond y Kensinger, 2002).

A lo largo de este apartado hemos podido conocer la ambivalencia actitudinal que las personas mantienen hacia las personas con síndrome de Down, en donde conviven del mismo modo las actitudes positivas y las negativas. Es decir, actitudes positivas de tolerancia e inclusión y actitudes de desagrado y falta de respeto hacia este colectivo. Esta ambivalencia actitudinal hace que las personas discapacitadas, y en nuestro caso las personas con síndrome de Down, despierten lástima, pena y compasión y que se tenga un prejuicio paternalista. El trabajo de Molina et al. (2012), muestra una de las primeras evidencias al respecto, pues afirma que se tienen actitudes paternalistas hacia las personas con síndrome de Down. Además, añade que en ocasiones existe una excesiva sobreprotección que llega a resultar hasta ofensiva, sobre todo por parte de los miembros de la familia, que muestran una preocupación exagerada que induce a pensar en la falta de madurez de las personas con trisomía 21 (González-Torres, Oraa, Aristegui,

Fernández-Rivas y Guimon, 2007; Molina e Illán, 2011). Esta “cápsula protectora” a la que hacía referencia Goffman en 1968, y bajo la que se mantendría un prejuicio paternalista según Fiske et al. (2002), hace que los padres, y la sociedad en general, no contemplan para sus hijos con síndrome de Down ciertos eventos vitales, como el matrimonio y/o la independencia del hogar parental. Ya veíamos en el Capítulo 2, la resistencia a contemplar y normalizar estas situaciones en las vidas del colectivo con síndrome de Down al analizar la educación, el empleo y las relaciones sentimentales de las personas con síndrome de Down, como portador de un estigma. Además, observábamos que una de las grandes limitaciones de las personas discapacitadas es que son tratadas como niños (Cunningham, 1988; Guerrero, 2011; Price-Williams, 1989).

3.2. Experiencias emocionales hacia las personas con síndrome de Down

Las experiencias emocionales hacen referencia a “los procesos perceptivos, interpretativos y evaluativos, tanto *conscientes como inconscientes, que realiza el sujeto acerca de su propio estado y expresión emocionales*” (Palmero, Guerrero, Gómez y Carpi, 2006, p.5). Las experiencias sociales previas que la persona haya tenido, influyen en las experiencias emocionales, ya que producen cambios súbitos en el organismo y tienen que ver con la respuesta originada ante la presencia de una persona u estímulo, ya sea interno o externo. Atendiendo a la experiencia emocional subjetiva, Wallbott y Scherer (1989) afirman que el proceso emocional se produce en diferentes fases. En primer lugar existe una evaluación de una situación similar previa, seguidamente suceden cambios fisiológicos, más tarde una expresión motora, una motivación hacia la acción y finalmente un sentimiento subjetivo.

También, Weiner, Perry y Magnusson (1988) muestran cómo las personas sin estigma reaccionan hacia los estigmatizados. En su investigación analizaron las reacciones afectivas y conductas hacia los estigmatizados de origen físico y psicológico. Los resultados indican que el estigma físico genera reacciones afectivas más positivas en comparación con los grupos estigmatizados psicológicamente. De modo que, los estigmas que tienen un origen físico generan simpatía y piedad, promueven conductas de ayuda y se conciben menos peligrosos. Además, los autores afirman que estos resultados más favorables hacia el estigma físico pueden deberse a que dependen menos del control personal. Así, la primera cuestión que nos planteamos es ¿Qué experiencias emocionales despertarían las personas con síndrome de Down?

La respuesta a esta cuestión procede de diversos estudios. Por ejemplo, en el estudio realizado por Gill, Stenfert-Kroese y Rose (2002) se encontró una fuerte correlación entre la percepción subjetiva que varios médicos poseían de las personas discapacitadas y las reacciones emocionales que tenían al trabajar con pacientes con una discapacidad intelectual. Al respecto, Hastings (2005) señala que, al tener que lidiar con un comportamiento difícil, se puede esperar que los cuidadores tengan reacciones emocionales negativas hacia estos. De hecho, existe constancia de que los cuidadores sienten, entre otras emociones, miedo, ira, tristeza y frustración (Bromley y Emerson, 1995; Whittington y Burns, 2005).

El tipo de discapacidad es una variable relevante, pues Lewis y Stenfert-Kroese (2010) observaron en su investigación que el personal de enfermería tuvo menos emociones positivas y un mayor número de emociones negativas cuando trabajaban con pacientes con discapacidad intelectual, en comparación con pacientes que tenían una discapacidad física. En consecuencia, los enfermeros se mostraban más desesperados, nerviosos, frustrados, asustados y torpes, y por ello se sentían menos cómodos, confiados, relajados, satisfechos y optimistas relacionándose con personas discapacitadas intelectualmente. Consecuentemente, el comportamiento del personal de enfermería se veía afectado en la calidad de la atención. Los autores afirman que la experiencia emocional parte también de la actitud que se tenga hacia estas personas: los resultados obtenidos mostraron que los enfermeros que guardaban actitudes más positivas reportaron más emociones positivas y menos negativas. También, se sabe que las reacciones y expresiones emocionales varían en función del grado de discapacidad intelectual, siendo más negativas cuanto más severa es la discapacidad (BorthwickDuffy, 1994; Emerson, 2001). Por otro lado, existen investigaciones que defienden que las personas con discapacidad no siempre evocan reacciones negativas, sino también reacciones emocionales positivas como alta confianza, empatía, y bajos niveles de excitación y miedo, también en el caso de los cuidadores (Bell y Espie, 2002). Asimismo, en el estudio de Lambrechts y Maes (2012), se hace evidente la relevancia del tiempo y las repeticiones en los problemas de conducta. Concretamente, los cuidadores se sentían irritados o ansiosos cuando la persona discapacitada realizaba una conducta inapropiada. De modo que, la repetición de esta conducta (diaria o semanal, por ejemplo) favorecía que el cuidador fuera más benévolo o se sintiera más enfadado y rígido con el discapacitado.

Además, se subraya que los cuidadores diferencian entre las experiencias emocionales pasadas y actuales, afirmando que las emociones negativas que tenían en un primer momento se van desvaneciendo en favor de otras positivas, debido a los conocimientos y la experiencia adquirida con los problemas de conducta de la persona discapacitada.

Un concepto estrechamente relacionado con la respuesta emocional de los perceptores sociales, y que ha tenido en este trabajo gran interés, es la ansiedad intergrupala.

3.2.1. La ansiedad intergrupala

La ansiedad intergrupala fue descrita por Stephan y Stephan (1985) como un fenómeno social que describe las emociones de incomodidad o ansiedad que se producen cuando se interactúa con miembros de otros grupos sociales. Quiles y Morera (2008) afirman que las relaciones entre personas con y sin estigma generan incomodidad y ansiedad. Asimismo, estas autoras afirman que estas emociones pueden aparecer cuando una persona está anticipando una interacción con un miembro del exogrupo, es decir, sin que se precise la existencia de contacto real. Se ha constatado que la ansiedad intergrupala es una variable afectiva muy importante en la predicción del prejuicio (Riek, Mania y Gaertner, 2006; Stephan y Stephan, 1985).

De manera general, las causas que provocan la ansiedad en la interacción social se dan por la percepción que el sujeto tiene de que la interacción tendrá consecuencias negativas, pues la creencia de que los miembros del exogrupo son potencialmente peligrosos, representan una amenaza para uno mismo y para los miembros del endogrupo y promueven esta ansiedad intergrupala (Renfro-Fernandez y Stephan, 2009). Sabemos que haber mantenido una relación negativa previa con el exogrupo pronostica una mayor ansiedad intergrupala en el futuro (Britt, Bonieci, Vescio, Biernat y Brown, 1996), y que las experiencias que una persona tenga con un individuo perteneciente al exogrupo, sobre todo si resultan negativas, afectarán a la ansiedad sostenida hacia el grupo en su totalidad (Baumeister y Vohs, 2007; Greenland y Rupert, 1999). Sin embargo, existen otras investigaciones que contradicen que la ansiedad tenga que ver con la interacción con los miembros del exogrupo y afirman que la ansiedad intergrupala está relacionada con el escaso o nulo contacto con miembros del exogrupo (Riek et al., 2006).

Un gran nivel de identificación con el grupo también puede predecir la ansiedad intergrupal. Así lo demostraron Baumeister y Vohs (2007), afirmando que el etnocentrismo es un fenómeno que promueve las diferencias y las interacciones negativas entre los grupos, ya que es el responsable de que los miembros del endogrupo se sientan superiores y perciban a los miembros del exogrupo en un prisma inferior. Además, situaciones como la desigualdad de poder entre los grupos acentúan la ansiedad (Stephan y Stephan, 1985).

Atendiendo a las consecuencias de la ansiedad intergrupal, observamos que el hecho de que exista poco o nulo contacto entre los grupos, ayuda a que los miembros del endogrupo perciban a los miembros de otros grupos con estereotipos negativos, promoviendo que el posible contacto intergrupal sea negativo (Riek et al., 2006). Asimismo, esta falta de contacto puede dar lugar a que los miembros del endogrupo consideren de manera homogénea a los de otros grupos, percibiendo a todos los miembros del exogrupo como si fueran iguales (Baumeister y Vohs, 2007). Además, una vez mantenida la interacción, Renfro-Fernandez y Stephan (2009) afirman que también afecta a la evaluación de esta, pues la ansiedad intergrupal hace que se perciba más negativa que lo que lo fue. Este fenómeno acelera el contacto con el exogrupo, haciendo que en la interacción esté presente la falta de atención y que sea desenvuelta lo más rápida posible. Los factores expuestos, extinguen la posibilidad de tener experiencias positivas con el exogrupo, siendo estas cruciales para disminuir las expectativas y estereotipos negativos (Devine y Monteith, 1999). Esta percepción estereotípicamente negativa e inferior del exogrupo da paso a la ansiedad ante un posible contacto, la discriminación, la hostilidad y la agresividad hacia el exogrupo (Stephan y Stephan, 1985).

Tal y como hemos expuesto a lo largo de este apartado, cuando las personas interactúan con personas con estigma emergen emociones de ansiedad por la amenaza que este hecho comporta (Stephan y Stephan, 1985). Al respecto, el modelo teórico de Stangor y Crandall (2000) señala que el tipo de amenaza puede diferir en función de las características estigmatizantes de la persona. Los autores afirman que la amenaza del estigma aparece en casos de injusticia social como, por ejemplo, en los casos de pobreza, pues resulta más fácil culpar al propio individuo de su situación que aceptar la injusticia de la situación. También, la justificación del sistema y la gestión del terror son funcionales para la estigmatización, pues en el primer caso estigmatizar a un vagabundo, por ejemplo,

ayuda a lidiar con la amenaza que supone aceptar la existencia de una desigualdad ilegítima, y en el segundo, la estigmatización de una persona por ejemplo con VIH ayuda a afrontar que nuestra existencia tiene una naturaleza incontrolable (Crocker et al., 1998; Jost y Banaji, 1994; Solomon et al., 1991; Stangor y Crandall, 2000). En relación con las personas con síndrome de Down, los grupos que amenazan nuestro acceso a los recursos materiales son susceptibles de ser estigmatizados. Además, la naturaleza de la amenaza también puede ser moral, por lo que, cuando las personas perciben que un individuo o grupo particular no vive acorde con las reglas y valores morales del endogrupo, es muy probable que aparezca la estigmatización.

3.2.2. ¿Qué experiencias emocionales se tienen hacia las personas con síndrome de Down?

Se sabe muy poco acerca de las reacciones emocionales que despierta la discapacidad intelectual, específicamente, las personas con síndrome de Down, y qué relación pueden tener estas respuestas emocionales con la anticipación de interacciones positivas y negativas.

Al respecto se sabe que un factor relevante es la responsabilidad o control que la persona estigmatizada tenga sobre su propio estigma (Rodríguez, Betancor y Delgado, 2009), por lo que cuando se considera que la persona es responsable de su estigma, emergen emociones de cólera, irritación e ira (Weiner et al., 1988) y cuando no existe control sobre el estigma, como es el caso de las personas con síndrome de Down, son más probables reacciones de lástima y compasión (Corrigan y Watson, 2002). Además según el modelo SCM de Fiske et al. (2002), las personas hacia las que se sostiene un prejuicio paternalista despiertan emociones de pena y compasión, y no suelen provocar emociones hostiles.

Cuando se interactúa con personas estigmatizadas, la reacción emocional predominante suele ser la ansiedad, y este hecho puede aplacar una interacción positiva con estas personas (Sirlopú et al., 2012). Taylor (2013) afirma que el estigma y el prejuicio que una persona tiene hacia ciertos grupos generan ansiedad a la hora de interactuar con ellos, y que este hecho puede manifestar actitudes incivilizadas, burlonas, intimidantes e incluso pueden llevar a la privación de oportunidades.

Atendiendo a las dimensiones del estigma social, los estudios de Frable (1993) y Crocker et al. (1998) coinciden en la relevancia de la visibilidad del estigma. El hecho de que sea visible hace que el inicio de la interacción social sea más difícil y pueda provocar una reacción inmediata de rechazo y discriminación de la cual es consciente el estigmatizado, y que por ello puede afectar a sus pensamientos, sentimientos y conductas (Quiles y Morera, 2008). Existe un amplio volumen de investigación respecto a las reacciones que las personas tienen hacia diferentes grupos sociales estigmatizados, hacia los que se mantienen respuestas de rechazo (Kelman, 1976), discomfort (Kleck, Ono y Hastorf, 1966) y miedo (Blascovich et al., 2000).

Contrariamente, también existen investigaciones que afirman que las personas con síndrome de Down son un grupo minoritario privilegiado hacia el que se tienen reacciones de curiosidad (Langer, Fiske, Taylor y Chanowitz, 1976) y no se mantienen altos niveles de prejuicio (Brown y Hewstone, 2005; González, 2005). Estos datos van en consonancia con los estudios de Crandall, Eshleman y O'Brien (2002), que afirman que, mientras resulta aceptable el mantenimiento de actitudes prejuiciosas hacia ciertos grupos como violadores, pederastas y ladrones, no se tolera el prejuicio explícito hacia ciertos grupos étnicos y discapacitados. Sin embargo y atendiendo a los estudios de Gaertner y Dovidio (1986), la expresión del prejuicio hacia los miembros de otros grupos no se traduce en reacciones manifiestas de odio y hostilidad, sino en disgusto, incomodidad, inseguridad, y, en ocasiones, miedo. Por ello, se espera que la anticipación de interacciones con miembros de este colectivo genere ansiedad intergrupal, en mayor medida que confianza intergrupal.

Además existen investigaciones relacionadas la reacción de las víctimas del prejuicio que analizan las consecuencias que el estigma tiene sobre quienes lo portan, es decir, cómo los estereotipos que tiene el perceptor condicionan a los estigmatizados. Las primeras demostraciones fueron realizadas por Steele y Aronson (1995) y Steele (1997), quienes manifestaron que los miembros de grupos estigmatizados pueden actuar conforme al estereotipo aplicado por la sociedad desde el momento en el que toman conciencia de su pertenencia categorial. De este modo, en su investigación llevada a cabo con alumnos de postgrado, los autores mostraron cómo la pertenencia a la categoría afroamericano influía en un déficit del rendimiento. Desde ese momento, la amenaza del estereotipo ha sido extensamente estudiada, teniendo constancia de sus efectos sobre los

afroamericanos (Cohen, García, Apfel y Master, 2006), las latinas (Gonzales, Blanton y Williams, 2002), los hombres (Koenig y Eagly, 2005), las mujeres (Carr y Steele, 2010), y las personas de nivel socioeconómico bajo (Spencer y Castano, 2007), entre otros. Por ejemplo, Mendoza-Denton, Purdie, Downey, Davis y Pietrzak (2002) confirmaron que los estudiantes universitarios afroamericanos sensibles al rechazo basado en su raza, tuvieron un rendimiento menor. Además, Schmader (2010) confirmó que la amenaza hacia el estereotipo crea en los estigmatizados déficits sobre la memoria de trabajo y esto, a su vez, contribuye en el deterioro del rendimiento laboral. El autor señala que, en la medida en que las personas que sufren amenaza hacia el estereotipo centran su atención sobre su estado estigmatizado, se distraen de la tarea en cuestión y por tanto disminuye su rendimiento.

3.3. Deshumanización e Infrahumanización hacia las personas con síndrome de Down

En la primera parte de este capítulo hemos analizado los estereotipos, las actitudes y las experiencias emocionales, con el fin de conocer la imagen que se tiene de las personas con síndrome de Down. Bajo estos supuestos, consideramos que las personas mantienen un prejuicio paternalista hacia las personas con síndrome de Down sobre el que se tienen actitudes positivas y negativas. A continuación queremos dar un paso más en nuestro trabajo. Tal y como comentábamos en el apartado introductorio, en la actualidad sabemos que existen formas sutiles de prejuicio que restan humanidad a los exogrupos. Mi argumentación en las líneas que siguen va encaminada a documentar la investigación que existe sobre esta forma de prejuicio, con el propósito de estudiar en las investigaciones de esta tesis si las personas con síndrome de Down son infrahumanizadas.

El término de humanidad hace referencia a los atributos que definen lo que es ser humano (Haslam y Loughnan, 2014). El hecho de percibir que una persona tiene menos humanidad que otra o que uno mismo, supone un error de categorización, pero es un hecho muy común en nuestra historia, que ha generado innumerables trabajos de investigación. La deshumanización es una violación de la creencia de que otras personas son humanas, hecho que conlleva graves consecuencias. Este frecuente error pone de manifiesto las formas más radicales y explícitas de humillación y desprecio intergrupales y justifica acciones perversas y demolidoras hacia diferentes individuos o grupos de la sociedad. Al punto que, a lo largo de la historia hemos podido contemplar atrocidades

como la esclavitud, el genocidio o el terrorismo, amparados en la percepción deshumanizada de los otros.

Existen diferentes teorías dentro de la psicología social que han analizado sucesos radicalmente conflictivos en los que la exclusión social y el prejuicio llevaban a actos cruentos (Leyens et al., 2000, 2001a, 2001b). Estas teorías aluden a procesos de deshumanización, e incluyen desde los mecanismos de desconexión moral (Bandura, 2002; Kelman, 1976), a la deslegitimación (Bar-Tal, 1989, 1990) y la exclusión moral (Opatow, 1990). Posteriormente, nacieron las teorías de la deshumanización que investigan lo que ocurre con los individuos o grupos entre los que no existe un conflicto intergrupal abierto, y sin embargo manifiestan alguna forma de deshumanización intergrupal (Rohmann, Niedenthal, Brauer, Castano y Leyens, 2009). Estas investigaciones han permitido concluir que la deshumanización se manifiesta también en las relaciones intergrupales cotidianas. Además, se conoce que el estigma *per se* supone una percepción deshumanizada del otro, pues parte de la diferente percepción de mi grupo y otros grupos, en donde se considera que el endogrupo es más humano que los otros exogrupos (Leyens, 2014; Quiles y Morera, 2015).

En la actualidad, siguiendo la revisión teórica de Haslam y Loughnan (2014) las teorías psicológicas más influyentes en el estudio de los procesos de deshumanización son la teoría de la infrahumanización (Leyens et al., 2000, 2001), el modelo dual de deshumanización (Haslam, 2006), el modelo de contenido de estereotipos (Harris y Fiske, 2006) y la teoría de la mente (Gray, Gray y Wegner, 2007). A continuación se expondrán los aspectos claves de la teoría de la infrahumanización y el modelo dual de deshumanización, objeto de estudio en este trabajo.

3.3.1. La teoría de la infrahumanización

La teoría de la infrahumanización tuvo su nacimiento de la mano de Leyens y su equipo (Leyens et al., 2000, 2001). En su primera investigación, los autores preguntaron a estudiantes de Lovaina y Tenerife cuál era, en su opinión, la esencia humana, es decir, ¿qué es lo que hace distintos a los seres humanos del resto de especies animales? Las características que surgieron de este estudio fueron: la inteligencia, los sentimientos y el lenguaje. Estos autores determinaron que estas tres características eran esenciales para distinguir a los seres humanos de los animales, por lo que la ausencia de alguna de ellas bastaría para considerar que otras personas o grupos tienen menos humanidad que

nosotros mismos o nuestro propio grupo (Demoulin, Leyens et al., 2004). Partiendo de estas tres características que definen a los seres humanos, Leyens y su equipo se focalizaron en uno de los pilares de la esencia humana, los sentimientos, frente a la inteligencia y el lenguaje. La motivación para seleccionar esta característica fue que los sentimientos son independientes del estatus y las relaciones estructurales de los grupos sociales (Jost y Banaji, 1994), por lo que la discriminación basada en los sentimientos es una estrategia que todas las personas o grupos sociales pueden aplicar. Otro motivo es que los sentimientos no responden a normas sociales de igualdad, por lo que la respuesta de los sujetos estará exenta de consideraciones socialmente deseables (Gaertner e Insko, 2001). Además, Leyens y su equipo decidieron investigar los sentimientos por la escasa tradición y la poca existencia de estudios referentes a esta característica, hecho que no ocurría con el lenguaje y la inteligencia (Leyens et al., 2000, 2001).

La teoría de la infrahumanización parte de la evidente complejidad de las relaciones intergrupales y de la distinta percepción de humanidad que las personas atribuyen a los miembros de su endogrupo y de su exogrupo. La identidad social, el favoritismo endogrupal y la derogación del exogrupo ocupan un lugar central, pues asignar la esencia humana al propio grupo favorece la imagen de este frente a otros grupos (favoritismo endogrupal), reduce la humanidad y por ende la igualdad del exogrupo (rechazo al exogrupo; Delgado, 2008; Demoulin, Rodríguez-Torres et al., 2004; Leyens et al., 2003). Además, la infrahumanización aparece en ausencia de conflicto intergrupar y en múltiples contextos intergrupales.

La infrahumanización tiene una gran variedad de consecuencias conductuales, y parece implicar no sólo una falta de reconocimiento de la humanidad del exogrupo, sino también una resistencia activa a aceptar a los miembros de otros grupos como completamente humanos. Los estudios sobre infrahumanización basan su hipótesis principal en la atribución de sentimientos, y afirman que las personas establecen una asociación más fuerte entre los sentimientos o “emociones secundarias” hacia su propio grupo, en comparación con el exogrupo, al que restringen la posibilidad de experimentar estas emociones humanas. Esta diferenciación se basa en que los sentimientos son un tipo de emociones que recoge estados emocionales exclusivos de los seres humanos, por ejemplo felicidad, orgullo o despecho, mientras que las emociones son estados emocionales básicos, como alegría, miedo o dolor, presentes tanto en los seres humanos

como en otras especies animales. A continuación expondré algunas de las características más relevantes de esta forma de infrahumanización:

a) La infrahumanización se caracteriza por ser un proceso sutil. Así, Leyens et al. (2001), centrándose en los sentimientos o “emociones secundarias”, encontraron que atribuir menos emociones secundarias a los miembros del exogrupo en comparación con el endogrupo, equivalía a una negación sutil de su humanidad. Posteriormente se han llevado a cabo diversas investigaciones con el fin de comprender la naturaleza de la infrahumanización. Esta diferente atribución de humanidad se ve reflejada en los sentimientos, pero no en las emociones, pues las personas de manera general atribuyen emociones al endogrupo y al exogrupo, ya que estas emociones son compartidas por humanos y animales.

b) La infrahumanización del exogrupo es dependiente del contexto. Así, Rodríguez-Pérez, Delgado, Betancor y Ariño (2012) hallaron una mayor asociación entre sentimientos y endogrupo, que entre sentimientos y exogrupo cuando el contexto en el que se presentan imágenes de miembros del exogrupo es agradable. De manera contraria, estas diferencias en la humanidad no se presentan cuando el espacio físico es desagradable. Delgado, Rodríguez-Pérez, Vaes, Betancor y Philippe (2012) señalan que la dimensión de familiaridad del contexto también afecta a la maleabilidad de la infrahumanización, pues las personas infrahumanizan al exogrupo cuando este se presenta en un contexto familiar, y no cuando el contexto no lo es. Además, este estudio demuestra que la percepción de amenaza en los participantes se vio reducida cuando visualizaban fotografías del endogrupo en un contexto familiar, en comparación con el exogrupo.

c) Los procesos de infrahumanización tienen una fuerte relación con la identificación endogrupal. Demoulin, Rodríguez et al. (2004) demostraron que los participantes que tenían una elevada identidad con su endogrupo mostraban una mayor tendencia a infrahumanizar, en comparación con los individuos con baja identificación endogrupal, por lo que la identificación y orgullo endogrupal crea diferencias entre los grupos. También, Rodríguez-Pérez, Delgado, Betancor, Leyens y Vaes (2011) afirman que a los exogrupos que guardaban cierta similitud con el endogrupo, y hacia los que existen relaciones de amistad y conocimiento, se les atribuye más sentimientos que a otros exogrupos.

d) La infrahumanización es independiente del estatus del grupo y de la familiaridad que se tenga con él (Cortés et al., 2005; Gaunt, Sindic y Leyens, 2005; Leyens et al., 2001; Rodríguez-Pérez et al., 2011). Es decir, los grupos con alta posición social o económica no están exentos de ser infrahumanizados. Asimismo, el hecho de tener contacto con miembros de otro grupo no produce una menor infrahumanización.

e) La infrahumanización propicia conductas de ayuda diferentes hacia los miembros del endogrupo y del exogrupo. Vaes, Paladino y Leyens (2002), para corroborarlo, utilizaron el paradigma del “e-mail perdido”. Concretamente, los participantes tenían que leer un e-mail que habían recibido en su cuenta de correo electrónico personal. Después de la lectura, los participantes tenían que responder a una serie de preguntas. Los resultados arrojaron que aquellos emails que comenzaban expresando sentimientos, hizo que los participantes mostraran más intenciones de ayudar a la persona emisora del mensaje (estudio 1), y respuestas más amables hacia esta en comparación con los mensajes que comenzaban con emociones (estudio 2). También, Vaes, Paladino, Castelli, Leyens y Giovanazzi (2003) demostraron que los participantes eran más solidarios con los miembros del endogrupo que se expresaban utilizando sentimientos que con los del exogrupo. Esta diferente tendencia a ayudar más a los miembros del endogrupo que del exogrupo no resultó en las emociones. Además, en este estudio también demostraron cómo expresarse utilizando emociones y sentimientos favorece la aproximación o evitación hacia estos grupos. Los participantes fueron más rápidos en dar respuestas de aproximación cuando aparecían sentimientos vinculados al endogrupo en comparación con el exogrupo, y fueron más rápidos en dar respuestas de evitación en la combinación exogrupo - sentimientos que endogrupo - sentimientos. Por otra parte, Cuddy, Rock y Norton (2007) examinaron cómo la infrahumanización se relacionaba con la conducta de ayuda de los participantes. Situando el escenario en la tragedia del huracán Katrina, se les relataba el suceso de una madre afroamericana (condición exogrupo) o blanca (condición endogrupo) que había perdido a su hijo. Seguidamente se les preguntaba sobre las emociones que sentía esta madre y sobre el interés en dedicar su tiempo a colaborar con las víctimas del huracán. Los resultados mostraron que los participantes atribuyeron más sentimientos (humanidad) a la madre de la condición del endogrupo, y además este hecho correlacionaba positivamente con una mayor intención de ayuda. En esta misma línea, la investigación de Cehajic, Brown y González (2009) reveló la existencia de una relación negativa entre la empatía sostenida

hacia las víctimas y la deshumanización. En el estudio de Vaes et al. (2002) se demostró que los participantes que recibieron información con un alto número de sentimientos fueron más propensos a adoptar la perspectiva su propio endogrupo en contraste con la del exogrupo.

Además también, existe evidencia de las características que pueden atenuar la tendencia a infrahumanizar. Delgado, Betancor, Rodríguez-Pérez y Ariño (2012a) demuestran que presentar a un grupo ficticio descrito en términos altruistas incrementa su perfil humano y reduce su infrahumanización. De manera similar, el contexto prosocial también influye en la infrahumanización, pues mostrar al exogrupo dentro de un escenario de solidaridad incrementa su humanidad y contribuye a reducir la tendencia a infrahumanizarlo (Delgado, Betancor, Rodríguez-Pérez y Ariño, 2012b).

3.3.2. El modelo dual de deshumanización

El modelo dual de deshumanización fue desarrollado por Haslam (Haslam, 2006; Haslam, Kashima, Loughnan Shi y Suitner, 2008). Su aportación fundamental radica en identificar dos aspectos centrales que definen la condición humana. En primer lugar, los rasgos exclusivamente humanos (Human Uniqueness; HU), que diferencian lo exclusivamente humano de lo animal. En esta dimensión se recogen atributos exclusivamente humanos, como por ejemplo sensibilidad moral, madurez, civismo y refinamiento, que se oponen a características animales como grosero, carente de autocontrol, inculto e irracional (Haslam y Loughnan, 2014). Para estos autores, una baja atribución de rasgos exclusivamente humanos (por ejemplo irracionales, incívicos) indicaría que el grupo estaría siendo deshumanizado de forma animal. Además un comportamiento animalizado estaría motivado por instintos, apetitos o deseos en comparación con otras personas que tendrían una mayor racionalidad, pues las capacidades que mayormente difieren a los humanos de los animales son el autocontrol y la moralidad (Haslam, Loughnan, Kashima y Bain, 2008). A lo largo de la historia podemos contemplar sucesos donde se ha deshumanizado de manera animal. Ejemplos son los genocidios acontecidos en Alemania en la época nazi, donde los judíos eran considerados como ratas o en Ruanda donde los hutus consideraban cucarachas a los tutsis (Bell-Fialkoff, 1996). Rodríguez (2007) afirma que relacionar a los grupos con animales, como en este caso ratas y cucarachas, justifica la acción genocida de los perpetradores. En la actualidad, Haslam, Loughnan y Sun (2011) han focalizado sus esfuerzos en conocer los efectos que tienen estas metáforas de animalización en las relaciones

intergrupales. En su estudio demostraron que cuanto más alejada era la metáfora del individuo de lo humano, más ofensiva era. Además se evidenció cómo la variable contexto influía en estos resultados, pues describir a los miembros del endogrupo alejados de lo humano bajo una situación jocosa no se consideraba ofensivo.

La otra dimensión que constituye la esencia humana es la naturaleza humana (Human Nature; HN), que integra aquellas características típicas de los seres humanos, propias de su comportamiento, que lo definen, aunque no puedan compartirse con algunas especies animales. Características de la naturaleza humana serían por ejemplo vitalidad, calidez, emocionalidad y capacidad de profundizar, frente a la frialdad y la carencia de emociones, la rigidez o la pasividad (Haslam y Loughnan, 2014). De este modo, una baja atribución de rasgos característicos de la naturaleza humana revelaría que el grupo está siendo deshumanizado desde una perspectiva mecanizada. Los individuos que son deshumanizados de manera mecánica pueden ser tratados con indiferencia o falta de empatía (Martínez, 2012). Según Haslam (2006), la dimensión de la naturaleza humana, cuando falta, además de significar que uno carece de emociones, hace referencia a una escasez de profundidad y apertura cognitiva. Precisamente, los grupos mecanizados podrían ser vistos como carentes de emociones secundarias (Martínez, 2013). La mecanización estaría presente en el contexto de la industrialización o tecnología, donde los trabajadores son considerados piezas de un engranaje (Haslam, 2006), en el mundo de los negocios, en el que los ejecutivos son comparados con máquinas (Loughnan y Haslam, 2007), o en el ámbito de la salud, en el que se deshumaniza a los pacientes cuando se les considera como máquinas compuestas por diferentes piezas que hay que reparar (Haque y Waytz, 2012).

Por tanto, el modelo dual de deshumanización diferencia características humanas de las animales y de las mecánicas (Haslam, Loughnan et al., 2008), y ha tenido gran repercusión, ofreciendo importantes resultados científicos. Por ejemplo, Viki et al. (2006), midieron la animalización utilizando atributos diferentes. En la primera investigación los estudiantes, a través de una tarea de asociación implícita, demostraron una mayor asociación entre palabras humanas y endogrupo y palabras animales y exogrupo. En el segundo estudio los estudiantes completaron una tarea de lápiz y papel, en la que debían unir palabras (animales o humanas) con nombres del endogrupo y del exogrupo. Los resultados mostraron de nuevo que existe una mayor asociación entre términos humanos y endogrupo en comparación con el exogrupo. En el tercer estudio, los

autores presentaron una lista de palabras humanas y animales, y los participantes tenían que relacionar estos términos con el endogrupo y con el exogrupo alemán o italiano. Los resultados mostraron nuevamente que los estudiantes atribuyeron más palabras humanas al endogrupo que a los exogrupos. En el cuarto estudio, los autores repitieron el patrón del segundo pero esta vez quisieron comprobar si influía la valencia en la atribución de humanidad, por lo que los términos que se presentaban (animales y humanos) eran la mitad positivos y la mitad negativos. Los resultados mostraron la independencia de la valencia en el proceso de infrahumanización, pues los participantes infirieron en mayor medida palabras humanas con el endogrupo en contraste con el exogrupo.

Así existen una serie de investigaciones que han analizado el modelo dual de deshumanización. En relación con la deshumanización de los grupos, destacan los trabajos de Bain, Park, Kwok y Haslam (2009), quienes realizaron su investigación con dos propósitos: seleccionar un número reducido de rasgos exclusivamente humanos y de la naturaleza humana, y evaluar estos rasgos en los grupos de australianos y chinos. Así, se les presentó un cuestionario con 48 rasgos y tenían que contestar ¿En qué medida las siguientes características eran únicamente humanas o podían ser experimentadas por otras especies? (rasgos exclusivamente humanos) y ¿En qué medida estas características eran aspectos de la naturaleza humana? (rasgos de la naturaleza humana). Seguidamente tenían que asociar esos 48 rasgos a los grupos de australianos y chinos. Los resultados mostraron que los rasgos se repartían en 2 categorías (rasgos exclusivamente humanos y rasgos de la naturaleza humana) y se seleccionaron los 8 más característicos de que cada una. Además los resultados mostraron que los australianos deshumanizaron de manera mecánica a los chinos, mientras que estos lo hicieron de manera animal hacia los australianos.

En la misma línea, Pérez, Moscovici y Chulvi (2007) quisieron conocer las representaciones que las personas utilizan para la minoría étnica gitana, donde se les podía asociar con términos humanos y de los animales (considerando que las personas pueden considerar a otras como animales domésticos o salvajes). Esta diferente percepción significa que la asociación de personas con animales domésticos es un referente de la cultura humana, y hacerlo con el animal salvaje se refiere a la naturaleza que el hombre comparte con el animal. Los resultados muestran que los participantes asociaron a la

minoría étnica gitana con animales en vez de con la categoría humana, además atribuyeron más características de animales salvajes que de los animales domésticos.

Saminaden, Loughnan y Haslam (2010) en su investigación “*After images of savages*” evaluaron dos grupos; grupo de personas tradicionales (considerados como primitivos o salvajes) y grupo de personas de sociedades modernas. A través de un cuestionario los participantes evaluaron en qué medida cada uno de los grupos era asociado con rasgos exclusivamente humanos o de la naturaleza humana. Se presentó una lista de 16 términos (8 HU y 8 HN) y se les pidió a los participantes que contestaran “¿En qué medida esos rasgos eran característicos de cada sociedad?”, “¿Cuán negativa era la percepción que ellos tenían de los miembros de estas sociedades?”, y “¿Qué parecidas veían estas sociedades con animales o niños?”. Seguidamente los investigadores quisieron medir la asociación animal o infantil a través de medidas implícitas, a través de la tarea “Go-No-Go” (Nosek y Banaji, 2001). Hubo 2 versiones de GNAT, una en la que se presentaban estímulos verbales y otra en la que se exponían estímulos visuales (fotográficos). En cada una, los participantes respondieron a cuatro pares de categorías: bajo grado de exclusividad humana/alto grado de exclusividad humana, animal/humano, niño/adulto y valencia positiva/negativa. Los resultados del cuestionario informaron que a las personas tradicionales se les atribuyeron menos rasgos exclusivamente humanos. Además se les percibe menos negativamente que a las personas de sociedades modernas. Según los autores esto puede ser porque existe una visión benevolente y romántica de los seres primitivos, que les considera como “nobles primitivos”. Los resultados de las medidas implícitas mostraron los mismos resultados tanto en la versión de estímulos verbales como visuales. Las personas tradicionales fueron asociadas con términos animales e infantiles en mayor medida que las personas de sociedades modernas. Además se les atribuyó significativamente menos rasgos exclusivamente humanos (deshumanización animal) a las personas tradicionales en comparación con el otro grupo. Las respuestas automáticas desplegaron que existe una asociación implícita entre las personas de sociedades tradicionales y términos infantiles. Según los autores, el hecho de relacionar a las personas tradicionales con niños y con animales tiene varias interpretaciones. Por un lado la aparente evaluación positiva resulta indicativa de actitudes paternalistas (paternalismo benevolente) hacia este grupo, existe la percepción de que estos grupos requieren de ayuda y protección para su desarrollo. La relación con

los animales es un hecho complementario de este grupo (Haslam, Loughnan et al., 2008). Además los estímulos verbales de las personas de sociedades modernas fueron evaluados de manera más negativa que las sociedades modernas, pues según los autores, esta asociación puede representar esa imagen salvaje y primitiva de este grupo. De manera contraria, los estímulos visuales no obtuvieron diferencias en la valencia para ambos grupos.

La deshumanización también ha sido testada en niños. Así, Loughnan y Haslam (2007) encontraron que los niños (al igual que sucede con los animales) son percibidos bajos en rasgos exclusivamente humanos (deshumanización animal). La explicación de los autores ante estos resultados es que estos atributos se consideran son adquiridos a través de la socialización (Haslam, Bain, Douge, Lee y Bastian, 2005).

En otro estudio, Martínez, Rodríguez, Bailón y Moya (2012), focalizaron en la metáfora de animal o máquina. De esta forma, los autores exploraron si los participantes asocian su endogrupo con palabras relativas a humanidad y a los exogrupos con las dos formas de deshumanización existentes; la que niega rasgos exclusivamente humanos (forma animalística) y la que niega rasgos de la naturaleza humana (forma mecánica). A través de una tarea de lápiz y papel (estudio 1 y 2) y un IAT (estudios 3 y 4) los participantes tuvieron que relacionar apellidos del endogrupo y del exogrupo con términos humanos, animales y mecánicos. Los resultados tanto en medidas explícitas como en implícitas mostraron que los participantes relacionaron al endogrupo con términos humanos en comparación con los exogrupos. Además, los participantes relacionaron a los gitanos con términos animales y a los alemanes como máquinas. En esta línea, Bastian, Laham, Wilson, Haslam y Koval (2011), demostraron que las personas que eran percibidas como altas en rasgos de la naturaleza humana recibían más cantidad de elogios en relación con sus actos morales y además se considera que necesitaban protección ante los actos inmorales. Por otra parte, se considera que las personas con bajos rasgos de la naturaleza humana (máquinas) no tienen habilidades para vivir en comunidad, por lo que el trato hacia ellos puede llegar a ser inmoral. Por otra parte, existe una actitud benevolente hacia las personas con bajos rasgos exclusivamente humanos, pues se considera que no poseen la capacidad de inhibir su comportamiento inmoral, por lo que no pueden ser castigados por este hecho.

También se ha analizado la deshumanización desde el punto de vista de la víctima (Bastian y Haslam, 2010). Los autores demostraron que las personas que son aisladas socialmente se perciben a ellas mismas y a sus similares como menos humanos. Concretamente se deshumanizan de manera mecánica considerándose como seres fríos, faltos de emociones y rígidos. Además son conscientes que el grupo mayoritario les deshumaniza. Además, en esta investigación los autores analizan las consecuencias de la deshumanización animal o mecánica para las víctimas. Los resultados muestran sentimientos de vergüenza y culpa para los asociados con animales y sentimientos de tristeza y agresión hacia los emisores de la deshumanización.

3.3.3. La infrahumanización y la deshumanización hacia las personas con síndrome de Down

Hasta la fecha, y a pesar de la extensa investigación que ha generado la perspectiva teórica de la deshumanización, desconocemos la existencia de investigaciones que analicen el sesgo de infrahumanización o deshumanización hacia las personas con síndrome de Down.

No obstante, un aspecto que puede estar asociado a la infrahumanización de las personas con síndrome de Down es la visibilidad de su estigma, pues el estigma se considera una percepción deshumanizada del otro (Quiles y Morera, 2015). La visibilidad del estigma asociado a las personas con síndrome de Down puede motivar una serie de actitudes y estereotipos automáticos hacia los miembros de esta categoría social. Recientemente, Enea-Drapeau et al. (2012) encontraron evidencia de formas sutiles de prejuicio hacia los niños con necesidades especiales en los planos explícitos e implícitos. En su investigación se analizaron las actitudes y los estereotipos que diferentes grupos sociales (estudiantes, no estudiantes y profesionales del cuidado de personas con discapacidad intelectual) asocian a los niños con trisomía 21 en función de sus rasgos faciales. Para ello utilizaron imágenes de niños con desarrollo normal, imágenes de niños con rasgos faciales débiles de síndrome de Down y niños con fuertes rasgos de síndrome de Down. De manera implícita se llevó a cabo un *Implicit Association Task*, donde aparecieron imágenes como prime y posteriormente, como target, rasgos positivos y negativos. De manera explícita, se presentaba una imagen junto a un rasgo, y los sujetos tenían que responder, en una escala de 1 (en desacuerdo) a 6 (de acuerdo), en qué medida la palabra era apropiada para la imagen. Los resultados obtenidos con medidas implícitas

ponen de manifiesto que existe una mayor asociación de las imágenes síndrome de Down con rasgos negativos como estúpido, incluso para los profesionales del cuidado de personas con retraso intelectual. A nivel explícito, muestran que la asociación con rasgos positivos fue menor para los niños con T21 que para los niños con desarrollo normal. Estudiantes y no estudiantes infirieron menos rasgos positivos hacia las imágenes con rasgos fuertes de síndrome de Down, en comparación con las imágenes con rasgos débiles de T21. Esto no ocurrió con los profesionales del cuidado de personas con retraso intelectual, quienes infirieron un mayor número de rasgos positivos hacia las imágenes de personas con síndrome de Down.

El estudio de Martínez (2013), analizó las dos formas de deshumanización (animalizada y mecanizada) hacia 31 grupos sociales relevantes en la sociedad americana. De este modo, los participantes a través de un cuestionario online, tenían que asociar cada uno de los 31 grupos sociales (por ejemplo, mujeres de negocio, personas obesas, ricos, etc.) con términos humanos, animales o mecánicos. Se les preguntaba en qué medida consideraban que la lista de palabras (humanas, animales y máquinas) describían a los diferentes grupos presentados. Los resultados mostraron que grupos como alemanes y japoneses fueron mecanizados, mientras que grupos como gitanos, árabes o personas con enfermedades mentales fueron relacionados con términos animales. Siguiendo este estudio, podríamos esperar que las personas asociaran términos animales, es decir deshumanizaran de manera animal, a las personas con síndrome de Down. Además, en un segundo estudio se analizaron las consecuencias de la deshumanización animal o mecánica y se añadieron nuevas variables de estudio como las emociones, la tendencia comportamental, la percepción social y competente y el prejuicio a través de 6 grupos sociales. Los resultados muestran que las personas que son deshumanizadas de manera animal, suscitan emociones negativas de desprecio y pena. Hasta la fecha, y a pesar de la extensa investigación que ha generado esta perspectiva teórica de la deshumanización, desconocemos la existencia de investigaciones que analicen el sesgo de infrahumanización o deshumanización hacia las personas con síndrome de Down.

CAPÍTULO 4

Planteamiento del problema

Capítulo 4: Planteamiento del problema

Las personas con síndrome de Down forman un grupo social estigmatizado pero, a su vez, protegido por nuestra sociedad. Los avances legales alcanzados para considerar la condición de ciudadanos de pleno derecho a las personas con discapacidad, lamentablemente no han ido acompañados de progresos en la visión social y en la total integración de estas personas. La exclusión social y, particularmente, la exclusión laboral, siguen siendo un problema importante al que se enfrenta cada día este colectivo.

Las pocas investigaciones llevadas a cabo hasta el momento nos permiten tener una visión general acerca de la imagen que socialmente se mantiene de las personas con síndrome de Down. No obstante, es necesario profundizar en esta cuestión, abordar estudios empíricos que centren su interés en este colectivo y que puedan aportar información útil de cara a posibles intervenciones que pretendan mejorar la integración plena de los miembros de este colectivo. Este es el propósito de las investigaciones presentadas en la tesis doctoral.

A través de 3 grupos de investigaciones pretendemos conocer la naturaleza de la percepción y la atribución de humanidad hacia las personas con trisomía 21 (grupo experimental), en comparación con un grupo de pertenencia (en este caso, los estudiantes universitarios). Además, queremos saber si la sociedad tiene una percepción infantil o animal asociada a las personas con síndrome de Down, y analizar en qué medida dicha percepción está relacionada con actitudes de paternalismo y autonomía.

4.1. Investigación 1: La percepción social hacia las personas con síndrome de Down

En un primer grupo de investigaciones, se analizó cómo es la percepción que la sociedad tiene hacia las personas con síndrome de Down en España, combinando diferentes dimensiones evaluativas. Por ello, el propósito de esta primera investigación es conocer la imagen estereotípica, las actitudes, las respuestas emocionales y los niveles de confianza o ansiedad intergrupales que se mantienen hacia este colectivo en la actualidad, y explorar las posibles relaciones entre estas dimensiones.

4.2. Investigación 2: La atribución de emociones hacia las personas con síndrome de Down. La relación entre los rasgos faciales y la percepción de humanidad.

En un segundo grupo de investigaciones queremos investigar la naturaleza de la infrahumanización hacia este colectivo. Con este propósito, en un primer momento, vamos a explorar si el síndrome de Down es infrahumanizado, y en una segunda investigación, si el hecho de poseer un estigma visible se convierte en un elemento que incrementa la infrahumanización.

4.3. Investigación 3: Metáforas asociadas a las personas con síndrome de Down. La atribución de humanidad, paternalismo y autonomía.

Finalmente, en un tercer grupo de investigaciones estamos interesados en analizar la metáfora asociada a las personas con síndrome de Down y las actitudes que las personas tienen hacia este colectivo atendiendo a la metáfora con la que se les percibe.

CAPÍTULO 5

Estudios Empíricos

Capítulo 5: Estudios Empíricos

5.1. Investigación 1: La percepción social hacia las personas con síndrome de Down.

Las personas con síndrome de Down conforman un grupo social estigmatizado, hacia el que se mantienen actitudes ambivalentes. Aunque están desapareciendo los estereotipos que consideraban a las personas con trisomía 21 de menor capacidad y se han reducido muchas conductas de discriminación por las que las personas discapacitadas eran objeto de ostracismo social, opresión, abuso y negación de identidad y humanidad, aún sigue sin haber una aceptación total e integración de las personas con síndrome de Down en nuestra sociedad (Bogdan y Taylor, 1982; Ebbeck y Weiss, 1998).

El objetivo principal de este estudio es evaluar la percepción social, en términos de estereotipos, afectos y actitudes que se tiene hacia las personas con síndrome de Down, y analizar la relación que existe entre estas percepciones y los niveles de confianza y ansiedad intergrupales que se desprenden hacia este colectivo. Para conocer su percepción desde un punto de vista comparativo, se ha evaluado también la percepción hacia un grupo de pertenencia de los participantes: los estudiantes universitarios.

Objetivos e hipótesis de investigación

El objetivo de esta investigación es conocer la percepción social que se mantiene hacia las personas con síndrome de Down. Específicamente se pretende:

- Analizar los estereotipos asociados a las personas con síndrome de Down.
- Conocer las actitudes que la sociedad tiene hacia este colectivo.
- Examinar el afecto intergrupales que las personas mantienen hacia personas con síndrome de Down.
- Evaluar la confianza-ansiedad intergrupales que este grupo estigmatizado genera.

En relación con estos objetivos se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1.1: Los participantes atribuirán estereotipos bajos en competencia y altos en sociabilidad hacia las personas con síndrome de Down.

Hipótesis 1.2: Habrá una mayor actitud de condescendencia, evitación y rechazo hacia las personas con síndrome de Down que hacia el grupo de comparación (estudiantes universitarios).

Hipótesis 1.3: Los participantes mostrarán más compasión hacia las personas con síndrome de Down que hacia el grupo de comparación (estudiantes universitarios).

Hipótesis 1.4: Los participantes mostrarán más ansiedad intergrupala hacia las personas con síndrome de Down que hacia el grupo de comparación (estudiantes universitarios).

5.1.1. Método

5.1.1.1. Participantes

Un total de 214 estudiantes de Grado de Trabajo Social de La Universidad de La Laguna (172 mujeres y 42 hombres) participaron voluntariamente en este estudio. El rango de edad de los participantes fue de 18 a 50 años ($M=19.98$, $DT=3.43$). Los estudiantes recibieron créditos de investigación por su participación. Ninguno de los participantes era discapacitado.

5.1.1.2. Materiales e instrumentos

Estereotipos del exogrupo y del endogrupo

Para medir los estereotipos que se mantienen hacia el grupo de personas con síndrome de Down y el endogrupo de estudiantes universitarios, se utilizó una traducción y adaptación de la escala de estereotipos realizada por Navas, López-Rodríguez y Cuadrado (2013), a partir de la medida de Fiske et al. (2002, estudio 2) compuesta por 12 ítems: *amistosos, bien intencionados, dignos de confianza, afectuosos, buenas personas, sinceros* (sociabilidad), *competentes, inteligentes, seguros de sí mismos, capaces, eficientes, y cualificados* (competencia). La muestra se dividió en dos grupos. A la mitad de los participantes se les pidió que señalaran “*Cómo creían que la sociedad española veía a las personas con Síndrome de Down*” (Condición Target exogrupo), mientras que a la otra mitad de los participantes (Condición Target endogrupo) se les pidió que indicaran “*Cómo creían que la sociedad española veía a los estudiantes universitarios*”, utilizando para ello una escala de respuesta de 5 puntos (1 = nada; 5 = mucho). El coeficiente alpha de Cronbach fue de .73 para Sociabilidad y .90 para Competencia. Las dimensiones se formaron utilizando el promedio de sus correspondientes ítems. Puntuaciones elevadas en cada dimensión indican la presencia elevada del estereotipo.

Actitudes hacia el exogrupo y el endogrupo

Se utilizó una prueba de 12 ítems desarrollada por Sirlopú et al. (2008), orientada a medir las actitudes hacia las personas con síndrome de Down (target exogrupo) y hacia los estudiantes universitarios (target endogrupo). La prueba de actitudes estuvo compuesta por 4 dimensiones: Paternalismo (p.ej., *“En situaciones de competición, como ocurre en muchos juegos y deportes, se debería dejar que las personas con síndrome de Down/ los estudiantes universitarios ganaran”*), resguardo (p.e., *“Me gustaría colaborar con instituciones que ayudan a las personas con síndrome de Down/ los estudiantes universitarios”*), evitación (p.e., *“Cuando veo a personas con síndrome de Down/ estudiantes universitarios tiendo a mantenerme alejado de ellas”*) y rechazo (p.e., *“Las personas con síndrome de Down/ Los estudiantes universitarios se sienten mejor estando con otros iguales a ellos”*). Cada ítem fue evaluado en una escala de 5 puntos que varió entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). Para determinar las relaciones estructurales entre las variables, se realizó un análisis de componentes principales (ACP) de las cuatro dimensiones. Las puntuaciones medias de los 12 ítems en las dos dimensiones dio un KMO de .78 y un chi-cuadrado en la prueba de esfericidad de Bartlett de $\chi^2_{(66)} = 607.96$; $p < .001$. La solución factorial de los dos componentes con valor propio superior a 1 explicaban conjuntamente el 45.09 % de la varianza. El primero, con un valor propio de 3.45 explica el 28.76 % de la varianza mientras el segundo, con un valor propio de 1.96 explica el 16.33 % de la varianza. Los dos factores se corresponden con actitudes protectoras (compuesto por paternalismo y resguardo, $\alpha = .60$) y actitudes negativas (compuesto por evitación y rechazo, $\alpha = .70$). Ver en el anexo 1 la distribución de los pesos factoriales en las dos dimensiones.

Experiencias emocionales hacia el exogrupo y el endogrupo

Esta prueba estuvo compuesta por 20 ítems tomados de Glick y Fiske (2001a), usados en español en los estudios de Sirlopú et al. (2012). Los participantes indicaron *“El grado en el que la sociedad española sentía esas emociones hacia las personas con síndrome de Down”* en la Condición Target exogrupo, y *“El grado en el que la sociedad española sentía esas emociones hacia los estudiantes universitarios”* en la Condición Target endogrupo. Las puntuaciones fueron obtenidas en una escala Likert de 7 puntos que va desde 1=Nada a 7=Mucho. La prueba está compuesta por 3 dimensiones: Admiración (admiración, respeto, cariño, orgullo, inspiración; $\alpha = .72$), compasión

(compasión, misericordia, pena; $\alpha=.78$), y aversión (Indignación, resentimiento, odio, celos, envidia, desprecio, vergüenza, humillación, asco, ansiedad, ira y frustración; $\alpha=.86$). Para cada dimensión, puntuaciones elevadas indican un nivel alto de la dimensión.

Confianza y ansiedad intergrupales hacia el exogrupo y el endogrupo

Para medir la confianza y la ansiedad intergrupales se utilizó la versión corta de 8 ítems de la prueba desarrollada por Stephan y Stephan (1985), usada en español en los estudios de Sirlopú, et al. (2008). Se preguntó a los estudiantes “*En qué grado la sociedad española siente estas emociones al interactuar con una persona con síndrome de Down*” en el target exogrupo y “*En qué grado la sociedad española siente estas emociones al interactuar con un estudiante universitario*” en el target endogrupo. Cada ítem fue evaluado en una escala Likert de 7 puntos que varió entre 1 (nada) y 7 (mucho). La consistencia interna para confianza intergrupales fue .79 y para ansiedad intergrupales .84. Estas dos dimensiones fueron obtenidas promediando sus correspondientes ítems, siendo las puntuaciones elevadas indicadores de un nivel alto en la dimensión.

En el anexo 2 se recoge el cuestionario con las pruebas de estereotipos, actitudes, experiencias emocionales y confianza y ansiedad intergrupales hacia el exogrupo y el endogrupo.

Preguntas de control: Contacto con el exogrupo

Además de los datos demográficos como edad, género y universidad de procedencia, dado que el trabajo actual está interesado en la percepción de las personas con síndrome de Down y de los estudiantes universitarios, al final del cuestionario del target exogrupo se incluyeron dos preguntas de control: *¿Conoce a alguna persona con Síndrome de Down?* y, en caso afirmativo, *¿Qué relación tiene con esta persona?* Donde 1=Lejana (Conocido) y 3= Cercana (Amigo o familiar) como control de la familiaridad con el exogrupo. Del total de participantes, se excluyeron 27 participantes (18.75%) por tener una relación cercana (amigo o familiar) con el exogrupo.

5.1.1.3. Diseño y Procedimiento

Los participantes completaron el cuestionario vía *online* a través de la herramienta *SurveyMonkey*. Esto les llevó menos de 15 minutos. Esta investigación sigue un modelo de factorial de dos variables en el que la primera es el target (con dos niveles: Estudiantes

(endogrupo) vs. Síndrome de Down (exogrupo) y la segunda es en una ocasión el Estereotipo (Sociabilidad vs. competencia), las actitudes (Protectoras vs. Negativas), la experiencia emocional (Admiración vs. compasión vs. aversión) o la confianza-Ansiedad intergrupal (Confianza vs. ansiedad). La variable Target era intergrupo y el resto de variables eran intragrupo. Para cada análisis de varianza la variable dependiente era la media de estereotipos, actitudes, experiencia emocional y confianza-ansiedad intergrupal.

5.1.2. Resultados

Estereotipos del exogrupo y del endogrupo

Para conocer cuál es el estereotipo asociado a los dos grupos objeto de estudio, se llevó a cabo un ANOVA de 2 (Target: endogrupo [estudiantes universitarios] vs. Exogrupo [síndrome de Down]) x 2 (Estereotipos: Competencia vs. Sociabilidad), siendo el primer factor intergrupal y el segundo intragrupo. La variable dependiente era la media de los estereotipos.

El análisis de los resultados obtenidos muestra que existe un efecto principal estadísticamente significativo de la variable Estereotipos ($F_{(1,210)}=197.19$, $p<.001$, $\eta_p^2=.48$). En conjunto, los participantes atribuyeron más estereotipos sociables ($M=3.62$, $DT=0.60$) que competentes ($M=2.93$, $DT=0.92$). También existe un efecto principal significativo de la variable Target ($F_{(1,210)}=37.13$, $p<.001$, $\eta_p^2=.15$). Los participantes atribuyeron puntuaciones más altas a los estudiantes universitarios ($M=3.48$, $DT=0.53$) que a las personas síndrome de Down ($M=3.11$, $DT=1.01$).

Por otra parte, se produjo una interacción entre estereotipos y target, ($F_{(1,210)}=302.08$, $p<.001$, $\eta_p^2=.59$).

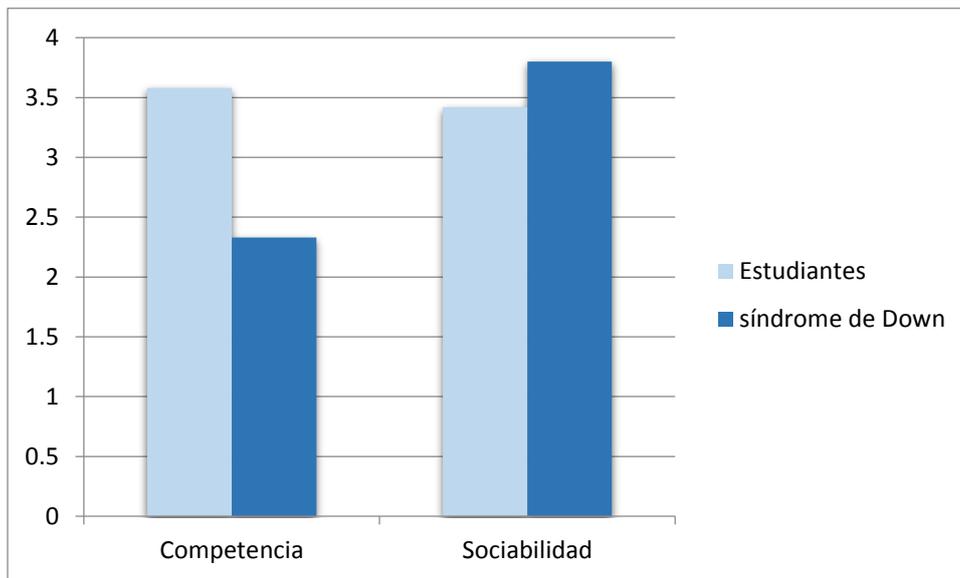


Figura 5.1: Medias de estereotipos de sociabilidad y competencia para cada target.

En la figura podemos observar, que se percibe a las personas con síndrome de Down con más sociabilidad ($M=3.80$, $DT= 0.67$) que competencia ($M=2.33$, $DT= 0.73$, $F_{(1,212)}=517.90$, $p<.001$, $\eta_p^2=.71$). Por otra parte, como observamos en la Figura 5.1, se percibe a los estudiantes universitarios más competentes ($M=3.58$, $DT=0.61$) que sociables ($M=3.42$, $DT=0.42$, $F_{(1,212)}=5.32$, $p=.022$, $\eta_p^2=.02$).

Además, los participantes perciben a los estudiantes universitarios más competentes ($M=3.58$, $DT=0.61$) que a las personas con síndrome de Down ($M=2.33$, $DT=0.73$, $F_{(1,212)}=181.41$, $p<.001$, $\eta_p^2=.46$), y contrariamente, más sociables a las personas con síndrome de Down ($M=3.80$, $DT=0.67$) que a los estudiantes ($M=3.42$, $DT=0.42$, $F_{(1,212)}=22.73$, $p<.001$, $\eta_p^2=.097$).

Actitudes hacia el exogrupo y el endogrupo

Para conocer el tipo de actitudes asociadas a cada uno de los grupos, se llevó a cabo un ANOVA de 2 (Target: endogrupo [estudiantes universitarios] vs. Exogrupo [síndrome de Down]) x 2 (Actitudes: Protectoras vs. Negativas) siendo el primer factor intergrupo y el resto intragrupo. La variable dependiente era la media de las actitudes.

Los resultados encontrados muestran que existe un efecto principal significativo de la variable Actitudes ($F_{(1,212)}=352.04$, $p<.001$, $\eta_p^2=.62$). En general, los participantes mostraron mayores niveles de actitudes protectoras ($M=2.78$, $DT=0.55$) que negativas ($M=1.94$, $DT=0.57$). También existe un efecto principal significativo de la variable Target

($F_{(1,212)}=74.34$, $p<.001$, $\eta^2=.26$). Los participantes atribuyeron niveles más altos de actitudes hacia las personas con síndrome de Down ($M=2.57$, $DT=0.77$) que hacia los estudiantes universitarios ($M=2.15$, $DT=0.54$).

Además, se produjo un efecto de interacción significativo entre actitudes y target ($F_{(2,212)}=39.58$, $p<.001$, $\eta^2=.16$).

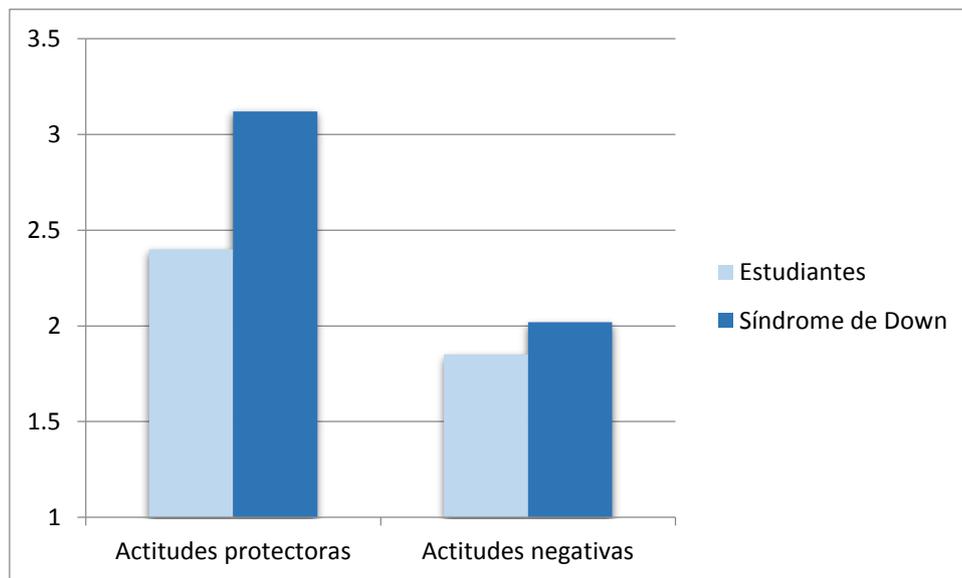


Figura 5.2: Medias de actitudes protectoras y negativas para cada target.

Tal y como podemos ver en la Figura 5.2, los participantes mostraron hacia las personas con síndrome de Down actitudes más negativas ($M=2.02$, $DT= 0.62$) que hacia el estudiante universitario ($M=1.85$, $DT=0.50$, $F_{(1,212)}=4.89$, $p=.028$, $\eta^2=.02$).

Por otra parte, los participantes también mostraron hacia las personas con síndrome de Down actitudes más protectoras ($M=3.12$, $DT=0.44$) que hacia los estudiantes universitarios ($M=2.40$, $DT=0.40$, $F_{(1,212)}=160.21$, $p<.001$, $\eta^2=.43$). Además, los participantes atribuyeron actitudes más protectoras que negativas, tanto para las personas síndrome de Down ($F_{(1,212)}=329.25$, $p<.001$, $\eta^2=.61$) como para los estudiantes universitarios ($F_{(1,212)}=74.29$, $p<.001$, $\eta^2=.26$).

Experiencias emocionales hacia el exogrupo y el endogrupo

Para conocer el tipo de afectos asociados a cada uno de los grupos, se llevó a cabo un ANOVA de 2 (Target: endogrupo [estudiantes universitarios] vs. Exogrupo [síndrome de Down]) x 3 (Experiencia Emocional: Admiración vs. Compasión vs. Aversión), siendo

el primer factor intergrupo y el segundo intragrupo. La variable dependiente era la media de las experiencias emocionales.

Los resultados encontrados muestran que existe un efecto principal significativo de la variable Afecto ($F_{(2,211)}=147.42, p<.001, \eta^2=.58$). En general, los participantes atribuyeron más admiración ($M=4.16, DT=1.14$) que compasión ($M=3.68, DT=1.62, p<.005$) y más admiración que aversión ($M=2.43, DT=0.97, p<.001$). También existe un efecto principal significativo de la variable Target ($F_{(1,212)}=50.38, p<.001, \eta^2=.19$). Los participantes atribuyeron niveles más altos de afecto hacia las personas con síndrome de Down ($M=3.78, DT=1.52$) que hacia los estudiantes universitarios ($M=3.09, DT=1.32$).

Además, se produjo un efecto de interacción significativo entre afectos y target ($F_{(2,209)}=57.97, p<.001, \eta^2=.21$).

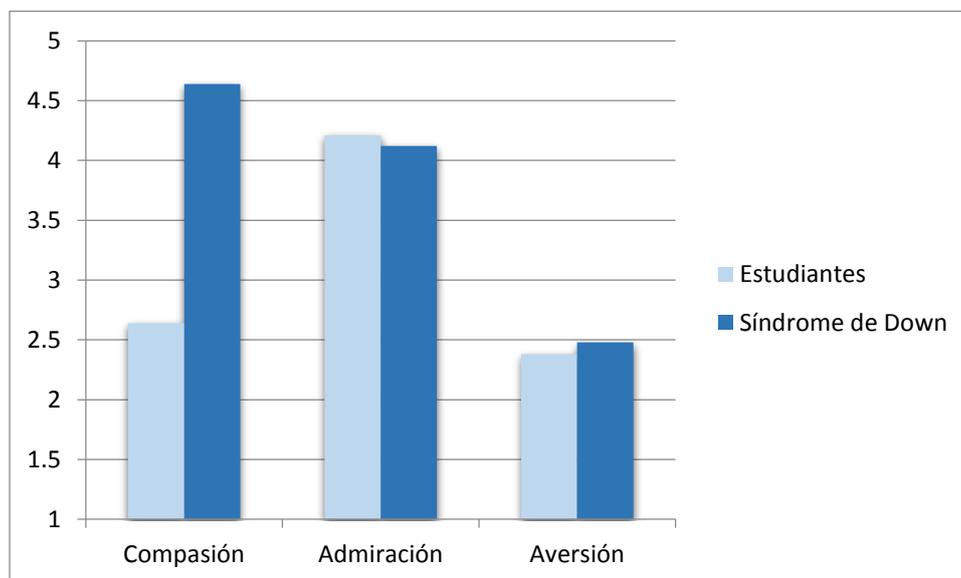


Figura 5.3: Medias de experiencias emocionales de compasión, admiración y aversión para cada target.

Específicamente, observamos en la Figura 5.3 que los participantes mostraron hacia las personas con síndrome de Down más compasión ($M=4.64, DT=1.34$) que admiración ($M=4.12, DT= 1.22, p<.001$), más compasión que aversión ($M=2.48, DT= 1.05, p<.001$), y más admiración que aversión ($F_{(2,211)}=147.01, p<.001, \eta^2=.58$).

Además, los participantes mostraron hacia los estudiantes universitarios más admiración ($M=4.21, DT= 1.05$) que compasión ($M=2.64, DT=1.21$) y que aversión ($M=2.38, DT= 0.88; F_{(2,211)}=67.64, p<.001, \eta^2=.39$). De acuerdo con nuestra hipótesis,

los participantes sienten hacia las personas con síndrome de Down más compasión ($M=4.64$, $DT=1.34$) que hacia los estudiantes universitarios ($M=2.64$, $DT=1.21$, $F_{(1,212)}=130.15$, $p<.001$, $\eta_p^2=.38$). Sin embargo, no existen diferencias significativas en admiración y aversión entre los estudiantes y las personas con síndrome de Down.

Confianza y ansiedad intergrupales hacia el exogrupo y el endogrupo

Con objeto de analizar los niveles de confianza y ansiedad intergrupales, se llevó a cabo un ANOVA de 2 (Target: endogrupo [estudiantes universitarios] vs. exogrupo [síndrome de Down]) x 2 (Confianza-Ansiedad intergrupales: Confianza intergrupales vs. Ansiedad intergrupales), siendo el primer factor intergrupo y el segundo intragrupo. La variable dependiente era la media de confianza y/o ansiedad intergrupales.

Los resultados encontrados revelan que existe un efecto principal significativo de la variable Confianza-Ansiedad intergrupales ($F_{(1,212)}=30.56$, $p<.001$, $\eta_p^2=.13$).

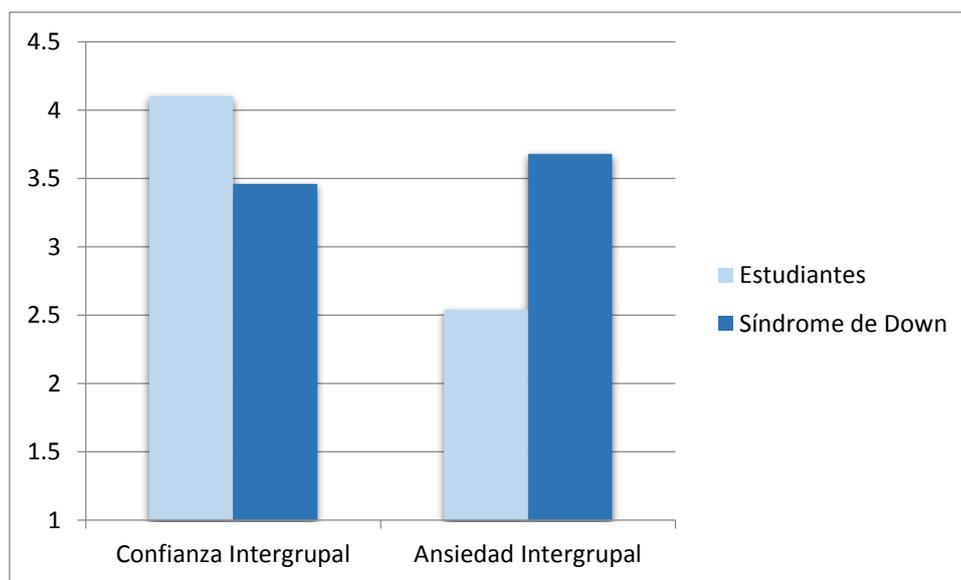


Figura 5.4: Medias de confianza y ansiedad intergrupales para cada target.

Como podemos ver en la figura, en general, los participantes atribuyeron más confianza ($M=3.77$, $DT=1.13$) que ansiedad intergrupales ($M=3.13$, $DT=1.34$). El efecto de interacción entre confianza- ansiedad intergrupales y target fue estadísticamente significativo ($F_{(1,212)}=52.75$, $p<.001$, $\eta_p^2=.20$). Tal y como hipotetizábamos, en la Figura 5.4 observamos que los participantes sienten más ansiedad cuando tienen que interactuar con las personas con síndrome de Down ($M=3.68$, $DT=1.31$) que con los estudiantes universitarios ($M=2.54$, $DT=1.11$, $F_{(1,212)}=18.29$, $p<.001$, $\eta_p^2=.08$).

Además, cuando los participantes tienen que interactuar sienten hacia los estudiantes universitarios más confianza ($M=4.10$, $DT=1.07$) que hacia las personas con síndrome de Down ($M=3.46$, $DT=1.10$, $F(1,212)=46.64$, $p<.001$, $\eta^2=.18$). El análisis de las comparaciones por pares reveló que los participantes sienten hacia los estudiantes universitarios más confianza ($M=4.10$, $DT=1.07$) que ansiedad ($M=2.54$, $DT=1.11$, $F(1,212)=78.16$, $p<.001$, $\eta^2=.27$), mientras que hacia las personas con síndrome de Down experimentan los mismos niveles de confianza que de ansiedad.

Tal y como comentábamos en el tercer capítulo, la ansiedad aparece cuando se interactúa con miembros de otros grupos sociales y en esta investigación lo hemos demostrado con el grupo de personas con síndrome de Down. Además, en dicho capítulo subrayábamos que la ansiedad tiene consecuencias, ya que promueve que las personas tengan una percepción y evaluación del exogrupo negativa (Renfro-Fernandez y Stephan, 2009; Riek et al., 2006). A continuación, se decidió llevar a cabo un análisis de la regresión para estimar la relación que la confianza y la ansiedad intergrupales tenían con los estereotipos, las actitudes y la experiencia emocional por cada target.

Predictores de la ansiedad y confianza intergrupales

Con el objetivo de explorar la relación entre estereotipos, actitudes, emociones, y ansiedad y confianza intergrupales, se llevaron a cabo una serie de análisis de regresión. En primer lugar, se realizaron dos análisis de regresión lineal múltiple, uno para cada grupo target, siguiendo el método *stepwise*, tomando como variable criterio la Confianza intergrupales.

Tabla 5.1: Confianza intergrupala para estudiantes universitarios y personas con síndrome de Down.

Estudiantes Universitarios

Variable criterio: Confianza intergrupala

Modelo	R ² corregido	F	Sign.	Coeficiente		
				regresión estandarizado	t	p
Admiración	0,3	22,09	<0,001	0,48	5,62	<0,001
Sociabilidad				0,18	2,14	0,03

Síndrome de Down

Variable criterio: Confianza intergrupala

Modelo	R ² corregido	F	Sign.	Coeficiente		
				regresión estandarizado	t	p
Admiración	0,33	28,32	<0,001	0,44	4,96	<0,001
Competencia				0,21	2,39	0,01

Tal y como podemos ver en la Tabla 5.1, para el grupo estudiantes universitarios, el modelo predictivo explicó un 30% de la varianza, y estuvo formado por las variables admiración y sociabilidad ($F_{(2,101)}=22.091$, $p<.001$). Específicamente, niveles más altos de admiración ($\beta=.483$) y sociabilidad ($\beta=.184$) predijeron niveles más altos de confianza intergrupala. En el caso del grupo de personas con síndrome de Down, el modelo predictivo explicó un 34% de la varianza, y estuvo formado por las variables admiración y competencia ($F_{(2,111)}=28.322$, $p<.001$). Concretamente, niveles más altos de admiración ($\beta=.446$) y competencia ($\beta=.215$) predijeron niveles más altos de confianza intergrupala.

Para la variable criterio Ansiedad intergrupala se llevaron a cabo otros dos análisis de regresión lineal múltiple, siguiendo el método *stepwise*.

Tabla 5.2: Ansiedad intergrupala para las personas con síndrome de Down.

Síndrome de Down

Variable criterio: Ansiedad intergrupala

Modelo	R ² corregido	F	Sign.	Coeficiente		
				regresión estandarizado	t	p
Admiración				-0,32	-3,74	<0,001
Compasión	0,4	24,66	<0,001	0,38	5,13	<0,001
Sociabilidad				-0,17	-2,07	0,04

En este caso, y tal y como podemos ver en la Tabla 5.2, no se encontró modelo predictivo de la ansiedad intergrupala para el grupo de estudiantes universitarios.

Para el grupo de personas con síndrome de Down, el modelo predictivo explicó un 40% de la varianza, y estuvo formado por las variables admiración, compasión y sociabilidad ($F_{(3,111)}=24.66$, $p<.001$). Concretamente, niveles más bajos de admiración ($\beta=-.320$) y sociabilidad ($\beta=-.177$), junto con niveles más altos de compasión ($\beta=.388$), predijeron niveles más altos de ansiedad intergrupala.

5.1.3. Conclusiones

En este primer estudio se ha analizado la percepción que la sociedad española tiene de las personas con síndrome de Down. Concretamente, se pretendía conocer los estereotipos, las actitudes, las reacciones afectivas y la ansiedad intergrupala que las personas asocian hacia las personas con trisomía 21, en comparación con un grupo de pertenencia (estudiantes universitarios). Los resultados establecen una clara distinción entre la percepción que las personas tienen hacia las personas con síndrome de Down y los estudiantes universitarios. Respecto a la imagen estereotípica de las personas con síndrome de Down, observamos que el estereotipo que se mantiene hacia ellos los muestra como personas con alta sociabilidad y baja competencia. En contraste, el estudiante universitario se percibe estereotípicamente con altos niveles de competencia en contraste con la sociabilidad. Estos resultados tienen varias interpretaciones, por un lado la imagen estereotípica de las personas con síndrome de Down se sigue manteniendo en la actualidad y concuerda con lo obtenido en otros estudios, como la imagen estereotípica

obtenida en Chile por Sirlopú et al. (2008, 2012). Por otro lado, considerar que las personas con trisomía 21 son incompetentes o menos competentes que otros grupos, tiene inevitablemente implicaciones negativas hacia este colectivo, pues esta imagen promovería fácilmente actitudes como la exclusión y el rechazo hacia estas personas en diferentes ámbitos centrales en la vida de las personas, como sería el ámbito del trabajo. Este resultado puede ser la causa de que siga existiendo cierta resistencia a la integración laboral de este colectivo (Castells, 2001; Subirats, 2005).

Atendiendo a los resultados obtenidos en la prueba de actitudes, y tal y como esperábamos, existe una actitud ambivalente hacia las personas con síndrome de Down. Por una parte, las personas mantienen hacia este colectivo actitudes de paternalismo y resguardo, y por otro lado despiertan actitudes de evitación y rechazo. Es necesario subrayar que el mantener actitudes protectoras hacia este colectivo no tiene una interpretación positiva sino todo lo contrario, este hecho refleja que las personas consideran a este colectivo de forma desigual y dependiente, acentuando de este modo su falta de autonomía.

Las reacciones afectivas que las personas mantienen hacia el endogrupo y el exogrupo es otra variable importante en la percepción social. Nuestros resultados señalan que las personas sienten niveles altos de compasión hacia las personas con síndrome de Down, vinculado a las actitudes de prejuicio paternalista y de protección social hacia este colectivo establecidas por el patrón de asociación estereotípica de Fiske et al. (2002). Por el contrario, las personas sienten admiración hacia los estudiantes universitarios (endogrupo), lo que también concuerda con su imagen estereotípica como altamente competentes y sociables, siguiendo el modelo de contenido del estereotipo.

Finalmente la prueba de confianza y ansiedad intergrupales es otra muestra de las repercusiones que conlleva el ser portador de un estigma. Los resultados revelan que las personas tienen ansiedad cuando tienen que interactuar con personas pertenecientes al colectivo de síndrome de Down en comparación con su endogrupo. Contrariamente, sienten confianza y bajos niveles de ansiedad cuando tienen que interactuar con estudiantes universitarios.

Por otra parte, los predictores de la confianza y la ansiedad intergrupales son diferentes para estudiantes universitarios y personas con síndrome de Down. Concretamente, observamos que la admiración es un potente predictor de la confianza

intergrupar tanto para el endogrupo como para el exogrupo. Así, mientras que en el grupo de estudiantes universitarios la sociabilidad es relevante para predecir la confianza intergrupar, en el caso de personas con Síndrome de Down los rasgos clave son los de competencia. Por otra parte, respecto a las personas con síndrome de Down, cuantos más bajos sean los niveles de admiración y de sociabilidad, y más altos los niveles de compasión, mayor nivel de ansiedad intergrupar se experimenta. No se encontraron predictores de la ansiedad intergrupar para el grupo de estudiantes universitarios. Estos resultados muestran una estrecha relación entre el modelo de contenido del estereotipo (Fiske et al., 2002) y la confianza y ansiedad intergrupar (Stephan y Stephan, 1985), y destacan la importancia de profundizar en el estudio de la percepción social de las personas con síndrome de Down.

5.2. Investigación 2: La infrahumanización hacia las personas con síndrome de Down

Diversas investigaciones con medidas implícitas afirman que la fisonomía de las personas influye en las actitudes y estereotipos que se tiene hacia ellas (Enea-Drapeau et al., 2012). Sin embargo, desconocemos la existencia de investigaciones que hayan analizado la infrahumanización hacia las personas con trisomía 21 y su posible relación con la visibilidad del estigma. Concretamente, desconocemos, en primer lugar, si las personas con trisomía en el cromosoma 21 son percibidas con menores niveles de humanidad que los miembros de un endogrupo, y, en segundo lugar, si el grado en el que el estigma se hace más visible repercute en la intensificación del proceso de infrahumanización.

El objetivo principal de este trabajo es analizar la relación entre los rasgos faciales de personas con síndrome de Down y la infrahumanización a la que se ven sometidos. Para ello hemos llevado a cabo dos estudios. En el primero de ellos, se presentó a los participantes una prueba de atribución de sentimientos y emociones hacia miembros de un endogrupo (estudiantes universitarios) y hacia personas con síndrome de Down. El objetivo de este estudio es comprobar si se produce un patrón de infrahumanización de manera general hacia el grupo objeto de estudio. En la segunda investigación, se llevó a cabo una tarea de asociación automática entre sentimientos y rostros clasificados en tres grupos: rostros de personas sin síndrome de Down, rostros ambiguos y rostros de personas con síndrome de Down. El objetivo de este estudio es analizar si los procesos de

infracomunicación se incrementan a medida que se intensifica el estigma físico asociado con las personas con síndrome de Down.

Objetivos e hipótesis de investigación

Con esta investigación se espera alcanzar dos objetivos relacionados con la teoría de la infracomunicación. Específicamente se trata de:

- Conocer el patrón de atribución de sentimientos y emociones que las personas manifiestan hacia este colectivo.
- Analizar si existe relación entre los rasgos faciales fenotípicos de personas con síndrome de Down y la atribución de humanidad.

En relación con el primer objetivo se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis 2.1: Habrá una mayor atribución de sentimientos hacia el grupo de comparación (estudiante universitario) que hacia las personas con síndrome de Down.

Hipótesis 2.2: Esta diferencia no se producirá en la atribución de emociones.

En relación con el segundo objetivo se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis 2.3: Habrá una mayor rapidez en la asociación de sentimientos hacia el grupo de comparación que hacia las personas con síndrome de Down. Los participantes serán más lentos identificando sentimientos en el caso de rostros claramente síndrome de Down, en comparación con rostros ambiguos (rasgos físicos leves de síndrome de Down), y en comparación con los rostros de control (sin síndrome de Down).

Hipótesis 2.4: Estas diferencias no se producirán en la identificación de términos referidos a emociones.

5.2.1. Estudio 2.1: La atribución de sentimientos hacia las personas con síndrome de Down.

5.2.1.1. Método

5.2.1.1.1. Participantes

Un total de 214 estudiantes de Grado de Trabajo Social de La Universidad de La Laguna (172 mujeres y 42 hombres) participaron voluntariamente en este estudio. El rango de edad de los participantes fue de 18 a 50 años ($M=19.98$, $DT=3.43$). Los estudiantes recibieron créditos de investigación por su participación.

5.2.1.1.2. Materiales e instrumentos

Infrahumanización del exogrupo y del endogrupo

Para medir la atribución de humanidad hacia el endogrupo y el exogrupo se incluyó un total de 20 términos emocionales, que fueron extraídos del estudio de Rodríguez-Pérez, Betancor, Ariño, Demoulin y Leyens (2014). Para la elaboración de este listado se utilizaron 3 criterios: grado de humanidad, valencia y familiaridad. Concretamente, se presentó un listado de rasgos compuesto por 10 sentimientos (emociones exclusivamente humanas; $M=5.31$, $DT=0.82$) y 10 emociones (emociones que comparten humanos y animales; $M=2.59$, $DT=0.54$, $t(18)=8.63$, $p<.001$). Se verificó que los términos emocionales no difirieran significativamente en su valencia. Así, la prueba constaba de 5 sentimientos positivos (*Serenidad, empatía, esperanza, euforia, optimismo*; $M=4.93$, $DT=1.04$), y 5 emociones positivas (*Afecto, alegría, sorpresa, deseo, ternura*; $M=2.85$, $DT=.52$, $t(9)=-1.60$, $p=.14$), 5 sentimientos negativos (*Decepción, lamentación, pesimismo, remordimiento, vergüenza*; $M=5.68$, $DT=.29$) y 5 emociones negativas (*Miedo, rabia, dolor, agitación, inquietud*; $M=2.34$, $DT=.49$, $t(9)=-1.30$, $p=.22$). También se evaluó que no hubiera diferencias en la familiaridad de los sentimientos ($M=5.57$, $DT=.51$) y de las emociones ($M=5.86$, $DT=.72$, $t(18)=1.04$, $p=.31$).

En el Anexo 3 se presentan los términos emocionales empleados en este estudio.

Preguntas de control: contacto con el exogrupo

Además de los datos demográficos como edad, género y universidad de procedencia, dado que el trabajo actual está interesado en la percepción de las personas

con síndrome de Down y de los estudiantes universitarios, al final del cuestionario se incluyeron dos preguntas de control: *¿Conoce a alguna persona con Síndrome de Down?* y, en caso afirmativo, *¿Qué relación tiene con esta persona?* Donde 1=Lejana (Conocido) y 3= Cercana (Amigo o familiar) como control de la familiaridad con el exogrupo. Del total de participantes, se excluyeron 27 participantes (18.75%) por tener una relación cercana (amigo o familiar) con el exogrupo.

5.2.1.1.3. Diseño y procedimiento

Los participantes completaron el cuestionario vía *online* a través de la herramienta *SurveyMonkey*. Esto les llevó menos de 15 minutos. Se empleó un diseño factorial de 2 (Target: endogrupo [estudiantes universitarios] vs. Exogrupo [síndrome de Down]) x 2 (Tipo de emoción: sentimientos vs. emociones) x 2 (Valencia: positiva vs. negativa). La primera variable era intergrupo y el resto intragrupo. La variable dependiente era la media de atribución de Tipo de emoción y Valencia.

A la mitad de los participantes se les preguntó acerca de las personas con síndrome de Down, y a la otra mitad acerca de los estudiantes universitarios. Se informó a los participantes de que el objetivo del cuestionario era conocer cómo la sociedad española percibía a diferentes grupos sociales. Concretamente, en el cuestionario se decía: *“Teniendo en cuenta el punto de vista de la sociedad española, ¿qué emociones experimenta el síndrome de Down con más frecuencia?”* en el target exogrupo, y *“Teniendo en cuenta el punto de vista de la sociedad española, ¿qué emociones experimenta el estudiante universitario con más frecuencia?”* en el target endogrupo. Para delimitar el número de repuestas, se pidió que seleccionaran entre 8 y 12 características del total del listado. Se aseguró en todo momento la confidencialidad de sus respuestas.

5.2.1.2. Resultados

Humanidad del exogrupo y del endogrupo

Para analizar la atribución diferencial de sentimientos y emociones a cada uno de los grupos objeto de estudio, se llevó a cabo un ANOVA de 2 (Target: Endogrupo [estudiantes universitarios] vs. Exogrupo [síndrome de Down]) x 2 (Tipo de emoción: Sentimientos vs. Emociones) x 2 (Valencia: Positiva vs. Negativa). La primera variable era intergrupo y el resto intragrupo. La variable dependiente era la media de atribución de Tipo de emoción y Valencia.

Los resultados del análisis revelaron tres efectos principales significativos. En primer lugar, existe un efecto principal estadísticamente significativo de la variable Tipo de emoción ($F_{(1,212)}=19.031$; $p<.001$; $\eta^2=.08$). En general, los participantes atribuyeron más emociones ($M=2.36$, $DT=1.23$) que sentimientos ($M=1.94$, $DT=1.40$).

En segundo lugar, hay un efecto principal significativo de la variable Valencia ($F_{(1,212)}=7.55$; $p<.01$; $\eta^2=.03$). Los participantes atribuyeron más términos emocionales positivos ($M=2.35$, $DT=1.29$) que negativos ($M=1.95$, $DT=1.34$).

En tercer lugar, también se produjo significación estadística en la variable Target ($F_{(1,212)}=7.99$; $p<.01$; $\eta^2=.03$). Los participantes infirieron más términos emocionales a los estudiantes universitarios ($M=2.29$, $DT=1.14$) que a las personas con síndrome de Down ($M=2.16$, $DT=1.42$).

En cuanto a las interacciones entre las variables, el resultado más interesante es que se produjo una interacción estadísticamente significativa entre Tipo de Emoción y Target ($F_{(1,212)}=51.62$; $p<.001$; $\eta^2=.19$).

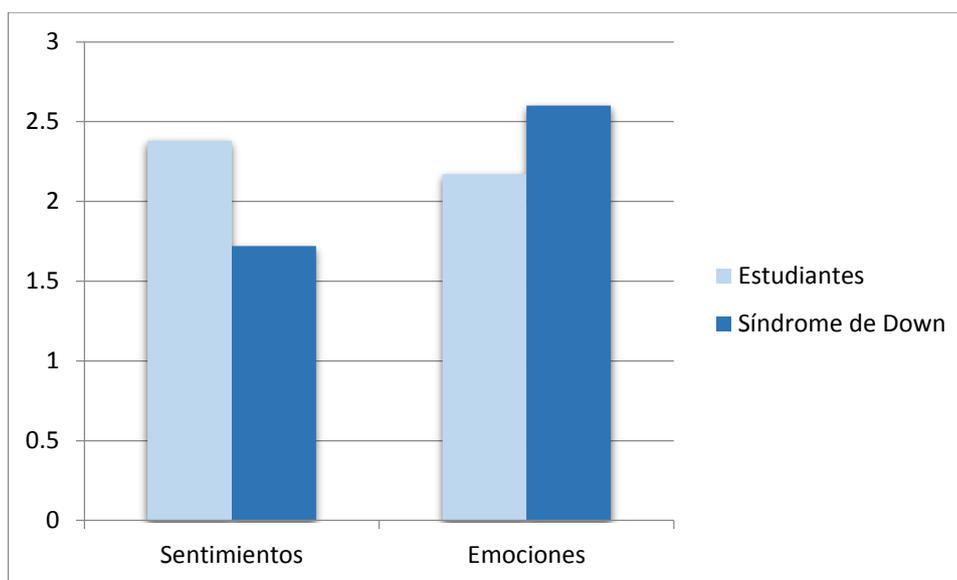


Figura 5.5: Medias de sentimientos y emociones para los grupos síndrome de Down y estudiante universitario.

Tal y como podemos observar en la figura 5.5, en consonancia con nuestra hipótesis y con la teoría de la infrahumanización, los participantes atribuyeron significativamente más sentimientos hacia el estudiante universitario ($M=2.38$, $DT=1.32$) que hacia las personas con síndrome de Down ($M=1.72$, $DT=1.39$, $F_{(1,212)}=59.219$,

$p < .001$, $\eta^2 = .22$). Se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la atribución de emociones. Concretamente, tal y como se observa en la Figura 5.5, se atribuyeron más emociones a las personas con síndrome de Down ($M = 2.60$, $DT = 1.30$) que a los estudiantes universitarios ($M = 2.17$, $DT = 1.11$, $F_{(1,212)} = 23.707$, $p < .001$, $\eta^2 = .101$).

Además, observamos que cuando evalúan a las personas con síndrome de Down, los participantes infieren más emociones ($M = 2.60$, $DT = 1.30$) que sentimientos ($M = 1.72$, $DT = 1.39$, $F_{(1,212)} = 70.33$, $p < .001$, $\eta^2 = .24$), mientras que se atribuyó a los estudiantes universitarios más sentimientos ($M = 2.38$, $DT = 1.32$) que emociones ($M = 2.17$, $DT = 1.11$, $F_{(1,212)} = 3.71$, $p = .005$, $\eta^2 = .01$).

Por otra parte, se produjo un triple efecto de interacción entre Tipo de emoción, Target y Valencia ($F_{(1,212)} = 11.52$, $p < .001$, $\eta^2 = .05$). Los participantes atribuyeron más emociones positivas a las personas con síndrome de Down ($M = 2.92$, $DT = 1.29$) que a los estudiantes universitarios ($M = 2.05$, $DT = 0.95$, $F_{(1,212)} = 30.67$, $p < .001$, $\eta^2 = .12$). Esto no sucedió con las emociones negativas ($M = 2.28$, $DT = 1.22$ para el grupo de personas con síndrome de Down y $M = 2.29$, $DT = 0.99$ para el grupo de estudiantes universitarios, $F_{(1,212)} = .013$, $p = .91$, $\eta^2 = .00$). Además, los participantes atribuyeron más sentimientos positivos a los estudiantes universitarios ($M = 2.63$, $DT = 1.13$) que a las personas con síndrome de Down ($M = 1.98$, $DT = 1.25$, $F_{(1,212)} = 16.00$, $p < .001$, $\eta^2 = .07$), y también más sentimientos negativos ($M = 2.14$, $DT = 1.37$) que a las personas con síndrome de Down ($M = 1.47$, $DT = 1.5$, $F_{(1,212)} = 11.34$, $p < .001$, $\eta^2 = .05$).

5.2.1.3. Conclusiones

El objetivo de esta investigación era analizar la atribución de emociones hacia las personas con síndrome de Down, colectivo protegido socialmente. Los resultados nos han mostrado que las personas infrahumanizan a las personas con síndrome de Down, pues los participantes les atribuyen menos sentimientos (emociones humanas) que a su propio grupo.

Partiendo de estos resultados, en el segundo experimento que presentamos a continuación, se pretendía dar un paso más en el análisis de la infrahumanización hacia las personas con síndrome de Down. El propósito era saber si esta infrahumanización se relacionaba con los rasgos fisionómicos característicos de la trisomía 21, es decir, si el

estigma de las personas con síndrome de Down influía en la atribución de rasgos humanos que las personas mantienen hacia este colectivo.

5.2.2. Estudio 2.2: ¿Existe relación entre los rasgos faciales y la atribución de la humanidad?

5.2.2.1. Método

5.2.2.1.1. Participantes

Un total de 32 estudiantes de Psicología (75% mujeres y 25% hombres) participaron voluntariamente en este estudio. Los estudiantes recibieron créditos de investigación por su participación. El rango de edad de los participantes fue de 19 a 25 años ($M=20.43$, $DT=1.75$). Ninguno de los participantes era discapacitado. 2 sujetos no fueron incluidos en el análisis porque obtuvieron ratios de error relativamente altos (superior a 8%).

5.2.2.1.2. Materiales e instrumentos

Imágenes del endogrupo ambiguas y del exogrupo

Para la realización de este experimento se utilizaron un total de 14 imágenes. Como imágenes de origen, se escogieron dos caras masculinas de personas sin síndrome de Down y dos caras masculinas de personas con síndrome de Down. A partir de estas imágenes, se generaron nuevos estímulos utilizando el Programa *Morphing*. Este programa generó digitalmente etapas intermedias de imágenes entre el elemento inicial (cara no síndrome de Down) y el elemento resultante de la transformación (cara síndrome de Down). Por cada combinación de caras (No síndrome Down-síndrome de Down) se generaron 18 caras intermedias, resultando 2 continuos de 20 rostros, donde el 0% corresponde a la imagen de origen no Down y el 100% a la imagen síndrome de Down, con rostros intermedios que representan incrementos del 5.26% del rostro síndrome de Down en cada caso. De este continuo, y siguiendo la investigación de Capozza, Boccato, Andrighetto y Falvo (2009), se seleccionaron 7 imágenes por cada combinación (2 combinaciones, 14 imágenes en total): los niveles 0% y 5.26%, como ejemplos de rostros sin síndrome de Down; 52.63%, 57.89 % y 63.16% como ejemplos de caras ambiguas; y 94.73% y 100%, como ejemplos de rostros con síndrome de Down.

Las 14 fotografías presentadas en el experimento se mostraban en escala de grises, completamente frontales, con la expresión facial neutral, fondo blanco, y tenían unas dimensiones de 800x600 píxeles.

Tarea implícita de infrahumanización

Para medir la rapidez en la asociación de sentimientos y emociones que las personas tienen hacia el endogrupo y el exogrupo (variable dependiente), se incluyó un total de 30 palabras: 20 términos emocionales y 10 pseudopalabras.

Los 20 términos emocionales fueron los mismos utilizados para el estudio 1 que fueron extraídos del estudio de Rodríguez-Pérez et al. (2014). Estos 20 términos emocionales fueron acompañados por 10 pseudopalabras obtenidas del estudio de Algarabel (1996). Las pseudopalabras fueron seleccionadas teniendo en cuenta que el número de sílabas coincidiera con palabras frecuentes en nuestro idioma y que la combinación de letras, aún sin tener significado, resultaran familiares.

El Anexo 4 recoge el listado de palabras empleadas en esta investigación, así como algunos ejemplos de las fotografías que se incluyeron.

Contacto con el exogrupo

Además de los datos demográficos como edad, género y universidad de procedencia, al final del experimento se incluyeron dos preguntas de control: *¿Conoce a alguna persona con Síndrome de Down?* y, en caso afirmativo, *¿Qué relación tiene con esta persona?* Donde 1=Lejana (Conocido) y 3= Cercana (Amigo o familiar) como control de la familiaridad con el exogrupo. Ninguno de los participantes señaló tener una relación cercana (amigo o familiar) con el exogrupo.

5.2.2.1.3. Diseño y procedimiento

Para el desarrollo de este experimento se utilizó el programa E-prime 2.0 Professional. Se empleó un diseño de 2 (Target: Emociones vs. Sentimientos) x 2 (Valencia: Positiva vs. Negativa) x 3 (Prime: No Síndrome Down vs. Ambiguo vs. Síndrome Down). Todas las variables eran intragrupo. Las variables dependientes eran la media del Target y la Valencia. Los participantes fueron distribuidos aleatoriamente en cubículos provistos de un ordenador y recibieron todas las instrucciones del experimento a través de la pantalla. Se les explicó que el objetivo del experimento era realizar una

tarea de memoria. En este apartado se especificó que iban a observar diferentes imágenes, tanto de estudiantes universitarios (endogrupo) como de personas con síndrome de Down (exogrupo). Después de cada imagen aparecería una palabra y en este momento, debían clasificar el término mostrado en pantalla como “palabra” (tecla S) o “pseudopalabra” (Tecla L) y hacerlo tan rápido como les fuera posible. Antes de comenzar la tarea, los participantes realizaron 5 ejemplos para asegurar que habían entendido completamente el mecanismo del experimento. Además, antes de empezar con el experimento se les informó que observarían detalladamente cada una de las imágenes, ya que en la última parte del experimento iban a realizar una prueba de reconocimiento de las imágenes que habían sido proyectadas. Se aseguró en todo momento la confidencialidad de sus respuestas. Seguidamente empezó la tarea experimental. El experimento estaba compuesto por 210 ensayos (cada una de las 30 palabras aparecía precedida por cada uno de los 7 tipos de imágenes). Cada ensayo estaba compuesto por un punto de fijación (500 ms), una fotografía que actuaba como *priming* (500 ms), un flash (17 ms) y la palabra que funcionaba como target, que se mantenía presente en la pantalla hasta la clasificación por parte del participante de “palabra” o “no palabra” (SOA=517 ms). El siguiente ensayo empezaba después de un intervalo de 1000 ms en el cual la pantalla permanecía en blanco. Los ensayos se presentaron de forma aleatorizada, para controlar el orden de aparición de imágenes y palabras.

5.2.2.2. Resultados

Antes de llevar a cabo el análisis de los datos recogidos en la tarea de decisión léxica, se eliminaron las respuestas extremadamente rápidas y lentas de los participantes (menos de 300 mseg. y más de 3000 mseg.). Además, se analizaron los errores de respuesta (respuestas en las que los participantes pulsaron la tecla de las palabras ante una pseudopalabra y a la inversa), un 2.9% del total de respuestas erróneas por sujeto. En la tarea de reconocimiento de las imágenes, no hubo ratios de error elevados.

Los tiempos de reacción fueron transformados en puntuaciones logarítmicas para su análisis. No obstante, para facilitar su interpretación, las medias se presentan en milisegundos.

Para comprobar si el sesgo de infrahumanización varía en función de los rasgos faciales se llevó a cabo un ANOVA de 2 (Target: Emociones vs. Sentimientos) x 2 (Valencia: Positiva vs. Negativa) x 3 (Prime: No Síndrome Down vs. Ambiguo vs.

Síndrome Down). Todas las variables eran intragrupo. El Target y la Valencia eran las variables dependientes.

Los resultados arrojaron, en primer lugar, un efecto principal significativo de la variable Target ($F_{(1,31)}=35.21$, $p<.001$, $\eta_p^2=.53$). En general, los participantes identificaron más rápidamente las emociones ($M=648.42$, $DT=89.34$) que los sentimientos ($M=678.89$, $DT=104.35$). Se produjo un efecto principal significativo de la variable Valencia ($F_{(1,31)}=59.18$, $p<.001$, $\eta_p^2=.66$). Se tardó más tiempo en responder a los términos emocionales negativos ($M=690.19$, $DT=106.04$) que a los positivos ($M=639.19$, $DT=83.01$).

La interacción Target x Prime resultó estadísticamente significativa ($F_{(2,30)}=5.98$, $p=.007$, $\eta_p^2=.29$).

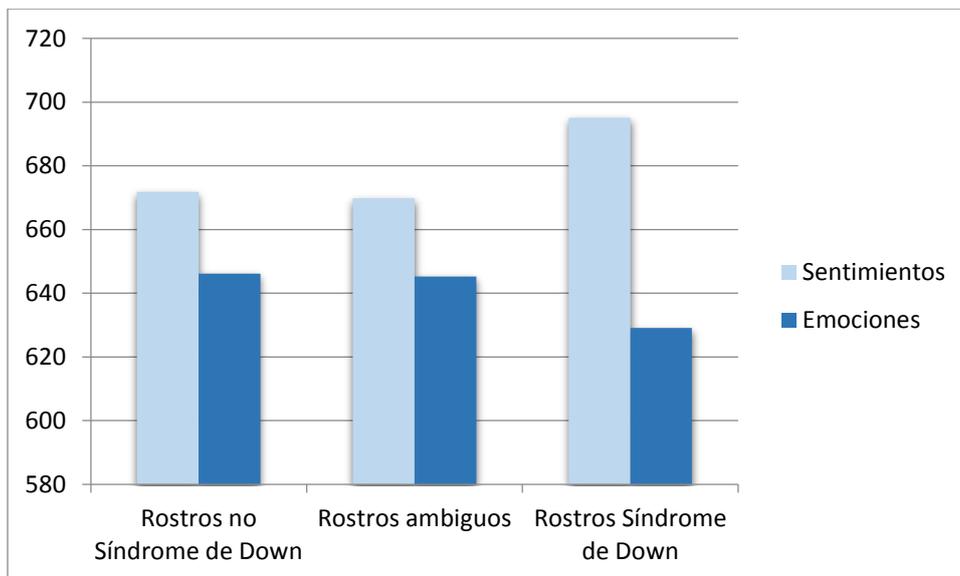


Figura 5.6: Tiempos de respuesta medio de emociones y sentimientos en función del tipo de prime (No Síndrome Down vs. Ambiguo vs. Síndrome Down).

Atendiendo a nuestra hipótesis y de acuerdo con la teoría de la infrahumanización, como se observa en la Figura 5.6, los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en el reconocimiento de sentimientos ($F_{(2,30)}=6.127$, $p=.006$, $\eta_p^2=.29$). Los participantes asociaron con mayor rapidez los target relativos a sentimientos precedidos de imágenes de rostros sin rasgos característicos de síndrome de Down ($M=671.83$, $DT=103.01$) que precedidos por rostros de personas con Trisomía 21 ($M=695.06$, $DT=118.25$, $p=.02$).

Además, existen diferencias significativas entre rostros ambiguos ($M=669.79$, $DT=89.55$) y rostros con síndrome de Down ($p=.03$). Sin embargo, no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en los sentimientos al ir precedidos por rostros de personas sin síndrome de Down y rostros ambiguos. Siguiendo con la teoría de la infrahumanización y acorde con nuestra hipótesis no hubo diferencias significativas en la atribución de emociones ($F<3$).

5.2.2.3. Conclusiones

El propósito de esta investigación era determinar si se mantiene sesgo de infrahumanización hacia las personas con síndrome de Down.

En el primer experimento se puso a prueba la hipótesis de infrahumanización hacia los miembros de la categoría síndrome de Down. Con este estudio pretendíamos analizar si las personas infrahumanizan a esta categoría social, pues desconocemos estudios previos que hayan puesto a prueba esta hipótesis. Los resultados encontrados han revelado que existe una atribución diferencial de sentimientos hacia personas con síndrome de Down y estudiantes universitarios. De acuerdo con la teoría de la infrahumanización, las personas atribuyeron menos sentimientos, y por lo tanto menos humanidad al exogrupo, es decir, a las personas con síndrome de Down, que al endogrupo (estudiantes universitarios). Estos resultados muestran por primera vez la existencia de infrahumanización hacia las personas con síndrome de Down.

El segundo experimento tuvo como objetivo analizar la relación entre los rasgos faciales de personas con síndrome de Down y la infrahumanización. De este modo queremos descubrir si la visibilidad del estigma influye en la atribución de humanidad hacia los miembros de este colectivo. Se aplicó un procedimiento de asociación implícita para medir la infrahumanización, para comprobar las asociaciones que los participantes mantenían entre las imágenes y los rasgos de humanidad (sentimientos frente a emociones). Los resultados de este experimento ponen de manifiesto que la visibilidad del estigma influye en el sesgo de infrahumanización. Concretamente, los resultados mostraron diferencias significativas en la asociación de sentimientos: las personas tardaron más tiempo en asociar las imágenes de personas con síndrome de Down y sentimientos, en contraste con las imágenes ambiguas y las imágenes de personas sin síndrome de Down.

En conjunto, a través de estos dos estudios, encontramos evidencia de formas sutiles de prejuicio hacia las personas con trisomía 21. Es importante señalar que las personas con síndrome de Down son un grupo protegido socialmente hacia el que se mantienen, tal y como hemos visto en la primera investigación, actitudes paternalistas y que generan compasión. Aun así, a pesar de contar con esta tutela, este grupo aparentemente amparado socialmente es infrahumanizado. Los resultados muestran por primera vez la existencia de infrahumanización hacia las personas con síndrome de Down y permiten concluir que la infrahumanización es sensible al estigma del exogrupo, arrojando la primera evidencia de que los rasgos faciales distintivos de un trastorno genético, en este caso, la trisomía 21, puede dar lugar a infrahumanización.

5.3. Investigación 3: La metáfora asociada a las personas con síndrome de Down. Atribución de humanidad, paternalismo y autonomía.

Existen diferentes estudios que analizan la metáfora asociada a la discapacidad y demuestran que las personas con discapacidad intelectual son percibidas con una metáfora animal (Martínez, 2013; Robey, Beckley y Kirschner, 2006). Sin embargo, hasta la fecha desconocemos de la existencia de investigaciones sobre las personas con síndrome de Down que analicen si las personas mantienen una metáfora más próxima a la percepción animal o a la infantil hacia este colectivo. El objetivo de este estudio fue doble, en primer lugar se analizaron las metáforas que se asociaban con las personas con síndrome de Down. Seguidamente, se estudió la relación entre estas metáforas y las actitudes de paternalismo o autonomía que las personas mantienen hacia este grupo.

Objetivos e hipótesis de investigación

El objetivo de este trabajo de investigación es conocer si las personas mantienen una percepción infantil o animal asociada a las personas con síndrome de Down, y analizar en qué medida dicha percepción está relacionada con actitudes de paternalismo y autonomía. Específicamente, se pretende evaluar las diferencias en la atribución de paternalismo o autonomía hacia las personas con síndrome de Down, atendiendo a la percepción deshumanizada que se tiene de este colectivo.

En relación con este objetivo, se establecen las siguientes hipótesis:

Hipótesis 3.1: Los participantes con baja percepción animalizada de las personas con síndrome de Down tendrán actitudes más paternalistas que los participantes con alta percepción animalizada hacia las personas con síndrome de Down.

Hipótesis 3.2: Los participantes que perciben a las personas con síndrome de Down asociado a animalidad manifestarán actitudes de menor autonomía, en comparación con los participantes que mantienen una baja percepción animalizada del grupo.

Hipótesis 3.3: Los participantes que perciben a las personas con síndrome de Down de forma infantil manifestarán actitudes de mayor paternalismo que los participantes que no mantienen una percepción infantil del grupo.

5.3.1. Método

5.3.1.1. Participantes

Un total de 87 estudiantes de Grado de Turismo participaron en esta investigación de manera voluntaria. Los estudiantes recibieron créditos de investigación por su participación. De entre los estudiantes, 15 eran hombres y 72 mujeres, con un rango de edad de 18 a 50 años, $M=22.02$, $DT=4.08$.

5.3.1.2. Materiales e instrumentos

El cuestionario estaba compuesto por 2 pruebas:

Percepción del síndrome de Down: Infantil o Salvaje.

Esta prueba estuvo compuesta por 14 ítems tomados de la investigación de Saminaden et al. (2010). Se realizó la siguiente pregunta a los participantes: “*En tu opinión, ¿Cómo crees que la sociedad española percibe a las personas síndrome de Down?*” (1=Nada, 5=Mucho). La prueba constaba de dos dimensiones: Rasgos asociados a la metáfora infantil (Sin preocupaciones, inmaduro, simple, indisciplinado, imitativo, infantil, ingenuo, $\alpha=.79$) y rasgos asociados a la metáfora salvaje (Hipersexual, inmoral, instintivo, sin autocontrol, deshonesto, irracional, cruel, $\alpha=.74$). Para cada dimensión, puntuaciones elevadas indican un nivel alto de la dimensión.

Paternalismo y autonomía hacia el síndrome de Down

Se utilizó una escala de 14 ítems orientados a medir las actitudes de paternalismo, resguardo, autonomía y protección hacia las personas con síndrome de Down. La

dimensión de paternalismo de 3 ítems (p.e., “*En situaciones de competición, como ocurre en muchos juegos y deportes, se debería dejar que las personas con síndrome de Down/ los estudiantes universitarios ganaran*”), y la dimensión de resguardo de 3 ítems (p.e., “*Me gustaría colaborar con instituciones que ayudan a las personas con síndrome de Down*”), fue utilizada por Sirlopú et al. (2012). Para medir la autonomía se utilizó una prueba de 5 ítems de Molina et al. (2012), (p.e., “*Las personas con síndrome de Down no saben disfrutar del ocio como los demás*”). La dimensión de proteccionismo de 3 ítems (p.e., “*El empleo protegido es la única salida profesional para las personas con síndrome de Down*”) elaborada para este estudio. Cada ítem fue evaluado en una escala de 5 puntos que varió entre 1 (*totalmente en desacuerdo*) y 5 (*totalmente de acuerdo*). Para determinar las relaciones estructurales entre las variables, se realizó un análisis de componentes principales de las cuatro dimensiones. Las puntuaciones medias de los 14 ítems en las 3 dimensiones dio un KMO de .63 y un chi-cuadrado en la prueba de esfericidad de Bartlett de $\chi^2(91) = 251.85$; $p < .001$. La solución factorial de los tres componentes con valor propio superior a 1 que explicaban conjuntamente el 51.49 % de la varianza. El primero, con un valor propio de 3.42 explica el 24.49 % de la varianza, el segundo, con un valor propio de 2.30 explica el 16.499 % de la varianza y el tercero con un valor propio de 1.47 explica el 10.50 % de la varianza. Estos tres factores se corresponden con las actitudes de autonomía ($\alpha = .80$), el paternalismo-resguardo ($\alpha = .50$), y el proteccionismo (debido a la baja consistencia interna decidimos no utilizar esta prueba). Ver en el anexo 5, el cuestionario y la distribución de los pesos factoriales en las 2 dimensiones.

Cuestionario sociodemográfico

Se solicitó a los participantes datos demográficos como edad, género y universidad de procedencia.

5.3.1.3. Diseño y Procedimiento

Los participantes completaron el cuestionario *Survey Monkey* vía *online* en menos de 15 minutos. Se empleó un diseño de 2 (Percepción Infantil: Alta vs. Baja) x 2 (Percepción Salvaje: Alta vs. Baja) x 2 (Actitudes: Autonomía vs. Paternalismo-Resguardo). Las dos primeras variables eran intersujetos y el resto intrasujetos. La variable dependiente era la media de las actitudes.

Los estudiantes recibieron las instrucciones en el cuestionario, en el que se detallaba que el objetivo de la investigación era estudiar las diferencias sociales,

económicas y culturales entre diversos grupos de nuestra sociedad. Para reducir la deseabilidad social, al comienzo de cada pregunta se les detallaba “*Contesta a las preguntas desde el punto de vista que la sociedad española tiene acerca del síndrome de Down*”. Desde el principio se aseguró la confidencialidad en las respuestas.

5.3.2. Resultados

Percepción del síndrome de Down: Infantil o Salvaje.

Con objeto de analizar qué metáfora se asocia más con las personas con síndrome de Down se llevó a cabo una comparación de medias de cada metáfora para las personas con síndrome de Down. Los resultados revelan que de manera general existe una mayor asociación de este colectivo con la metáfora infantil ($M=3.42$, $DT=.81$) en comparación con la animal ($M=2.38$, $DT=.70$, $t(86)=-14.62$, $p<.001$).

Para conocer las actitudes que las personas tienen hacia las personas con síndrome de Down, clasificamos las medidas de metáfora infantil y animal en función de su grado (alto versus bajo). Con este fin, determinamos que las personas que se encontraban por debajo de la media (<3.42 para infantil, <2.38 para animal), se clasificaban como Grupo Bajo en cada metáfora, mientras que los sujetos que puntuaron igual o superior a la media ($=$ o >3.42 para infantil, $=$ o >2.38 para animal), se codificaron como Grupo Alto en cada metáfora.

Relación entre la percepción infantil – animal y las actitudes de paternalismo-resguardo y autonomía hacia las personas con síndrome de Down.

Para conocer si las actitudes de paternalismo-resguardo y autonomía son diferentes en función de la metáfora que las personas mantengan de las personas con síndrome de Down, se llevaron a cabo dos análisis de varianza, uno para cada tipo de metáfora estudiada.

Percepción Animal y actitudes hacia las personas con síndrome de Down

Se realizó un ANOVA de 2 (Percepción Animal: Alta vs. Baja) x 2 (Actitudes: Autonomía vs. Paternalismo- Resguardo). La primera variable fue inter-sujetos y la segunda variable, las actitudes, era intra-sujetos. Se empleó como variable dependiente la puntuación en actitudes.

Los resultados arrojaron un efecto principal significativo de la variable Actitudes ($F_{(1,84)}=42.768$, $p<.001$, $\eta_p^2=.34$). Los participantes atribuyeron más actitudes de paternalismo-resguardo ($M=2.99$, $DT=0.49$) que actitudes de autonomía ($M=2.34$, $DT=0.81$).

Existe efecto de interacción marginalmente significativo entre percepción y target ($F_{(1,84)}=2.976$, $p=.08$, $\eta_p^2=.03$).

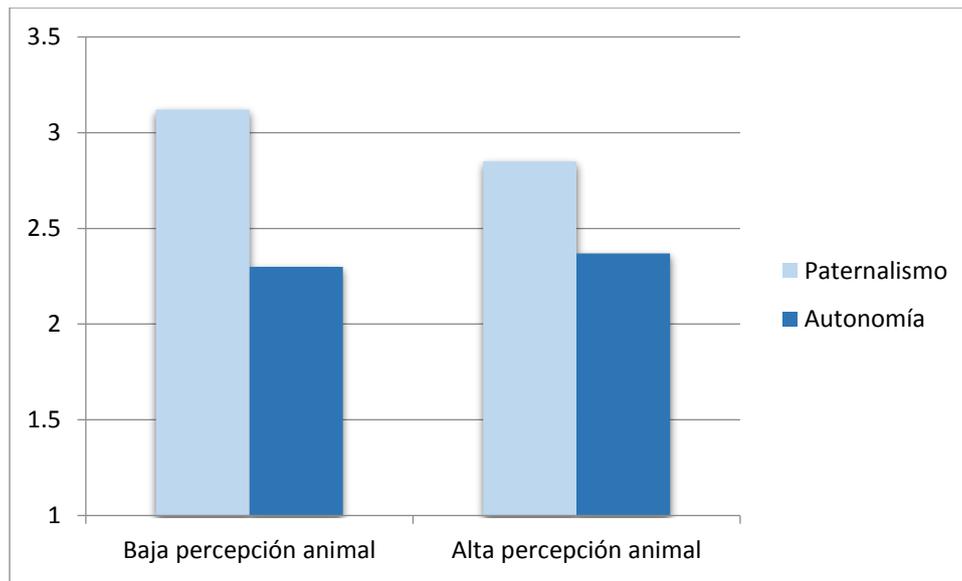


Figura 5.7: Medias de paternalismo-resguardo y autonomía dependiendo del tipo percepción animal.

Tal y como señala nuestra hipótesis y como observamos en la Figura 5.7, los participantes con baja percepción animal hacia las personas con síndrome de Down tuvieron más actitudes de paternalismo-resguardo ($M=3.12$, $DT=0.50$), en comparación con los individuos con alta percepción animal ($M=2.85$, $DT=0.43$, $F_{(1,84)}=7.03$, $p=.01$, $\eta_p^2=.07$). Además contrariamente a los que esperábamos, no hubo diferencias significativas respecto a los niveles de autonomía.

Percepción Infantil y actitudes hacia las personas con síndrome de Down

Se realizó un ANOVA de 2 (Percepción Infantil: Alta vs. Baja) x 2 (Actitudes: Autonomía vs. Paternalismo- Resguardo). La primera variable fue inter-sujetos y la segunda variable, las actitudes, era intra-sujetos. Se empleó como variable dependiente la puntuación en actitudes.

El análisis de los resultados dio lugar a un efecto principal de la variable actitudes ($F_{(1,84)}=42.576$, $p<.001$, $\eta_p^2=.34$). Tal y como hipotetizábamos, los participantes

atribuyeron más actitudes paternalistas ($M=3.00$, $DT=0.49$) que actitudes de autonomía ($M=2.34$, $DT=0.81$) hacia las personas con síndrome de Down. En cambio, no hubo diferencias significativas en cuanto a las actitudes de paternalismo-resguardo y de autonomía de los participantes con alta o baja percepción infantil hacia las personas con síndrome de Down.

5.3.3. Conclusiones

El presente estudio pone de relieve el papel que tiene la metáfora asociada a las personas con síndrome de Down en las actitudes sociales. Basándonos en los resultados de la primera investigación que afirmaba que las personas mantienen actitudes paternalistas hacia este colectivo, se ha querido dar un paso más y conocer cómo influye la metáfora (animal o infantil) con la que percibamos a las personas con síndrome de Down en nuestras actitudes. Esta investigación muestra, en primer lugar, que las personas tienen actitudes más paternalistas y de protección hacia las personas con síndrome de Down en comparación con la atribución de autonomía. Además, estas actitudes se ven mediadas por la imagen animalizada que se mantenga hacia las personas con síndrome de Down. Concretamente, las personas son más paternalistas cuando la imagen de las personas síndrome de Down se aleja de la percepción animalizada. Esta diferencia no ocurre con la percepción infantil, lo que indica que es la percepción animalizada de las personas con síndrome de Down la que influye en las actitudes paternalistas. Estos resultados señalan que las actitudes paternalistas que se mantienen hacia las personas con síndrome de Down se producen cuando existe una baja asociación entre las personas con síndrome de Down y la metáfora animal. Así avanzamos en el conocimiento de la percepción hacia este grupo, pues los datos revelan que percibir a las personas con síndrome de Down como niños no promueve más actitudes paternalistas hacia estos, sin embargo percibir a este grupo como animal, frena estas actitudes protectoras, quizás porque despierte otras como evitación y rechazo por el hecho de suponer una amenaza. Con respecto a la autonomía, esta actitud no mostró relación con el grado en que los participantes mantienen la metáfora animal o infantil. Por ello, podemos concluir que el desarrollo de actitudes de autonomía está relacionado con otros factores evaluativos diferentes a la imagen metafórica del grupo.

En definitiva, esta investigación pone las primeras bases en referencia a la imagen que se percibe de las personas con síndrome de Down. Al respecto sabemos que esta metáfora perceptiva se asocia a la imagen infantil más que a la salvaje, y diferencia las

actitudes paternalistas que las personas tienen hacia este colectivo. Debemos seguir indagando en la medición del paternalismo y en qué variables median en las actitudes que las personas tienen hacia el colectivo con síndrome de Down.

CHAPTER 6

General Discussion

Chapter 6: General Discussion

Social attitudes toward the expression of prejudice have undergone remarkable changes in recent years. Psychosocial research has found that prejudice towards different social groups still exists, but its manifestation has come much more subtle and sophisticated. Thus, prejudice can coexist with values of tolerance and equality that embrace democratic societies (Katz & Hass, 1988; McConahay, Hardee & Batts, 1981; Pettigrew & Meertens, 1995).

The consequences of this double scenario - the explicit manifestation of overcoming prejudice but maintaining some egalitarian attitudes - are difficult to handle. Apparently there is not a problem, making it more difficult to struggle. Barriers to inclusion of some groups are more intense precisely because of the invisibility of the unequal treatment they receive, that is accompanied with an inclusive discourse that emphasizes the changes made, but not the pending changes to achieve. People with Down syndrome, which has been studied in this thesis, it is a clear example of this ambivalence.

There is no doubt that a change in mentality towards people with Down syndrome has happened, going from a rude terminology such as mongolism or mongolian idiocy to a free injuries nomenclature (people with Down syndrome or Trisomy 21). This change reflects an improvement in the perception that our society has towards people with intellectual disabilities and promotes that people with Down syndrome obtain a more equal social position on the majority group. The protection of social rights of persons with disabilities, the access to social services and the integration in the work place, have been decisive to contribute to the full integration of this group in society, and have promote their autonomy and participation. However, results obtained in this research have shown that negative attitudes towards this outgroup are still a social problem.

6.1. Main results

6.1.1. The social perception of people with Down syndrome

In our research on perception of people with Down syndrome, we analyzed the stereotypes that people have towards this group. Results have shown that people make a clear distinction between the stereotype of students and people with Down syndrome. Specifically, it has been found that there is a stereotypical image of people with Down syndrome which shows them as people with high sociability and low competence. This

stereotypical image is consistent with that one obtained in another study recently conducted in Chile by Sirlopú et al. (2008; 2012). This stereotypical pattern is theoretically associated with paternalistic prejudice (Fiske et al., 2002). The ambivalence towards people with Trisomy 21 causes on the one hand, their association with positive traits, such warm and sociable, friendly, loving and happy (Fidler & Hodapp, 1999; Gilmore et al., 2003; Mepsted, 1988; Sirlopú et al., 2012), and on the other hand with negative traits like incompetent, problematic and aggressive, irrational, retarded and social trouble (Heinemann, 1990; Molina et al., 2012; Pary, 2004; Sirlopú et al., 2012). These negative traits maintain a distance between the majority and minority group (Heinemann, 1990). They also have an important role in the social justification for the exclusion and rejection of these group in the workplace, one of the main challenges facing to the complete social integration for this group (Castells, 2001; Subirats, 2005).

The causes that maintain this perception are probably diverse. Sirlopú et al. (2012) emphasize that the low awareness towards people with Down syndrome, and the little or no interaction with members of this group, reinforce the stereotypical image of the group. In this sense, school systems that promote social inclusion represent a strong way to increase the counter-stereotypic image, as they provide the opportunity to meet and interact with students from minority groups, contributing to the reduction of prejudice and negative stereotypes (Falvey, Givner & Kimm, 1995; Sirlopú et al., 2012). On the other hand, thanks to the positive context which promotes social inclusion, it has been shown that both disabled students and students with learning difficulties perform better social and academic results (Bunch, 1999; Staub & Peck, 1995; Wolpert, 1996).

There is little research about attitudes towards people with Trisomy 21. Most of these studies have shown that people maintain at the same time positive and negative attitudes towards this group, so there is an ambivalent attitude. Referring to positive attitudes, there is a collective attitude of tolerance and inclusion of people with Down syndrome in our society (Baron & Byrne, 1988), and positive attitudes towards school integration in the educational system of disabled people (Guralnick et al., 1995; Hocutts, 1996; Cooney et al., 2006). There are also protective attitudes and desire to help disabled people (Fiske et al., 2002), and paternalistic attitudes towards this group (Molina et al., 2012). On the other hand, there are negative attitudes, which continue to impede the social integration of people with Down syndrome, and not supporting school integration in the

educational system (Siperstein et al., 2003; Burke & Sutherland, 2004; Pace et al., 2010). In this regard, it is known that within the educational environment, students show negative attitudes when working or having to interact with members of this group, which is considered distracting in the course of the class (Pace et al., 2010). Furthermore, considering the social perspective, Pace et al. (2010) found that students were not willing to spend time outside of school with a student with Trisomy 21. From a labor perspective, negative attitudes also exist and persist towards this group because it is perceived as problematic, irrational and with low status (Fiske et al., 2002; Heinemann, 1990; Molina et al., 2012; Pary, 2004).

Results of our study are consistent with previous research and reveal an ambivalent attitude towards people with Down syndrome, as participants expressed more positive and more negative attitudes toward people with Down syndrome, compared with students. On the one hand, our first research has shown that people have protective attitudes towards this group, showing paternalism and protection towards the outgroup. It should be stressed that these protective attitudes have negative repercussions. The fact of considering necessary to protect this group reveals attitudes that are not egalitarian, but perpetuate the unequal treatment of people with Down syndrome on the grounds that they need constant protection to lead their own life. Overprotection prevents personal, social and professional development of persons belonging to this group and drastically reduces their level of autonomy (Cunningham, 1988; Goffman, 1968; Molina et al., 2012; Price-Williams, 1989).

On the other hand, our study reveals that people with Down syndrome arouse negative attitudes, as people expressed more avoidance and rejection towards this group than towards the control group. Therefore, exclusion and rejection attitudes towards people with Down syndrome can create limitations in their access to the labor market, education and private life, discarding the possibility of conceiving any kind of romantic or sexual relationship.

In our research, the emotional experiences expressed towards people with Down syndrome focus on the feeling of compassion. This result is consistent with the expected pattern of feelings associated with the stereotype content (Fiske et al., 2002). Following these authors, people perceived in a stereotypical quadrant high in sociability and low competence are recipients of paternalist prejudice (as the case of the disabled, women and

elderly people), and thus arouse emotions of pain and compassion, while not usually elicit hostile emotions. But compassion doesn't have a positive interpretation, since it is associated with the maintenance of inequality and overprotective behaviors. Sirlopú et al. (2012) showed that students who experienced high levels of compassion for people with Down syndrome also experienced high levels of aversion. Furthermore, Sirlopú et al. (2008) showed that students maintained high levels of compassion towards people with Down syndrome without integration in schools (compared with schools with integration of minority groups). This is because, according to these authors, compassion, prejudice and intergroup anxiety positively correlated. Our data support these ideas. When we analyzed predictors of intergroup anxiety towards people with Down syndrome, we found that intergroup anxiety increases to high levels of compassion, and low levels of admiration and sociability. Thus, compassion towards people with Down syndrome causes more difficulties to improve social interaction. Probably this is because the unrealistic perception and lack of knowledge that people maintain towards this group. To reduce intergroup anxiety generated in anticipation of an interaction with people with Down syndrome, therefore, it has been addressed not only the change in the stereotype towards this group, but also the reduction of emotions of compassion towards them in favor of admiration for their accomplishments and abilities.

In short, despite the fact that hostile reactions towards people with Down syndrome have disappeared, and nowadays such attitudes involve social disapproval, we can say that egalitarian attitudes towards people with Down syndrome is a reality that has not yet been achieved and it is necessary to promote. The persistence of stable beliefs that link people with Down syndrome with certain stereotypical and attitudinal patterns, promotes the emotional reactions of compassion and anxiety of the majority group.

6.1.3. Infrahumanisation and Down syndrome

Another objective we proposed in this thesis was to know the pattern of attribution of humanity towards this group. Although different authors have analyzed the dehumanization of people with Down syndrome from a theoretical perspective, we ignore the existence of empirical studies that explore infrahumanisation towards people with Down syndrome. Goffman (1963) in his "Stigma: Notes on the management of spoiled identity", wrote that stigma explains the inferiority and the danger of the holder of that mark, and by definition believe that the person with stigma is not completely human. With

this position, Edgerton (1980) states that mental retardation is a natural defect of nature, an injury resulting from a serious illness or genetic abnormalities, which clearly limits the possibilities to learn and play culture, and have a cultural identity, which is a reflection of the humanity of the people. Be delayed or mentally disabled, by definition implied a negative perception of the person, depersonalization and the reduction of their own humanity (Goffman, 1963; Guerrero, 2011). Supporting this view, Klotz in its sociocultural study of intellectual disability (Klotz, 2004) justifies the position of Edgerton adding that the behavior of human beings depends on three main pillars: language, reason and intelligence, so be disabled implies social exclusion and loss of human attributes (Edgerton, 1980).

The aim of the second study was to test the hypothesis of infrahumanisation towards people with Down syndrome. The results showed the existence of infrahumanisation towards this target, as there is a differential attribution of emotions toward people with Down syndrome compared to the ingroup (students). In line with the theory of infrahumanisation, people in our study attributed fewer secondary emotions, and therefore less humanity, to people with Down syndrome, and reserved secondary emotions for their own group. These findings show for the first time the differential allocation of humanity towards the ingroup against people with trisomy 21.

In a second study, we wanted to know whether this differential allocation of humanity could be influenced by the facial features of people with trisomy 21. In this regard, there are studies showing that the visibility of the stigma can display a set of automatic attitudes and stereotypes towards people with Down syndrome. Enea-Drapeau et al. (2012) found the existence of both implicit and explicit forms of prejudice to children with special needs. The authors demonstrated that, at the implicit level, Down syndrome had a greater association with negative images of features, then, a lower association will result more positive traits. Thus it was proved that the visibility of stigma can intensify attitudes towards people with Down syndrome.

The results of our research have showed that the visibility of the stigma is a trigger for infrahumanisation of people with Down syndrome. Specifically, people showed an unequal partnership between human terms and images with different degree of visibility of Trisomy 21. There is a lower association between the images of people with Down

syndrome and secondary emotions, which means that when viewing pictures of people with Trisomy 21, people automatically associate with them less humanity.

These studies reveal, for the first time, the existence of infrahumanisation towards people with Down syndrome, through tests and assignment of implicit association of features, and show that stigma plays a fundamental role in the social life of this group.

6.1.2. Metaphors associated with people with Down syndrome

The study of metaphors associated with social groups is important for several reasons. First, the association between metaphors and groups evokes in perceivers an image that influences their evaluation of these groups. For example, it is known that traditional Americans, Australians and gipsy people are perceived under an animal or child image (Finzsch, 2005), and they are perceived as instinctive, cruel and immoral, phylogenetically lower and less civic than Europeans. When a child image is emphasized, they are perceived as simple, imitative or undisciplined, and lower in its development. Second, the association of a group with a metaphor implies a different behavior towards this group. In the study of Finzsch (2005), when people were perceived under an animal image, they were treated more coercive and punitive. When their image was associated with childhood, more paternalistic attitudes emerged. Third, the study of metaphors keeps great importance because perceiving other groups lower than ingroup means they are considered as less human. Leyens et al. (2000) have shown that people have a perception of the humanity of the different groups, and attribute more human emotions to their own group, whereas deny them to other groups. The study of Saminaden et al. (2010) shows that people perceive traditional people with an animal and child image, and concludes that traditional people is seen as less human than people in modern societies, as less secondary emotions are attributed. This phenomenon has also proved through implicit association test (IAT), as in the study of Viki et al. (2006), where secondary emotions were associated to the ingroup, whereas primary emotions (emotions that people share with animals) were attributed to the outgroup.

Previous researches have analyzed the perception that society has of other social groups from a metaphorical perspective. For example, some authors confirm that blacks are associated with apes (Goff, Eberhardt, Williams & Jackson, 2008; Jahoda, 1999) and traditional people are associated with primitive or wild people (Saminaden et al., 2010). In addition, through the dual model of dehumanization there are investigations that show

that gypsies, artists and people with disabilities are perceived as animals (Loughnan, Haslam & Kashima, 2009; Pérez et al., 2007; Martinez et al., 2012), and that the Germans, Japanese and executive people are associated with machines (Martinez et al., 2012).

However, there are not researches on the metaphorical perception that the society has towards people with Down syndrome. Specifically, in our research we study animal and child metaphor. The results indicate that mostly people associate people with Down syndrome with a childhood image, in contrast to animal metaphor, and it promotes paternalistic attitudes towards this group. In addition, this image is strongly related to the attribution of stereotypes with high sociability and low competence. The analysis, focused on the perception of metaphors and its relation with attitudes of paternalism and autonomy, has revealed interesting results. Specifically, people are less paternalistic with people with Down syndrome when they perceived them under the animal metaphor. These results enquiry the work obtained by Bastian et al. (2011), who demonstrated that there is a benevolent attitude towards people with low uniquely human traits, that is, when they are viewed under animal metaphor, it is considered that do not have the ability to inhibit their immoral behavior, so they cannot be punished for their immoral actions. Conversely, when people with Down syndrome are considered animals, these paternalistic attitudes and protection are reduced. It is necessary to continue working on the relationship between paternalism and autonomy prospect metaphor in the case of people with Down syndrome, to obtain clear evidence about their role on the maintenance of paternalistic attitudes.

6.2. Limitations and future research

The empirical studies presented have some limitations that should be taken into account. On the one hand, there are several methodological limitations that restrict our results. Although the research presented in this thesis is characterized by having a representative sample, the process of classifying animal and child metaphor (high and low) of the study concerning the metaphor associated with people with Down syndrome, had a small sample. Based on this reduction of sample, we decided not to exclude subjects on a close relation with Down syndrome. These individuals may have a "real" vision and less stereotypical than people without a close relationship with people with Down syndrome. In any case, we can conclude that even using a sample that is not limited to these people who don't have a close relationship with the group, we found differences in

attitudes of paternalism and autonomy. Furthermore, at this same study, we understand the limitation of assessing the attitudes of paternalism using a scale with relatively low reliability, although these attitudinal scales were used by Sirlopú et al. (2008) and reached high levels of internal consistency.

In the research presented it is evaluated every time the perception that people have towards people with Down syndrome, and the perspective of the majority group prevails over the stigmatized group. Given that our object of study is people with Down syndrome, we could also adopt the perspective of stigmatized group.

In future researches it would be interesting to address various issues that would contribute to a better understanding of attitudes towards people with Down syndrome. First, it is necessary to approach the study of the relationship between attitudes and discriminatory behavior towards people with Down syndrome. This would allow us to know if there are behavioral differences between people who maintain attitudes of paternalism, rejection or autonomy. The variability of attitudes is also another aspect that is necessary to deeply study. In this sense, it is possible that different contexts in which people evaluate people with Down syndrome (eg, political, entertainment or intimate work environment) trigger different attitudes and emotions. Changing attitudes is another issue that would be interesting to study in future research and that would be very important in order to overcome discrimination behaviors. Counter-stereotypic information about the target group (for example, Down syndrome people marrying, living independently, etc.) may change the stereotypical image (incompetent) and attitudes (paternalistic) people have towards this group. It would be also interesting to assess the relationship between trust and intergroup anxiety that is held towards the collective, and the attribution of human traits. Moreover, new researches may deepen the role played by child and animal metaphors, and that maintain autonomy and paternalistic attitudes.

To summarize, this work has shown that there is a stereotypical image of people with Down syndrome (with high sociability and low competition), that people maintain attitudes of paternalism and compassion towards this group, and also negative attitudes such as exclusion and rejection in different areas of his life. Also it was shown for the first time that people consider people with Down syndrome, less human compared to the ingroup, and the visibility of stigma is related with the association of humanity towards

the members of this group. Furthermore, we concluded that people perceive this group under a wild and child metaphor, and this image has attitudinal implications.

Following the results of this work, a wide range of possibilities to continue progress in this area of research are open, in order to further know the processes of stigmatization of people with Down Syndrome, get changes to stereotypical and attitudinal level, and reach or get closer every day to full citizenship and social integration of people with Down syndrome.

Referencias

- Abrams, D., Vicky, G. T., Masser, B. y Bohner, G. (2003). Perceptions of stranger and acquaintance rape: The role of benevolent and hostile sexism in victim blame and rape proclivity. *Journal of Personality and Social Psychology, 1*, 111-125.
- Abrams, D., Wetherell, M., Cochrane, S., Hogg, M. A. y Turner, J. C. (1990). Knowing what to think by knowing who you are: Self-categorization and the nature of norm formation, conformity and group polarization. *British Journal of Social Psychology, 29*, 97-119.
- Alexander, L. A. y Link, B. G. (2003). The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health, 12*(3), 271-289.
- Algarabel, S. (1996). Índices de interés psicolingüístico de 1.917 palabras castellanas. *Cognitiva, 8*, 43-88.
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge, MA: Perseus Books.
- Angermeyer, M. C. y Matschinger, H. (2005). Labelling–stereotype–discrimination. An investigation of the stigma process. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*(5), 391-395.
- Antonak, R. F. y Livneh, H. (1988). *The measurement of attitudes toward people with disabilities: Methods, psychometrics and scales*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Asch, S. E. (1946). Forming impressions of personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 41*, 1230- 1240.
- Atkinson, A. B. y Marlier, E. (2010). *Analysing and measuring social inclusion in a global context*. New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs.
- Bain, P. G., Park, J., Kwok, C. y Haslam, N. (2009). Attributing human uniqueness and human nature to cultural groups: Distinct forms of subtle dehumanization. *Group Processes & Intergroup Relations, 12*, 789-805.

- Bandura, A. (2002). Selective moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of Moral Education, 31*, 101-119.
- Baron, R. y Byrne, D. (1998). *Psicología social*. Madrid: Prentice Hall.
- Bar-Tal, D. (1989). Delegitimization: The extreme case of stereotyping. En D. Bar-Tal, C. F. Gauman, A. Kruglanski y W. Stroebe (Eds.), *Stereotyping and prejudice: Changing conceptions* (pp. 169-182). Berlin: Springer-Verlag.
- Bar-Tal, D. (1990). Causes and consequences of delegitimization: Models of conflict and ethnocentrism. *Journal of Social Issues, 46*(1), 65-81.
- Basile, H. (2008). Retraso mental y genética Síndrome de Down. *Alcmeon, 15* (1), 9-23.
- Bastian, B. y Haslam, N. (2010). Excluded from humanity: Ostracism and dehumanization. *Journal of Experimental Social Psychology, 46*, 107–113.
- Bastian, B., Laham, S., Wilson, S., Haslam, N. y Koval, P. (2011). Blaming, praising and protecting our humanity: The implications of everyday dehumanization for judgments of moral status. *British Journal of Social Psychology, 50*, 469-483.
- Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Ciarocco, N. J. y Twenge, J. M. (2005). Social exclusion impairs self-regulation. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 589-604.
- Baumeister, R. F. y Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin, 117*, 497-529.
- Baumeister, R. F., Twenge, J. M. y Nuss, C. K. (2002). Effects of social exclusion on cognitive processes: anticipated aloneness reduces intelligent thought. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*(4), 817-27.
- Baumeister, R. F. y Vohs, K. D. (2007). *Encyclopedia of Social Psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bazemore, S. D., Janda, L. H., Derlega, V. J. y Paulson, J. F. (2010). The role of rejection in mediating the effects of stigma consciousness among foreign-born university professors. *Journal of Diversity in Higher Education, 3*(2), 85–96.

- Bell, D. y Espie, C. (2002). A preliminary investigation into staff satisfaction, and staff emotions and attitudes in a unit for men with learning disabilities and serious challenging behaviours. *British Journal of Learning Disabilities*, 30(1), 19-27.
- Bell-Fialkoff, A. (1996). *Ethnic Cleansing*. New York: St. Martins Press.
- Bermejo, E., Cuevas, L., Mendioroz, J., Grupo Periférico del ECEMC y Martínez-Frías, M. (2008). Frecuencia de anomalías congénitas en España: Vigilancia epidemiológica en el ECEMC en el período 1980-2007. *Boletín del ECEMC: Revista de Dismorfología y Epidemiología*, 7, 59-88.
- Bird, S. T., Bogart, L. M. y Delahanty, D. L. (2004). Health-related correlates of perceived discrimination in HIV care. *AIDS Patient Care and STDs*, 18, 19–26.
- Birenbaum, A. (1970). On managing a courtesy stigma. *Journal of Health and Social Behavior*, 11(3), 196 - 206.
- Blaine, B. y Crocker, J. (1993). Self-esteem and self-serving biases in reactions to positive and negative events: An integrative review. En R. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp.55-85). Hillsdale: L. Erlbaum.
- Blascovich, J., Mendes, W. B., Hunter, S. B. y Lickel, B. (2000). Stigma, threat, and social interactions. En T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, y J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 307–333). New York: Guilford.
- Bodgan, R. y Taylor, S. (1982). *Inside out: The social meaning of mental retardation*. Toronto: University of Toronto Press
- Borthwick-Duffy, S. (1994). Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 17-27.
- Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Reeder, G. D. y Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35 (1), 1-9.
- Bosson, J. K., Pinel, E. C. y Vandello, J. A. (2010). The emotional impact of ambivalent sexism: Forecasts versus real experiences. *Sex Roles*, 62(7-8), 520-531.

- Branscombe, N. R., Schmitt, T. y Harvey, R. D. (1999). Perceiving pervasive discrimination among African Americans: Implications for group identification and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 135-149.
- Britt, T., Bonieci, K., Vescio, T., Biernat, T. y Brown, L. (1996). Intergroup Anxiety: A Person x Situation Approach. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(11), 1177-1188.
- Bromley, J. y Emerson, E. (1995). Beliefs and emotional reactions of care staff working with people with challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39(4), 341-52.
- Brown, R. y Hewstone, M. (2005). An integrative theory of intergroup contact. *Advances in Experimental Social Psychology*, 37, 255–343.
- Bunch, G. (1999). Inclusion: How to: Essential classroom strategies. Toronto: Inclusion Press.
- Burke, K. y Sutherland, C. (2004). Attitudes towards inclusion: Knowledge vs. Experience. *Education*, 125(2), 163-172.
- Capozza, D., Boccato, G., Andrighetto, L. y Falvo, R. (2009). Categorization of ambiguous human/ape faces: Protection of ingroup but not outgroup humanity. *Group Processes and Intergroup Relations*, 12, 777-787.
- Carr, P. B. y Steele, C. M. (2010). Stereotype threat affects financial decision making. *Psychological Science*, 21, 1411-1416.
- Castells, M. (2001). *La era de la información*. Volumen III. México: Editorial Siglo XXI.
- Cehajic, S., Brown, R. y González, R. (2009). What do I care? Perceived ingroup responsibility and dehumanization as predictors of empathy felt for the victim group. *Group Processes & Intergroup Relations*, 12, 715–29.
- Chen, E. y Matthews, K. A. (2003). Development of the cognitive appraisal and understanding of social events (CAUSE) videos. *Health Psychology*, 22, 106-110.

- Cocchi G, G. S. (2010). International trends of Down syndrome 1993-2004: Births in relation to maternal age and terminations of pregnancies. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*, 88(6), 474-479.
- Cohen, G. L., García, J., Apfel, N. y Master, A. (2006). Reducing the racial achievement gap: A social-psychological intervention. *Science*, 313, 1307-1310.
- Cochran, M. y Bo, I. (1989). The social networks, family involvement, and pro- and antisocial behavior of adolescent males in Norway. *Journal of Youth and Adolescence*, 18, 377-398.
- Contrada, R. J., Ashmore, R. D., Gary, M. L., Coups, E., Egeth, J. D, Sewel, A., Ewel, K., Goyal, T. M. y Chasse. V. (2001). Measures of ethnicity related stress: Psychometric properties, ethnic group differences, and associations with wellbeing. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 1775-1820.
- Conway, M., Pizzamiglio, M. T. y Mount, L. (1996). Status, communality, and agency: Implications for stereotypes of gender and other groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 25-38.
- Cooney, C., Howard, R. y Lawlor, B. A. (2006). Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: Can we identify the most at risk? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(6), 564-71.
- Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 35-53.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Warpinski, A. C. y Gracia, G. (2004). Stigmatizing attitudes about mental illness and allocation of resources to mental health services. *Community Mental Health Journal*, 40(4), 297-307.
- Cortés, B., Demoulin, S., Viki, T., Rodríguez-Torres, R., Rodríguez-Pérez, A. y Leyens, J. P. (2005). Infrahumanization or familiarity? Attribution of uniquely human emotions of the self, the ingroup and the outgroup. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 243-253.
- Courtney, M., Tong, S. y Walsh, A. (2000). Acute-care nurses' attitudes towards older patients. *International Journal of Nursing Practice*, 6, 62-69.

- Cowan, S. (2002). Public arguments for and against the establishment of community mental health facilities: Implications for mental health practice. *Journal of Mental Health, 11*(1), 5-15.
- Crandall, C. S., Eshleman, A. y O'Brien, L. T. (2002). Social norms and the expression of prejudice: The struggle for internalization. *Journal for Personality and Social Psychology, 82*, 359-378.
- Crocker, J., Blaine, B. y Luhtanen, R. (1993). Self-esteem: Cognitive and motivational consequences for prejudice and intergroup behaviour. En D. Abrams y M. Hogg (Eds.), *Group motivation: Social psychological perspectives* (pp.52-67). Hemel Hempstead, Inglaterra: Harvester Wheatsheaf.
- Crocker, J., Major, B. y Steele, C. (1998). Social stigma. En S. Fiske, D. Gilbert, y G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology*, Vol. 2 (pp. 504-553). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Crocker, J. y Quinn, D. M. (2004). Psychological consequences of devalued identities. En M.B. Brewer y M. Hewstone (Eds.), *Self and Social Identity*, (pp.124-142). Malden: Blackwell.
- Cuddy, A. J. y Fiske, S. T. (2002). Doddering, but dear: Process, content, and function in stereotyping of elderly people. En T. D. Nelson (Ed.), *Ageism* (pp. 3-26). Cambridge, MA: MIT Press.
- Cuddy, A., Rock, M. y Norton, M. (2007). Aid in the aftermath of hurricane katrina: inferences of secondary emotions and intergroup helping. *Group Processes and Intergroup Relations, 10*, 107-118.
- Cunningham, M. R. (1988). What do you do when you're happy or blue? Mood, expectancies, and behavioral interest. *Motivation and Emotion, 12*, 309-331.
- Davenportc, B. (1932). Mendelism in man. *Proceedings of The Sixth International Congress of Genetics, 1*, 135-140.
- Dekovic, M. y Gerris, J. R. M. (1994). Developmental analysis of social cognitive and behavioral differences between popular and rejected children. *Journal of Applied Developmental Psychology, 15*,367-386.

- Delgado, N. (2008). *Dependencia contextual de la infrahumanización*. Tesis de doctorado publicada, Universidad de La Laguna, Tenerife, España.
- Delgado, N., Betancor, V., Rodríguez-Pérez, A. y Ariño, E. (2012a). The impact of helping behavior on outgroup infrahumanization. *Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1099-1109.
- Delgado, N., Betancor, V., Rodríguez-Pérez, A. y Ariño, E. (2012b). Si los exogrupos son solidarios, entonces son humanos. El efecto de un contexto prosocial en la infrahumanización. *Revista de Psicología Social*, 27(2), 131-141.
- Delgado, N., Rodríguez-Pérez, A., Vaes, J., Betancor, B. y Philippe, J. Ph. (2012). Contextual variations of infrahumanization: The role of physical context and territoriality. *Basic and Applied Social Psychology*, 34(5), 456-466.
- Demoulin, S., Leyens, J. P., Paladino, M. P., Rodríguez-Torres, R., Rodríguez-Pérez, A. y Dovidio, J. (2004). Dimensions of "uniquely" and "non-uniquely" human emotions. *Cognition And Emotion*, 18, 71-96.
- Demoulin, S., Rodríguez-Torres, R., Rodríguez-Pérez, A., Vaes, J., Paladino, P., Gaunt, R., Cortés, B. y Leyens, J. P. (2004). Emotional prejudice can lead to infrahumanization. *European Review of Social Psychology*, 15, 259-296.
- Devine, P. G. y Monteith, M. J. (1999). Automaticity and control in stereotyping. En S. Chaiken y Y. Trope (Ed.), *Dual-process theories in social psychology* (pp. 339–360). New York: Guilford Press.
- DeWall, C. N. (2010). Forming a basis for acceptance: Excluded people form attitudes to agree with potential affiliates. *Social Influence*, 5, 245-260.
- DeWall, C. N., Baumeister, R. F. y Vohs, K. D. (2008). Satiated with belongingness? Effects of acceptance, rejection, and task framing on self-regulatory performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1367–1382.
- DeWall, C. N., Deckman, T., Pond, R. S. y Bonser, I. (2011). Belongingness as a core personality trait: How social exclusion influences social functioning and personality expression. *Journal of Personality*, 79, 979–1012.

- DeWall, C. N., Maner, J. K. y Rouby, D. A. (2009). Social exclusion and early-stage interpersonal perception: Selective attention to signs of acceptance following social exclusion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 729–741.
- DeWall, C. N., Twenge, J. M., Bushman, B. J., Im, C. y Williams, K. D. (2010). Acceptance by one differs from acceptance by none: Applying social impact theory to the rejection-aggression link. *Social Psychological and Personality Science*, 1, 168-174.
- DeWall, C. N., Twenge, J. M., Gitter, S. A., Baumeister, R. F. (2009). It's the thought that counts: The role of hostile cognition in shaping aggressive responses to social exclusion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(1), 45-59.
- Diamond, K. E. y Kensinger, K. (2002). Vignettes from Sesame Street: Preschooler's ideas about children with Down syndrome and physical disability. *Early Education and Development*, 13, 409-421.
- Díaz-Velázquez, E. (2010). Ciudadanía, identidad y exclusión social de las personas con discapacidad. *Política y Sociedad*, 47(1), 115-135.
- Díaz, R. M., Ayala, G., Bein, E., Henne, J. y Marin, B. V. (2001). The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men. *American Journal of Public Health*, 91, 927-932.
- Dion, K. L. y Earn, B. M. (1975). The phenomenology of being a target of prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 944-950.
- Dixon, J., Levine, M., Reicher, S. y Durrheim, K. (2012). Beyond prejudice: Are negative evaluations the problem and is getting us to like one another more the solution? *Behavioral and brain sciences*, 35(6), 411-25.
- Down España. Recuperado de <http://www.sindromedown.net>
- Down España (2011). *Programa Español de Salud para Personas con Síndrome de Down*. Recuperado de http://www.sindromedown.net/index.php?%20...%20://www.sindromedown.net/a_djuntos/cPublicaciones/90L_downsalud.pdf

- Down España (2009-2013). *II Plan de Acción para personas con síndrome de Down en España*. Recuperado de <http://www.edsa.eu/files/presentations/II%20Plan%20de%20Accion.pdf>
- Down, J. H. L. (1886). Observations on an ethnic classification of idiots. London Hospital. *Clinical Lectures and Reports*, 3, 259-262.
- Dworkin, G. (1987). Paternalism. En Rolf- Sartorius (Ed.), *Paternalism* (pp. 19-34). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Ebbeck, V. y Weiss, M. R. (1998). Determinants of children's self-esteem: An examination of perceived competence and affect in sport. *Pediatric Exercise Science*, 10, 285-298.
- Edgerton, R. (1980). The study of deviance: Marginal man or everyman? En G. D. Spindler (Ed.), *The making of psychological anthropology* (pp. 444-476). Berkeley: University of California Press.
- Ellemers, N., Van-Knippenberg, A. y Wilke, H. (1990). The influence of permeability of group boundaries and stability of group status on strategies of individual mobility and social change. *British Journal of Social Psychology*, 29, 233-246.
- Emerson, E. (2001). *Challenging Behaviour: Analysis and intervention in people with learning disabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Enea-Drapeau, C., Carlier, M., Huguet, P. (2012). Tracking subtle stereotypes of children with trisomy 21: from facial-feature-based to implicit stereotyping. *PLoS ONE*, 7(4), e34369.
- Expósito, F., Moya, M. y Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: medición y correlatos. *Revista de Psicología Social*, 55, 893- 905.
- Falvey, M. A. Givner, C. C. y Kimm, C. (1995). What is an inclusive school? In B. A. Villa & J. S. Thousand (Ed.), *Creating an Inclusive School* (pp. 1-12). Alexandria: ASCD.
- Fernández, S. (2009). *El estigma social del enanismo óseo consecuencias y estrategias de afrontamiento*. Tesis de doctorado no publicada, UNED, Madrid, España.

- Fernández-Arregui, S. (2009). *El estigma social del enanismo óseo. Consecuencias y estrategias de afrontamiento*. Tesis de grado no publicada, Departamento de Psicología Social y de las Organizaciones, Facultad de Psicología, Madrid.
- Fernández-Delgado, R. (2012). Síndrome de Down. ¿Qué ha cambiado? *Revista Española de Pediatría, Clínica e Investigación*, 68(6), 403.
- Fidler, D. J. y Hodapp, R. M. (1999). Craniofacial maturity and perceived personality in children with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 104, 410-421.
- Finzsch, N. (2005). "It is scarcely possible to conceive that human beings could be so hideous and loathsome: Discourses of Genocide in Eighteenth and Nineteenth Century America and Australia". *Patterns of Prejudice*, 39, 97-115.
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P. y Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 878-902.
- Fiske, S. T., Xu, J., Cuddy, A. J. C. y Glick, P. (1999). (Dis)respecting versus (dis)liking: Status and interdependence predict ambivalent stereotypes of competence and warmth. *Journal of Social Issues*, 55, 473-491.
- Frable, D. E. S. (1993). Dimensions of marginality: Distinctions among those who are different. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19, 370-380.
- Fuster, M. J. (2011). *La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento*. Tesis de doctorado no publicada, UNED, Madrid, España.
- Fuster-Ruiz, M. J., Molero, F., Holgado, F. P. y Mayordomo, S. (2014). Enacted and internalized stigma and quality of life among people with hiv: the role of group identity. *Quality of Life Research*, 23(7), 1967-1975.
- Fyson, R. y Kitson, D. (2010). Human rights and social wrong doings. Issues in safe guarding adults with learning disabilities. *Practice: Social Work in Action*, 22, 309-320.

- Gaertner, S. L. y Dovidio, J. F. (1986). The aversive form of racism. En J. F. Dovidio y S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination, and racism* (pp. 61–89). Orlando, FL: Academic Press.
- Gaertner, L. e Insko, C. A. (2001). On the measurement of social orientations in the minimal group paradigm: Norms as moderators of the expression of intergroup bias. *European Journal of Social Psychology*, *31*, 143-154.
- Gaertner, L., Iuzzini, J. y O'Mara, E. M. (2008). When rejection by one fosters aggression against many: Multiple-victim aggression as a consequence of social rejection and perceived groupness. *Journal of Experimental Social Psychology*, *44*, 958–970.
- Garbarino, J. (1999). *Lost boys: Why our sons turn violent and how we can save them*. San Francisco: Jossey-Bass.
- García, C. y Sarabia, A. (2001). *Experiencias de aplicación en España de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Real Patronato sobre Discapacidad serie Documentos 58/2001, Madrid, Depósito legal: M. 11.475-2001.
- Gaunt, R., Sindic, D. y Leyens, J. Ph. (2005). Intergroup relations in footballs finals: Predicting emotional reactions of ingroup and outgroup football fans. *Journal of Social Psychology*, *145*, 117-126.
- Gest, S. D., Graham-Bermann, S. A. y Hartup, W. W. (2001). Peer experience: Common and unique features of number of friendships, social network centrality, and sociometric status. *Social Development*, *10*, 23-40.
- Gibson, D. (1981). *Down's syndrome: The psychology of mongolism*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Gill, F., Stenfert-Kroese B. y Rose J. (2002) General practitioners attitudes to patients who have intellectual disabilities. *Psychological Medicine*, *32*, 1445-1455.
- Gilmore, L., Campbell, J. y Cuskelly, M. (2003). Developmental expectations, personality stereotypes, and attitudes towards inclusive education: Community and teacher views of Down syndrome. *International Journal of Disability, Development and Education*, *50*, 65-76.

- Gilson, N. D., Cooke, C. B. y Mahoney, C. (2005). Adolescent physical selfperceptions, sport/exercise and lifestyle physical activity. *Health Education, 105*(6), 437-450.
- Glenn, S. y Cunningham, C. (2001). Evaluation of self by young people with Down syndrome. *International Journal on Disability. Development and Education, 48*, 163-177.
- Glick, P. y Fiske, S. T. (2001a). Ambivalent stereotypes as legitimizing ideologies: Differentiating paternalistic and envious prejudice. En J. T. Jost y B. Major (Eds.), *The psychology of legitimacy: Ideology justice, and intergroup relations* (pp. 278-306). New York: Cambridge University Press.
- Glick, P. y Fiske, S. T. (2001b). An ambivalent alliance: Hostile and benevolent sexism as complementary justifications of gender inequality. *American Psychologist, 56*, 109-118.
- Glick, P. y Fiske, S. T. (2011). Ambivalent Sexism Revisited. *Psychology of Women Quarterly, 35*(3), 530-535.
- Goff, P. A., Eberhardt, J. L., Williams, M. J. y Jackson, M. C. (2008). Not yet human: Implicit knowledge, historical dehumanization, and contemporary consequences. *Journal of Personality and Social Psychology, 94*, 292-306.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Goffman, E. (1968). *Stigma*. Harmondsworth, UK: Penguin.
- Goffman, E. (1970). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gonzales, P. M., Blanton, H. y Williams, K. J. (2002). The effects of stereotype threat and double-minority status on the test performance of Latino women. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*, 659-670.
- González, R. (2005). Movilidad social: el rol del prejuicio y la discriminación. *Expansiva: En Foco, 59*, 1-23.
- González-Torres, M. A., Oraa, R., Arístegui, M., Fernández-Rivas, A. y Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their

- family members. A qualitative study with focus groups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(1), 14-23.
- Goode, D. A. (1984). Socially produced identities, intimacy and the problem of competence among the retarded. En L. Barton y S. Tomlinson (Eds.), *Special Education and Social Interests*, (pp.228–248). London: Croom Helm.
- Gray, H. M., Gray, K. y Wegner, D. M. (2007). *Dimensions of mind perception*. *Science*, 315, 619.
- Greenland, K. y Rupert, B. (1999). Categorization and intergroup anxiety in contact between British and Japanese nationals. *European Journal of Social Psychology*, 29(4), 503-521.
- Guerrero, J. (2011). Humanizando la discapacidad. De la etnografía al compromiso en la investigación sociocultural de la discapacidad intelectual. *Revista de Antropología Experimental*, 11, 127- 138.
- Guralnick, M. J., Connor, R. y Hammond, M. (1995). Parent perspectives of peer relations and friendships in integrated and specialized programs. *American journal of mental retardation*, 99, 457-476.
- Gútiez, P. (2003). La evolución de la atención a las necesidades educativas especiales. En S. Gento (Coord.), *Educación Especial* (v.2). Madrid: Sanz y Torres.
- Hamilton, D. L. y Fallot, R. D. (1974). Information salience as a weighting factor in impression formation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 444-448.
- Haque, O. y Waytz, A. (2012). Dehumanization in medicine: Causes, solutions, and functions. *Perspectives on Psychological Science*, 7, 176-86.
- Harris, L. y Fiske, S. (2006). Dehumanizing the lowest of the low: Neuroimaging responses to extreme out-groups. *Psychological Science*, 17, 847-53.
- Haslam, N. (2006). Dehumanization: An integrative review. *Personality and social psychology review*, 10 (3), 252-264.

- Haslam, N., Bain, P., Douge, L., Lee, M. y Bastian, B. (2005). More human than you: Attributing humanness to self and others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 937-950.
- Haslam, N., Kashima, Y., Loughnan, S., Shi, J. y Suitner, C. (2008). Subhuman, inhuman, and superhuman: Contrasting humans with nonhumans in three cultures. *Social Cognition*, 26, 248-58.
- Haslam, N. y Loughnan, S. (2014). Dehumanization and Infrahumanization. *Annual Review of Psychology*, 65, 399-423.
- Haslam, N., Loughnan, S., Kashima, Y. y Bain, P. (2008). Attributing and denying humanness to others. *European review of social psychology*, 19(1), 55-85.
- Haslam, N., Loughnan, S. y Sun, P. (2011). Beastly: What makes animal metaphors offensive? *Journal of Language and Social Psychology*, 30, 311-325.
- Hastings, R. P. (2005). Staff in special education settings and behaviour problems: Towards a framework for research and practice. *Journal of Educational Psychology*, 25, 207-221.
- Heatherton, T. F., Kleck, R. E., Hebl, M. R. y Hull, J. G. (2000). *The Social Psychology of Stigma*. New York, NY: The Guilford Press.
- Heinemann, W. (1990). Meeting the handicapped: A case of affective-cognitive inconsistency. *European Review of Social Psychology*, 1, 323-338.
- Herek, G.M. (2009). Sexual prejudice. En T. Nelson (Ed.), *Handbook of Prejudice*. Mahwah, NJ: L. Erlbaum Associates.
- Hernández, O. y Méndez, K. (27 de Abril de 2015). Mujer rompe tabú y se casa con hombre con síndrome de Down. *Excelsior*. Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2015/04/27/1020983>
- Hocutt, A. M. (1996). Effectiveness of special education: Is placement the critical factor? *Future of Children*, 6, 77-99.

- Huamán-Guerrero, M., Quiroga de Michelena, M., Arias, J. y Huamán-J, M. (2007). Diagnóstico prenatal de anomalías cromosómicas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 53(3), 181-186.
- Huebner, D. M. y Davis, M. C. (2007). Perceived antigay discrimination and physical health outcomes. *Health Psychology*, 26, 627–634.
- Jahoda, G. (1999). *Images of savages: Ancient roots of modern prejudice in Western culture*. New York, NY: Routledge.
- Jetten, J., Branscombe, N. R., Schmitt, M. T. y Spears, R. (2001). Rebels with a cause: Group identification as a response to perceived discrimination from the mainstream. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1204-1213.
- Jetten, J., Branscombe, N. R. y Spears, R. (2006). Living on the edge: Dynamics of intragroup and intergroup rejection experiences. En R. Brown, y D. Capozza (Eds.), *Social identities: Motivational, emotional and cultural influences* (pp.91107). London: Sage.
- Jiménez, M. (2008). Aproximación teórica de la exclusión social: Complejidad e imprecisión del término. Consecuencias para el ámbito educativo. *Estudios Pedagógicos*, 34 (1), 173-186.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T. y Scott, R. A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
- Jost, J. T. y Banaji, M. R. (1994). The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness. *British Journal of Social Psychology*, 33, 1–27.
- Juvonen, J. y Gross, E. F. (2005). The rejected and the bullied: Lessons about social misfits from developmental psychology. En K. D. Williams, J. P. Forgas, y W. von Hippel (Eds.), *The social outcast: Ostracism, social exclusion, rejection, and bullying* (pp. 155–170). New York: Psychology Press.
- Katz, I. (1981). *Stigma: A social psychological analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Katz, I. y Hass, R. G. (1986). Racial ambivalence and value conflict: Correlational and priming studies of dual cognitive structures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 893-905.
- Kelman, H. C. (1976). Violence without restraint: Reflections on the dehumanization of victims and victimizers. En G. M. Kren y L. H. Rappoport (Eds.), *Varieties of psychohistory* (pp. 282-314). New York: Springer.
- Kleck, R., Ono, H. y Hastorf, A. H. (1996). The Effects of Physical Deviance upon Face-to-Face Interaction. *Human Relations*, 19(4), 425-436.
- Klotz, J. (2004). Sociocultural study of intellectual disability: Moving beyond labelling and social constructionist perspectives. *British Journal of Learning Disabilities* 32, 93-104.
- Koenig, A. M. y Eagly, A. H. (2005). Stereotype threat in men on a test of social sensitivity. *Sex Roles*, 52, 489-496.
- Kopelman L. M. (2004). On distinguishing justifiable from unjustifiable paternalism. *Virtual Mentor*, 6(2). Retrieved online October 18, 2006 from <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/11857.html>
- Lakatos, I. y Musgrave, A. (1975). *La crítica y el desarrollo del conocimiento*. Barcelona: Grijalbo.
- Lambrechts, G. y Maes, B. (2012). Staff emotional reactions and experiences towards challenging behaviour: An interview study. *International Journal of Developmental Disabilities*, 58(2), 95-110.
- Landrine, H., Klonoff, E. A., Gibbs, J., Manning, V. y Lund, M. (1995). Physical and psychiatric correlates of gender discrimination: An application of the Schedule of Sexist Events. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 473-492.
- Langdon-Down, R. L. (1906). Some observations on the Mongolian type of imbecility. *Journal of Mental Science*, 52, 189-90.

- Langer, E. J., Fiske, S., Taylor, S. E. y Chanowitz, B. (1976). Stigma, staring, and discomfort: A novel-stimulus hypothesis. *Journal of Experimental Social Psychology, 12*, 451–463.
- Large, M., Smith, G., Swinson, N., Shaw, J. y Nielssen, O. (2008). Homicide due to mental disorders in England and Wales over 50 years. *The British Journal of Psychiatry, 193*, 130-133.
- Leary, M. R., Kowalski, R. M., Smith, L. y Phillips, S. (2003). Teasing, rejection, and violence: Case studies of the school shootings. *Aggressive Behavior, 29*, 202– 214.
- Lejeune, J., Gauthier, M. y Turpin, R. (1959). Les chromosomes humains en culture de tissus. *Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, 248*, 602–603.
- Lerner, M. J. (1980). *The belief in a just world: A fundamental delusion*. New York: Plenum Press.
- Lewis, S. y Stenfert-Kroese, B. (2010). An investigation of nursing staff attitudes and emotional reactions towards patients with intellectual disability in a general hospital setting. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 23*, 355-365.
- Leyens, J. Ph. (2014). Humanity forever in medical dehumanization. En P. G. Bain, J. Vaes y J. Ph. Leyens (Eds.), *Humanness and Dehumanization* (pp.177-185). Nueva York: Psychology Press.
- Leyens, J. Ph., Cortés, B., Demoulin, S., Dovidio, J., Fiske., Gaunt, R. Paladino, P., Rodríguez-Pérez, A., Rodríguez-Torres, R. y Vaes, J. (2003). Emotional prejudice, essentialism, and nationalism. *European Journal of Social Psychology, 33*, 703-717.
- Leyens, J. Ph., Paladino, P., Rodríguez-Torres, R., Vaes, J., Demoulin, S., Rodríguez, A., y Gaunt, R. (2000). The emotional side of prejudice: The attribution of secondary emotions to ingroups and outgroups. *Personality and Social Psychology Review, 4*, 186-197.

- Leyens, J. Ph., Rodríguez-Torres, R., Rodríguez-Pérez, A., Gaunt, R., Paladino, M., Vaes, J. y Demoulin, S. (2001). Psychological essentialism and the differential attribution of uniquely human emotions to ingroups and outgroups. *European Journal of Social Psychology*, 31, 395-411.
- Link, B. G. y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. y Phelan, J. C. (2001). The Consequences of Stigma for the Self-esteem of People with Mental Illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621-1626.
- López, C. y Álvarez, A. (2008). Valoración e identidad en el discurso de sujetos con síndrome de Down. *Lengua y Habla*, 12(1), 64-78.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 43-83.
- Loughnan, S. y Haslam, N. (2007). Animals and androids: Implicit associations between social categories and nonhumans. *Psychological Science*, 18, 116–21.
- Loughnan, S., Haslam, N. y Kashima, Y. (2009). Understanding the relationship between attitude-based and metaphor-based dehumanization. *Group Processes & Intergroup Relations*, 12, 747–762.
- McConahay, J. B., Hardee, B. B. y Batss, V. (1981). Has racism declined in america? It depends upon who is asking and what is asked. *Journal of Conflict Resolution*, 25, 563-579.
- Major, B. y O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421.
- Mak, W. W. S. y Kwok, Y. T. Y. (2010). Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorder in Hong Kong. *Social Science & Medicine*, 70, 2045-2051.

- Maner, J. K., DeWall, C. N., Baumeister, R. F. y Schaller, M. (2007). Does social exclusion motivate withdrawal or reconnection? Resolving the “porcupine problem”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 42–55.
- Marichal, F. y Quiles, M. N. (2000). La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 12, 458-465.
- Martínez, R. (2013). *Animalizar y mecanizar: Dos formas de deshumanización*. Tesis de doctorado publicada, Universidad de Granada, España.
- Martínez, R., Rodríguez-Bailón, R. y Moya, M. (2012). Are they animals or machines? Measuring dehumanization. *The Spanish Journal of Psychology*, 15, 1110-1122.
- Mendoza-Denton, R., Purdie, V. J., Downey, G., Davis, A. y Pietrzak, J. (2002). Sensitivity to status-based rejection: Implications for African-American students’ college experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 896-918.
- Mepsted, J. (1988). Teachers' attitudes. *Special Children*, 17, 14-15.
- McCoy, S. K. y Major, B. (2003). Group identification moderates emotional responses to perceived prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1005– 1017.
- Miller, C. T. y Downey, K. T. (1999). A meta-analysis of heavyweight and self-esteem. *Personality and Social Psychology Review*, 3, 68–84.
- Molina, J. e Illán, N. (2011). El proceso de integración efectiva de los alumnos con síndrome de Down en Educación Infantil: Variables influyentes en dicho proceso. *Revista Española de Pedagogía*, 248, 5-22.
- Molina, J., Nunes, M. y Vallejo, M. (2012). La percepción social hacia las personas con síndrome de Down: la escala EPSD-1. *Educação e Pesquisa*, 38(4), 949-964.
- Moreno, M. (28 de Agosto de 2013). ¿Es una decisión irresponsable? Recuperado de <http://www.mihijodown.com/es/foros/foro-general/id-26/consulta-1745>
- Moreno-Vivot, E. (2012). El recién nacido con síndrome de Down. *Revista Española de Pediatría, Clínica e Investigación*, 68(6), 404-408.

- Navas, M., López-Rodríguez, L. y Cuadrado, I. (2013). Mantenimiento y adaptación cultural de diferentes grupos inmigrantes: Variables predictoras. *Anales de Psicología*, 29(1), 207-216.
- Nosek, B. y Banaji, M. (2001). The Go/No-Go Association Task. *Social Cognition*, 19, 625-666.
- Oliver, M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En L. Barton (Comp.), *Discapacidad y sociedad* (pp. 34-58). Madrid, España: Ediciones Morata.
- OMS. (2001). *La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud (icf)*. Recuperado de http://conadis.gob.mx/doc/CIF_OMS.pdf
- O'Neill, O. (1984). Paternalism and partial autonomy. *Journal of medical ethics*, 10, 173-178.
- ONUSIDA. (2002). *Marco conceptual y bases para la acción. Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA*. Recuperado de http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/jc891-wac_framework_es.pdf
- ONUSIDA y OMS. (2005). *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA*. Recuperado de http://data.unaids.org/Publications/IRCPub06/epi_update2005_es.pdf
- Opatow, S. (1990). Moral exclusion and injustice: An introduction. *Journal of Social Issues*, 46, 173-182.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2001). *Clasificación internacional de funcionamiento, de la discapacidad y de la salud, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO)*.
- Pace, J., Shin, M. y Rasmussen, S. A. (2010). Understanding attitudes toward people with Down syndrome. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 152A(9), 2185–2192.

- Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C. y Carpi, A. (2006). Certezas y controversias en el estudio de la emoción. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 11, 23-24.
- Parker, R. y Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination. A Conceptual Framework and Implications for Action. *Social Science and Medicine*, 57(1), 15-24.
- Parkhurst, J. T. y Asher, S. R. (1992). Peer rejection in middle school: Subgroup differences in behavior, loneliness, and interpersonal concerns. *Developmental Psychology*, 28, 231–241.
- Pary, R. J. (2004). Behavioral and psychiatric disorders in children and adolescents with Down syndrome. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 7, 6976.
- Pascoe, E. A. y Smart-Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135, 531–554.
- Pérez, J. A., Moscovici, S. y Chulvi, B. (2007). The taboo against group contact. Hypothesis of Gypsy ontologization. *British Journal of Social Psychology*, 46, 249-272.
- Pettigrew, T. F. y Meertens, R. (2001). In defense of the subtle prejudice concept: A retort. *European Journal of Social Psychology*, 31, 299-309.
- Phelan, J. C., Bromet, E. J. y Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 115-126.
- Piat, M. (2000). Becoming the victim: A study on community reactions towards_group homes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 108-116.
- Pinel, E. C. (2004). You're just saying that because I'm a woman: Stigma consciousness and attributions to discrimination. *Self and Identity*, 3, 39-51.
- Pinel, E. C. y Bosson, J. K (2013). Turning our attention to stigma: an objective selfawareness analysis of stigma and its consequences. *Basic and applied social psychology*, 35, 55-63.

- Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, L. M. y Malle, B. F. (1994). Social dominance orientation: a personality variable predicting social and political attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 741-763.
- Price-Williams, D. R. (1989). Communication in therapy with emotionally disturbed mentally retarded individuals. En M. Beveridge, G. Conti-Ramsden, y I. Leudar (Eds.), *Language and communication in mentally handicapped people* (pp. 254-273). London: Chapman and Hall.
- Pryor, J. B. y Reeder, G. D. (2011). HIV-related stigma. En J.C. Hall, B.J. Hall & C.J. Cokerell (Eds.), *HIV/AIDS in the Post-HAART Era: Manifestations, treatment, and Epidemiology* (pp. 790-806). Shelton, CT: PMPH-USA, Ltd.
- Pryor, J. B., Reeder, G. D. y Monroe, A. E. (2012). The infection of bad company: Stigma by association. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 224-241.
- Quarmby, K. (2008). Getting away with murder: *Disabled people's experiences of hate crime in the UK*. London: Scope.
- Quiles, M. y Morera, M. D. (2008). El estigma social: la diferencia que nos hace inferiores. En J. F. Morales, C. Huici, A. Gómez y E. Gaviria (Coord.), *Método, teoría e investigación en Psicología Social* (pp.377-400). Madrid, España: PearsonPrenticeHall.
- Quiles, M. y Morera, M. D. (2015). El estigma social: la percepción devaluada del otro. En J. M. Sabucedo y J. F. y Morales (Coords.), *Psicología Social*. Buenos Aires: Panamericana.
- Renfro-Fernandez, C. L. y Stephan, W. G. (2009), Intergroup anxiety. En J. Levine and M. Hogg (Eds.), *Encyclopedia of Group Processes and Intergroup Relations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Riek, B. M., Mania, E. W. y Gaertner, S. L. (2006). Intergroup threat and outgroup attitudes: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10(4), 336-353.
- Robey, K. L., Beckley, L. y Kirschner, M. (2006). Implicit infantilizing attitudes about disability. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 18(4), 441-453.

- Rodríguez-Pérez, A. (2007). Nosotros somos humanos, los otros no. El estudio de la Deshumanización y la Infrahumanización en Psicología. *Revista IPLA, 1*, 28-39.
- Rodríguez-Pérez, A., Betancor, V. y Delgado, N. (2009). La norma social sobre la expresión del prejuicio explícito hacia diferentes grupos sociales. *Revista de Psicología Social, 24*, 17- 27.
- Rodríguez-Pérez, A., Betancor-Rodríguez, V., Ariño-Mateo, E., Demoulin, S. y Leyens, J.Ph. (2014). Normative data for 148 Spanish emotional words in terms of attributions of humanity. *Anales de Psicología, 30*(3), 1137-1145.
- Rodríguez-Pérez, A., Delgado, N., Betancor, V. y Ariño, E. (2012). The role of context in the discrimination of others. Outgroups seem less human in pleasant physical contexts. *Psychology, 1*(3), 113-121.
- Rodríguez-Pérez, A., Delgado, N., Betancor, V., Leyens, J. Ph. y Vaes, J. (2011). Infrahumanization of outgroups throughout the world. The role of similarity, intergroup friendship, knowledge of the outgroup and status. *Anales de Psicología, 27*(3), 679-687.
- Rohmann, A., Niedenthal, P. M., Brauer, M., Castano, E. y Leyens, J. Ph. (2009). The attribution of primary and secondary emotions to the ingroup and to the outgroup: The case of equal status countries. *The Journal of Social psychology, 149*, 709-730.
- Romig, C. y Bakken, L. (1992). Intimacy development in middle adolescence: Its relationship to gender and family cohesion and adaptability. *Journal of Youth and Adolescence, 21*, 325-338.
- Rosenberg, S., Nelson, C. y Vivekanathan, P. S. (1968). A multidimensional approach to the structure of personality impressions. *Journal of Personality and Social Psychology, 9*, 283-294.
- Rosenheck, R., Leslie, D., Keefe, D., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D., Stroup, S., Hsiao, J. y Lieberman, J. (2006). Barriers to employment for people with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry, 163*(3), 411-417.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. y Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: concepts

- Consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539.
- Ruscher, J. B. (2001). *The social psychology of prejudiced communication*. New York: Guilford Press.
- Saminaden, A., Loughnan, S. y Haslam, N. (2010). Afterimages of savages: Implicit associations between primitives, animals and children. *The British Journal of Social Psychology*, 49, 91-105.
- Scheerenberger, R. C. (1984): *A History of Mental Retardation*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Schmader, T. (2010). Stereotype threat deconstructed. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 14-18.
- Schmitt, M. T. y Branscombe, N. R. (2002). The meaning and consequences of perceived discrimination in disadvantaged and privileged social groups. En W. Stroebe, y M. Hewstone (Eds.), *European Review Of Social Psychology*, Vol. 12 (pp. 167-199). Chichester, UK: Wiley.
- Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., Kobrynowicz, D. y Owen, S. (2002). Perceiving discrimination against one's gender group has different implications for wellbeing in women and men. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 197-210.
- Schmitt, M. T., Spears, R. y Branscombe, N. R. (2003). Constructing a minority group identity out of shared rejection: The case of international students. *European Journal of Social Psychology*, 33, 1-12.
- Schneider, K. T., Tomaka, J. y Palacios, R., (2001). Womens cognitive, affective, and physiological reactions to a male coworkers sexist behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 1995-2018.
- Schonert-Reichl, K. A. (1999). Relations of peer acceptance, friendship adjustment, and social behavior to moral reasoning during early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 19, 249-279.
- Shelton, J. N., Alegre, J. M. y Son, D. (2010). Social stigma and disadvantaged: current themes and futures prospects. *Journal of Social Issues*, 66, 618-633.

- Shin, H., Dovidio, J. F. y Napier, J. L. (2013). Cultural differences in targets of stigmatization between individual- and group-oriented cultures. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 98-108.
- Sidanius, J., Pratto, F. y Bobo, L. (1994). Social dominance orientation and the political psychology of gender. A case of invariance? *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 998-1011.
- Sin, C. H., Hedges, A., Cook, C., Mguni, N. y Comber, N. (2009). *Disabled people's experiences of targeted violence and hostility*. Research report 21. Manchester: Equality and Human Rights Commission.
- Siperstein, G., Norins, J., Corbin, S. y Shriver, T. (2003). *Multinational Study of Attitudes towards individuals with intellectual disabilities*. University of Massachusetts, Boston: MA.
- Sirlopú, D., González, R., Bohner, G., Siebler, F., Millar, A., Ordóñez, G., Torres, D. y De Tezanos-Pinto, P. (2012). Actitudes implícitas y explícitas hacia personas con síndrome de Down: un estudio en colegios con y sin programas de integración de Chile. [Implicit and explicit attitudes toward people with Down syndrome: A study in schools with and without integration programmes in Chile.]. *Revista de Psicología Social*, 27, 199-210.
- Sirlopú, D., González, R., Bohner, G., Siebler, F., Ordóñez, G., Millar, A., Torres, D. y De Tezanos-Pinto, P. (2008). Promoting positive attitudes toward people with Down Syndrome: The benefit of school inclusion programs. *Journal of Applied Social Psychology*, 38, 2710-2736.
- Solomon, S., Greenberg, J. y Pyszczynski, T. (1991). A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. En M. E. P. Zanna (Ed.), *Advances In Experimental Social Psychology* (Vol. 21, pp. 261-302). San Diego, CA: Academic Press.
- Spencer, B. y Castano, E. (2007). Social class is dead. Long live social class! Stereotype threat among low socioeconomic status individuals. *Social Justice Research*, 20, 418-432.

- Staub, D. y Peck, C. A. (1995). What are the outcomes for nondisabled students? *Educational Leadership*, 52(4), 36-40.
- Stangor, C. y Crandall, C. S. (2000). Threat and the social construction of stigma. En T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, y J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 62-87). New York, NY: The Guilford Press.
- Steele, C. M. (1997). A threat in the air: How stereotypes shape intellectual identity and performance. *American Psychologist*, 52, 613-629.
- Steele, C. M. y Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 797-811.
- Stephan, W. G. y Stephan, C. W. (1985). Intergroup anxiety. *Journal of Social Issues*, 41(3), 157-175.
- Struening, E. L., Perlick, D. A., Link, B. G., Hellman, F., Herman, D. y Sirey, J. A. (2001). Stigma as a barrier to recovery: the extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric Services*, 52, 1633-1638.
- Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(5), 522-526.
- Subirats, J. (2005). *Análisis de los factores de exclusión social*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Szymanski, D. M. (2005). Heterosexism and sexism as correlates of psychological distress in lesbians. *Journal of Counseling and Development*, 83, 355-360.
- Taylor, D. (2013). Stigma and prejudice in the language of sickness. *Epilepsy & Behavior*, 27, 204-205.
- Tsutsumi, A. e Izutsu, T. (2010). Quality of life and stigma. En Victor R. Preedy, Ronald, R. Watson (Eds.), *Handbook of disease burdens and quality of life measures* (pp. 3490-3499). New York: Springer.
- Twenge, J. M., Baumeister, R. J., DeWall, C. N., Ciarocco, N. J. y Bartels, J. M. (2007). Social exclusion decreases prosocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 56-66.

- Twenge, J. M., Baumeister, R. F., Tice, D. M. y Stucke, T. S. (2001). If you can't join them, beat them: Effects of social exclusion on aggressive behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 1058-1069.
- Twenge, J. M., Catanese, K. R. y Baumesiter, R. F. (2003). Social exclusion and the deconstructed state: Time perception, meaninglessness, lethargy, lack of emotion, and self-awareness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 409-423.
- Vaes, J. Paladino, M. P., Castelli, L., Leyens, J. Ph. y Giovanazzi, A. (2003). On the behavioral consequences of infra-humanization: The role of uniquely human emotions on intergroup relations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 1016-1034.
- Vaes, J., Paladino, M. P. y Leyens, J. Ph. (2002). The lost e-mail: Prosocial reactions induced by uniquely human emotions. *British Journal of Social Psychology*, 41, 521-534.
- Verdugo, M. A. (2006). *Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad*. Salamanca: Amarú.
- Viki, G. T., Winchester, L., Titshall, L., Chisango, T., Pina, A. y Russell, R. (2006). Beyond secondary emotions: The infrahumanization of outgroups using human related and animal-related words. *Social Cognition*, 24, 753-775.
- Vived, E., Betsabé, E. y Díaz, M. (2012). Formación para la inclusión social y la vida independiente. Síndrome de Down: Vida Adulta. *Revista digital de la Fundación Iberoamericana Down*, 21, 11.
- Waardenburg, P. J. (1951). A new syndrome combining developmental anomalies of the eyelids, eyebrows and noseroot with pigmentary anomalies of the iris and head hair and with congenital deafness; Dystopia canthi medialis et punctorum lacrimalium lateroversa, hyperplasia supercillii medialis et radices nasi, heterochromia iridum totaliis sive partialis, albinismus circumscriptus (leucismus, polioss) et surditas congenita (surdimutitas). *The American Journal of Human Genetics*, 3(3), 195-253.

- Wallbott, H. G. y Scherer, K. R. (1989). Assessing emotion by questionnaire. En R. Plutchik y H. Kellerman (Eds.), *Emotion. Theory, Research, and Experience. Volume 4: The Measurement of Emotions* (pp. 55-82). San Diego, California: Academic Press.
- Wang, K. y Dovidio, J. F. (2011). Disability and autonomy: Priming alternative identities. *Rehabilitation Psychology, 56*, 123- 127.
- Warner, R. (2001). Community attitudes towards mental disorders. En G., Thornicroft y G. Szukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp.453-464). Oxford: Oxford University Press.
- Warnock, M. (1978). *Special educational needs. Report of the committee of enquiry into the education of handicapped children and young people*. London: HMSO.
- Weiner, B., Perry, R. y Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*(5), 738-748.
- Wentzel, K. R. y McNamara, C. C. (1999). Interpersonal relationships, emotional distress, and prosocial behavior in middle school. *Journal of Early Adolescence, 19*, 114–125.
- Whittington, A. y Burns, J. (2005). The dilemmas of residential care staff working with the challenging behaviour of people with learning disabilities. *British Journal of Clinical Psychology, 44*(1), 59-76.
- Williams, K. D. (2007). Ostracism. *Annual Review of Psychology, 58*, 425-452.
- Williams, K. D., Cheung, C. K. T. y Choi, W. (2000). Cyber Ostracism: Effects of being ignored over the Internet. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 748–762.
- Wishart, J. G. y Manning, G. (1996). Trainee teachers' attitudes to inclusive education for children with Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research, 40*, 56-65.
- Wolpert, D. (1996). The lack of *a priori* distinctions between learning algorithms. *Neural Computation, 8*, 1341-1390.

World Health Organization. (2005). *WHO resource book on mental health, human rights and legislation*. Geneva: WHO.

Yazbeck, M., McVilly, K. y Parmenter, T. (2004). Attitudes toward people with intellectual disabilities. *Journal of Disability Policy Studies*, 15, 97-111.

Young, M., Henderson, M. M. y Marx, D. (1990). Attitudes of nursing students towards patients with AIDS. *Psychological Reports*, 67, 491-497.

Anexos

Anexo 1: Pesos de las dimensiones en dos componentes: Actitudes protectoras y actitudes negativas. (Investigación 1).

	Componentes	
	1	2
Resguardo 1	.735	
Resguardo 2	.447	
Resguardo 3	.731	
Paternalismo 1	.372	
Paternalismo 2	.469	
Paternalismo 3	.286	
Evitación 1		.719
Evitación 2		.683
Evitación 3		.718
Rechazo 1		.230
Rechazo 2		.631
Rechazo 3		.573

Anexo 2: Cuestionario sobre los estereotipos, actitudes, experiencias emocionales y confianza/ansiedad intergrupales hacia el exogrupo y el endogrupo (Investigación 1).

Estereotipos del exogrupo y del endogrupo

Sociabilidad	<p><i>Amistosos</i></p> <p><i>Bien intencionados</i></p> <p><i>Dignos de confianza</i></p> <p><i>Afectuosos</i></p> <p><i>Buenas personas</i></p> <p><i>Sinceros</i></p>
Competencia	<p><i>Competentes</i></p> <p><i>Inteligentes</i></p> <p><i>Seguros de sí mismos</i></p> <p><i>Capaces</i></p> <p><i>Eficientes</i></p> <p><i>Cualificados</i></p>

Actitudes hacia el exogrupo y el endogrupo

Paternalismo	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>En situaciones de competición, como ocurre en muchos juegos y deportes, se debería dejar que las personas con síndrome de Down ganaran.</i> 2. <i>Deberíamos mostrarnos de acuerdo con lo que dicen las personas con síndrome de Down aun cuando sepamos que están equivocadas.</i> 3. <i>Si las personas con síndrome de Down se equivocaran, deberían ser tratadas mejor que si el mismo comportamiento lo realizaran personas sin discapacidad.</i>
Resguardo	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Me gustaría colaborar con instituciones que ayudan a las personas con síndrome de Down.</i> 2. <i>Me gustaría tener personas con síndrome de Down como vecinos.</i>

	<p>3. Debido a sus condiciones, las personas con síndrome de Down se merecen todo nuestro respeto y admiración.</p>
Evitación	<p>1. Cuando veo a personas con síndrome de Down tiendo a mantenerme alejado de ellas.</p> <p>2. Me pongo nervioso cuando se acercan a mí personas con síndrome de Down.</p> <p>3. Si hablara con una persona con síndrome de Down me costaría mirarle a los ojos.</p>
Rechazo	<p>1. Las personas con síndrome de Down se sienten mejor estando con otros iguales a ellos.</p> <p>2. Tratar de explicar ciertas cosas a las personas con síndrome de Down sería una pérdida de tiempo.</p> <p>3. Las personas con síndrome de Down tienen dificultades para hacer las cosas bien.</p>

Experiencias emocionales hacia el exogrupo y el endogrupo

Admiración	<p>Admiración</p> <p>Respeto</p> <p>Cariño</p> <p>Orgullo</p> <p>Inspiración</p>
Compasión	<p>Compasión</p> <p>Misericordia</p> <p>Pena</p>
Aversión	<p>Indignación</p> <p>Resentimiento</p> <p>Odio</p> <p>Celos</p> <p>Envidia</p> <p>Desprecio</p> <p>Vergüenza</p>

	<i>Humillación</i> <i>Asco</i> <i>Ansiedad</i> <i>Ira</i> <i>Frustración</i>
--	--

Confianza y ansiedad intergrupales hacia el exogrupo y el endogrupo

Confianza intergrupales	<i>Tolerancia</i> <i>Relajación</i> <i>Confianza</i> <i>Seguridad</i>
Ansiedad intergrupales	<i>Nervios</i> <i>Tensión</i> <i>Incomodidad</i> <i>Amenaza</i>

Anexo 3: Términos emocionales empleados en el estudio 1 de la investigación 2.

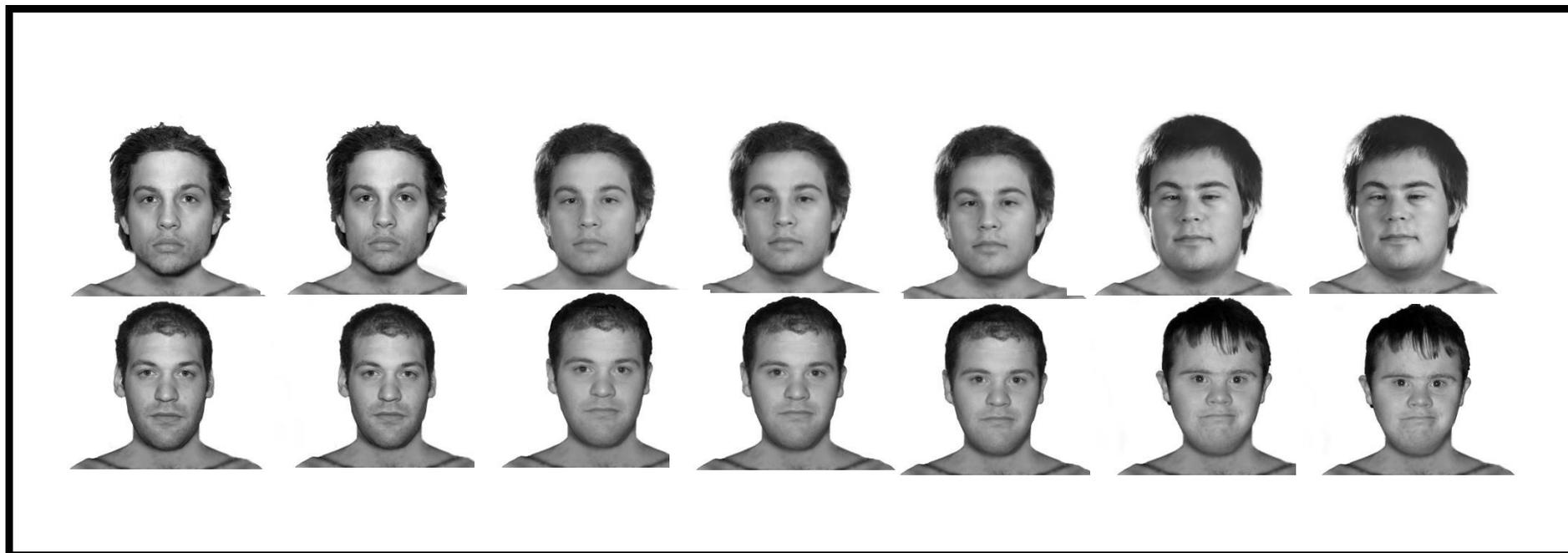
	Sentimientos	Emociones
Positivos	Serenidad Empatía Esperanza Euforia Optimismo	Afecto Alegría Sorpresa Deseo Ternura
Negativos	Decepción Lamentación Pesimismo Remordimiento Vergüenza	Miedo Rabia Dolor Agitación Inquietud

Anexo 4. Listado de palabras y ejemplo de fotografías utilizado en el estudio 2 de la investigación 2.

Términos emocionales y pseudopalabras del estudio 2 de la investigación 2.

Términos emocionales		
	Sentimientos	Emociones
Positivos	Serenidad Empatía Esperanza Euforia Optimismo	Afecto Alegría Sorpresa Deseo Ternura
Negativos	Decepción Lamentación Pesimismo Remordimiento Vergüenza	Miedo Rabia Dolor Agitación Inquietud
Pseudopalabras		
Abielo Habrica Fror Genuro Yonor	Idelo Inlancia Dazo Levipa Mujo	

Fotografías del estudio 2 de la investigación 2.



Anexo 5. Listado de palabras utilizado en el estudio 3.

Percepción del síndrome de Down: Infantil o Salvaje.

Metáfora infantil	Sin preocupaciones Inmaduro Simple Indisciplinado Imitativo Infantil Ingenuo
Metáfora salvaje	Hipersexual Inmoral Instintivo Sin autocontrol Deshonesto Irracional Cruel

Actitudes de paternalismo y autonomía hacia el síndrome de Down

Paternalismo	<ol style="list-style-type: none">1. <i>En situaciones de competición, como ocurre en muchos juegos y deportes, se debería dejar que las personas con síndrome de Down ganaran.</i>2. <i>Deberíamos mostrarnos de acuerdo con lo que dicen las personas con síndrome de Down aun cuando sepamos que están equivocadas.</i>3. <i>Si las personas con síndrome de Down se equivocaran, deberían ser tratadas mejor que si el mismo comportamiento lo realizaran personas sin discapacidad.</i>
--------------	--

<p>Resguardo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Me gustaría colaborar con instituciones que ayudan a las personas con síndrome de Down.</i> 2. <i>Me gustaría tener personas con síndrome de Down como vecinos.</i> 3. <i>Debido a sus condiciones, las personas con síndrome de Down se merecen todo nuestro respeto y admiración.</i>
<p>Autonomía</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Las personas con síndrome de Down no saben disfrutar del ocio como los demás.</i> 2. <i>Las personas con síndrome de Down no están preparadas para vivir en pareja.</i> 3. <i>Las personas con síndrome de Down tienen derecho a decidir dónde, cómo y con quién vivir (invertido).</i> 4. <i>No debería permitirse que las personas con síndrome de Down tengan o adopten niños.</i> 5. <i>Las personas con síndrome de Down están preparadas para educar/cuidar niños como cualquier otra persona (Invertido).</i>
<p>Proteccionismo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>El empleo protegido es la única salida profesional para las personas con síndrome de Down.</i> 2. <i>Si tuviese un hijo con síndrome de Down dedicaría todos mis esfuerzos a protegerlo.</i> 3. <i>Los padres y madres de niños con síndrome de Down deben evitarles cualquier tipo de dificultad.</i>

Pesos de las dimensiones en 3 componentes: actitudes de autonomía, de paternalismo-resguardo y de proteccionismo.

	Componentes		
	1	2	3
Resguardo 1	.635		
Resguardo 2	.545		
Resguardo 3	.533		
Paternalismo 1	.388		
Paternalismo 2	.680		
Paternalismo 3	.594		
Autonomía 1		.415	
Autonomía 2		.880	
Autonomía 3		.839	
Autonomía 4		.576	
Autonomía 5		.823	
Proteccionismo 1			-.279
Proteccionismo 2			.630
Proteccionismo 3			.791

