

# Estigma, Autoestigma y Sesgos Clínicos en el Proceso de Evaluación Psicológica.

**Asignatura:** Evaluación Psicológica

**Autores:** Alberto Sánchez, Elena Kulisevsky, Mónica Martín-Pozuelo, Jaume Monfort e Irina Planellas.

**Fecha:** Mayo 2026

## RESUMEN

El estigma en salud mental constituye una de las barreras invisibles más destructivas en la práctica clínica. Este documento analiza cómo los estereotipos, prejuicios y la discriminación, tanto sociales como del propio evaluador, distorsionan los datos clínicos, invalidan las pruebas psicométricas y fracturan la alianza diagnóstica. Mediante la integración de modelos teóricos contemporáneos y el análisis sistemático de micro-interacciones clínicas, el alumno desarrollará competencias críticas para identificar sesgos implícitos, mitigar el autoestigma del paciente y aplicar protocolos de evaluación e informe libres de actitudes devaluadoras, garantizando un proceso evaluativo ético, riguroso y humanizado.



# 1. MARCO CONCEPTUAL: ESTIGMA Y AUTOESTIGMA

El proceso de evaluación psicológica es, por definición, un encuentro interpersonal de asimetría técnica donde el examinador recopila información sensible para formular hipótesis diagnósticas y de intervención. Sin embargo, este proceso no ocurre en un vacío social. Tanto el evaluador como el evaluado están inmersos en una estructura sociocultural que categoriza y valora los comportamientos humanos.

## 1.1 El Estigma Social en Salud Mental

Según la conceptualización clásica de Erving Goffman (2009), el estigma se define como un "atributo profundamente desacreditador" que reduce a la persona portadora a los ojos de la sociedad, pasando de ser un individuo común y corriente a una persona devaluada o "marcada". El estigma social opera a través de un proceso cognitivo y conductual secuencial:



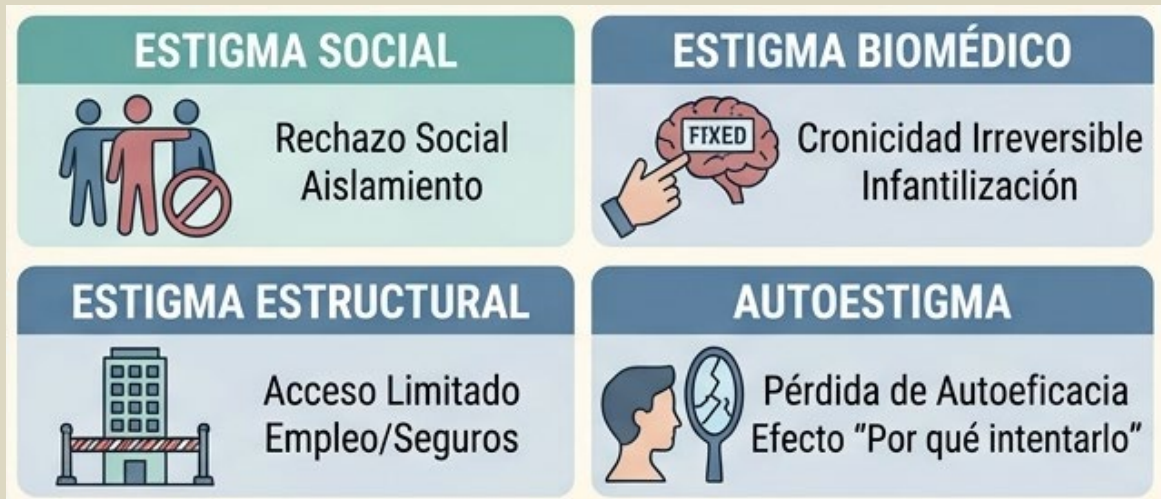
- **Categorización social:** Es un mecanismo de economía cognitiva indispensable para simplificar y reducir los inputs de información diarios (Marín Martín, 2021). Al automatizar la categorización del comportamiento humano bajo etiquetas diagnósticas o características demográficas, se incrementa drásticamente la dificultad para detectar nuestros propios prejuicios y estereotipos latentes.
- **Estereotipos:** Representaciones mentales muy simplificadas y con escasos detalles acerca de un grupo humano que comparte ciertas propiedades. Tienen una carga cognitiva predominantemente negativa en salud mental.
- **Prejuicios:** Juicios u opiniones que se forman sin motivo y sin suficiente información previa. Implica una actitud (negativa, neutra o incluso falsamente paternalista) hacia un individuo basada puramente en su pertenencia identificada a un endogrupo o exogrupo (Blanco Abarca, Horcajo & Sánchez, 2017).

- **Discriminación:** El reflejo conductual del prejuicio que produce una devaluación del estatus de la persona y restricciones en sus derechos fundamentales.

## 1.2 Las Cuatro Dimensiones del Estigma

En el entorno clínico y de evaluación, el estigma se manifiesta de manera multidimensional, afectando transversalmente la vida del paciente:

<b>Dimensión del Estigma</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Manifestación en la Evaluación Psicológica</b>
<b>Estigma Social</b>	Rechazo social sistemático por características o creencias que van en contra de las normas culturales establecidas.	Miedo al rechazo de amigos, parejas o compañeros de trabajo al revelar que se asiste a una evaluación psicológica.
<b>Estigma Biomédico</b>	Enfoque reduccionista que conceptualiza los trastornos mentales puramente como anomalías de origen cerebral e inalterables.	Conduce de forma directa a la infantilización del paciente, bajas expectativas de tratamiento o recuperación y atribuciones de "cronicidad irreversible".
<b>Estigma Estructural</b>	Políticas institucionales y prácticas organizativas que limitan de forma sistemática las oportunidades de desarrollo del individuo.	Acceso limitado al empleo, falta de independencia económica o exclusión de seguros de salud basados en el historial psicopatológico.
<b>Autoestigma</b>	Proceso subjetivo de internalización en el propio paciente de los estereotipos, prejuicios y discriminaciones sociales devaluadoras.	Desvalorización personal extrema, sentimientos de debilidad o peligrosidad, culpa, aislamiento defensivo y una notable merma en la calidad de vida.



### 1.3 El Modelo Progresivo del Autoestigma

Para que el estigma social se convierta en autoestigma destructivo, el paciente transita de manera progresiva por tres etapas cognitivas bien delimitadas (Link y Phelan, 2001; Corrigan 2006):

1. **Consciencia (*Awareness*):** El paciente conoce el estereotipo público latente (ej. *"La sociedad cree que las personas con esquizofrenia son violentas e inútiles"*).
2. **Acuerdo (*Agreement*):** El individuo asiente ante el juicio del colectivo (ej. *"Es verdad, las personas con esa enfermedad son peligrosas y débiles"*).
3. **Aplicación (*Application*):** El paciente asimila la etiqueta para sí mismo (ej. *"Yo tengo este diagnóstico, por lo tanto, soy violento, inútil y débil"*).

Este proceso cognitivo desencadena el efecto "por qué intentarlo". El paciente anticipa el fracaso y la discriminación, lo que anula de raíz su autoeficacia y motivación intrínseca. En el contexto de evaluación, este efecto se traduce en un retraso drástico en la búsqueda de ayuda (la persona prefiere ocultar sus síntomas que ser etiquetada) y una desesperanza sistemática frente a los resultados de las pruebas psicométricas.

### 1.4 Diferencias Contextuales e Interseccionales en la Evaluación

La percepción del estigma varía significativamente en función de variables sociodemográficas que el evaluador debe ponderar críticamente:

- **Género:** Los mandatos de género tradicionales influyen en la categorización de la sintomatología. Por ejemplo, las mujeres son diagnosticadas con tasas sustancialmente mayores de depresión y trastornos de ansiedad, mientras que los hombres experimentan una mayor estigmatización al manifestar vulnerabilidad emocional, lo que suele enmascarse bajo índices más altos de abuso de sustancias.
- **Identidad Sexual:** Las minorías sexuales y de género (personas LGBTQ+) presentan mayores índices de problemas de salud mental derivados del estrés de minorías y la discriminación estructural, que a menudo son erróneamente patologizados por evaluadores carentes de perspectiva afirmativa.

- **Etnia y Nivel Cultural:** Condicionan las metáforas del sufrimiento del paciente. Un evaluador culturalmente insensible puede codificar la expresión somática del malestar emocional como simulación o histeria.

## 2. IMPACTO EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

### ALERTA DE SESGO: El Experimento de Rosenhan y el Sesgo de Confirmación

En el clásico estudio de Rosenhan (1973), "*On being sane in insane places*", pseudopacientes sanos que ingresaron a hospitales psiquiátricos manifestando escuchar voces (síntoma que cesó inmediatamente tras la admisión) fueron diagnosticados unánimemente con esquizofrenia en remisión. Toda su conducta posterior (como tomar notas en su libreta) fue interpretada por el personal como sintomatología de su patología.

**Implicación para la evaluación:** Cuando un evaluador opera bajo el conocimiento de una etiqueta diagnóstica previa o una primera impresión sesgada, sus hipótesis clínicas tenderán exclusivamente a confirmar dicha sospecha inicial, ignorando activamente los datos de salud, recursos personales y resiliencia del paciente.



El estigma y sus derivados alteran de forma directa la validez psicométrica y la fidelidad de la información obtenida a lo largo del proceso evaluativo:

### 2.1 Alteración de la Demanda y la Alianza Diagnóstica

El miedo a la devaluación social introduce severas distorsiones en las respuestas del paciente durante la evaluación:

- **Disimulación Defensiva:** El examinado minimiza activamente sus síntomas, oculta conductas de riesgo o maquilla su historial clínico para evitar recibir una etiqueta diagnóstica estigmatizante (ej. negar ideación suicida por temor a una hospitalización involuntaria o a ser catalogado de

"manipulador").

- **Deseabilidad Social:** Alteración inconsciente o voluntaria del perfil de respuesta en autoinformes de personalidad y sintomatología clínica para proyectar una imagen adaptada, sana y aceptable según los cánones sociales imperantes.
- **Falta de Confianza Inicial:** Al iniciar el encuadre, el paciente proyecta en el psicólogo los prejuicios del entorno biomédico. El paciente asume que será infantilizado o juzgado, lo que impide el establecimiento de un *rapport* sólido.

## 2.2 Sesgos en la Entrevista Clínica

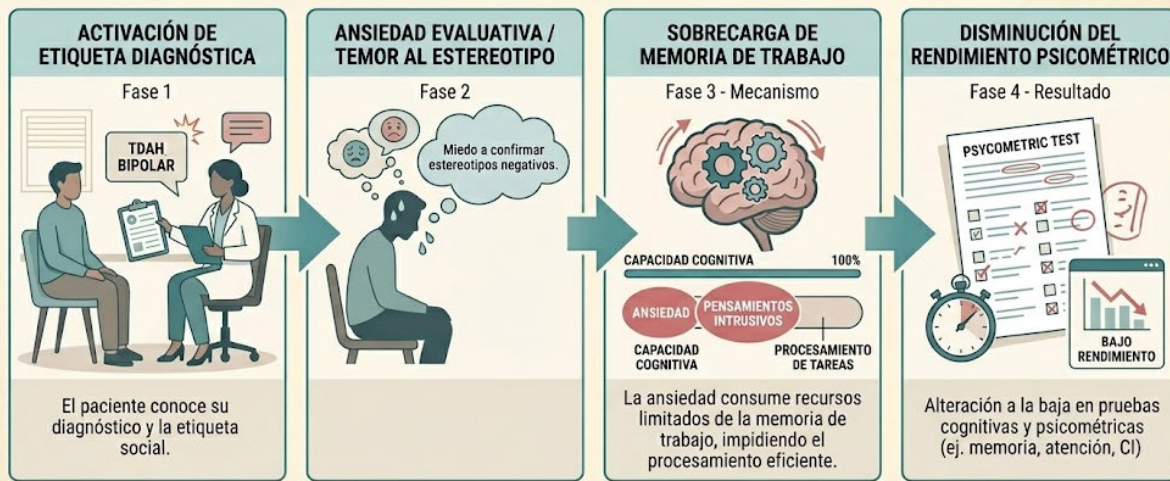
Los propios terapeutas y evaluadores clínicos albergan prejuicios implícitos. Diferentes investigaciones indican que un 22,3% de las experiencias de estigma reportadas por pacientes ocurren en los propios servicios de atención en salud mental (Schulze, 2007; Almeida, Samoioico & Moreira, 2021). Los sesgos profesionales se manifiestan en:

- **Desinterés Personalizado:** Focalizar la entrevista de manera obsesiva en el "historial de salud mental" o en el "cuadro clínico", mostrando nulo interés por la persona, sus fortalezas, su contexto existencial y su narrativa subjetiva.
- **Juicios de Capacidad Involuntarios:** Infantilizar al paciente adaptando un lenguaje condescendiente o excluyéndolo de la toma de decisiones sobre sus propios objetivos de evaluación y tratamiento.
- **Prognosis Negativas Anticipadas:** Ofrecer devoluciones diagnósticas catastróficas del estilo "*esta es una enfermedad crónica con la que tendrás que cargar de por vida*" o sugerir implícitamente que la persona no podrá aspirar a metas laborales o académicas de alto rendimiento.

## 2.3 Amenaza del Estereotipo durante la Evaluación Psicométrica

Descrita originalmente por Steele y Aronson (1995), la Amenaza del Estereotipo (*Stereotype Threat*) es el fenómeno psicofisiológico mediante el cual un individuo experimenta una elevada ansiedad ante el temor de confirmar un estereotipo social negativo asociado a su grupo de pertenencia.

## MECANISMO COGNITIVO DEL ESTIGMA EN LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA



Si durante la fase preparatoria de la evaluación el terapeuta activa implícita o explícitamente estereotipos negativos (ej. *"este test de funciones ejecutivas es difícil para personas con tu diagnóstico"*), el paciente experimentará una sobrecarga emocional que consumirá sus recursos de la memoria de trabajo. Como consecuencia, su rendimiento en pruebas de atención, memoria, cociente intelectual (CI) o destreza psicomotora caerá de manera artificial, llevando al evaluador a formular conclusiones diagnósticas erróneas sobre el sustrato neurocognitivo real del paciente.

### 3. DINÁMICAS PRÁCTICAS Y ACTIVIDADES EN EL AULA

#### ACTIVIDAD 1: Debate Estructurado

##### "La etiqueta diagnóstica: ¿Herramienta clínica o estigma institucional?"

- **Objetivo:** Desarrollar el pensamiento crítico-analítico respecto al uso de clasificaciones categoriales (DSM-5-TR / CIE-11) en el juicio diagnóstico y su tensión inherente con la estigmatización institucional.
- **Tiempo Recomendado:** 60 minutos.
- **Metodología:**
  - Dividir el aula en tres grupos:
    1. **Grupo A (Defensores del diagnóstico categorial tradicional):** Debe argumentar a favor de la utilidad clínica de las etiquetas (comunicación interprofesional, acceso a recursos sanitarios, alivio sintomático por comprensión del cuadro).
    2. **Grupo B (Detractores / Perspectiva Antipsiquiatría y Crítica del Estigma):** Debe argumentar en contra, basándose en el etiquetado de Rosenhan, la reificación de síntomas, la medicalización del sufrimiento y el estigma social derivado.
    3. **Grupo C (Tribunal Evaluador / Moderadores):** Formulará preguntas desafiantes a ambos grupos y redactará un acta de síntesis con propuestas de diagnóstico dimensional-funcional

alternativo.

- **Preguntas de Reflexión para el Cierre:**

1. ¿Cómo podemos balancear la necesidad técnica de codificar un trastorno con el derecho ético del paciente a no ver reducida su identidad a una etiqueta clínica?
2. ¿De qué manera la "devolución diagnóstica" puede transformarse de una sentencia clínica a un proceso de empoderamiento terapéutico?
3. ¿La categorización dimensional (ej. jerarquías de espectros) mitiga el estigma de forma más efectiva que las categorías estancas de los manuales tradicionales?

## ACTIVIDAD 2: Role-Playing en Parejas

### "La Entrevista Inicial Bajo la Sombra del Autoestigma"

- **Objetivo:** Entrenar la micro-entrevista diagnóstica, la detección de sesgos verbales y no verbales en el terapeuta, y la aplicación práctica de técnicas de **defusión cognitiva** (ACT) para regular el propio comportamiento evaluativo.
- **Tiempo Recomendado:** 90 minutos (20 min por simulación, 10 min de feedback, rotación de roles y discusión plenaria).
- **Instrucciones Operativas:**
  - Los alumnos se distribuirán en parejas (Evaluador y Paciente).
  - Se representarán los **cuatro casos clínicos** provistos a continuación. Cada caso cuenta con una **Escena 1** (que ejemplifica interacciones clínicas estigmatizantes y sesgadas) y una **Escena 2** (que ilustra el enfoque integrador, empático y normalizado).
  - **Consigna para el Evaluador:** En la primera ronda debe emular sutilmente las conductas erróneas de la Escena 1 para experimentar el impacto en la alianza. En la segunda ronda, debe implementar las conductas de la Escena 2, integrando técnicas de aceptación incondicional y reformulación empática.

### CASO 1: ANSIEDAD Y RENDIMIENTO LABORAL

- **Perfil del Paciente:** Persona con sintomatología ansiosa severa que teme admitir su nivel de incapacidad laboral en la entrevista inicial por miedo a ser catalogada de "débil", "incompetente" o de estar "exagerando para obtener ventajas".
- **Análisis Clínico de las Versiones:**

[ESCENA 1: ESTIGMATIZANTE] Terapeuta: "A ver... la ansiedad hoy en día la tiene todo el mundo por el ritmo de vida. No podemos ahogarnos en un vaso de agua. Si dejas que esto te supere, difícilmente vas a poder llevar la contabilidad de la empresa. Tienes que poner de tu parte y ser más fuerte emocionalmente."

- **Errores metodológicos:** Minimización empática ("ahogarse en un vaso de agua"), atribución de debilidad moral ("tienes que poner de tu parte") y condicionamiento de la capacidad laboral sin pruebas funcionales previas ("difícilmente vas a poder").

[ESCENA 2: INTEGRADORA Y CLÍNICA] Terapeuta: "Entiendo perfectamente que sientas temor de hablar sobre cómo la ansiedad está afectando tu jornada laboral. Quiero que sepas que experimentar niveles

elevados de ansiedad no define tu inteligencia ni tu capacidad profesional. Es un indicador de que tu sistema de alarma está sobrecargado ahora mismo, y nuestra evaluación nos ayudará a entender cómo equilibrarlo juntos."

- **Aciertos metodológicos:** Validación del miedo al estigma, separación explícita de la persona frente al síntoma (despatologización de la identidad) y planteamiento cooperativo del proceso de evaluación.

## CASO 2: RECHAZO A LA MEDICACIÓN POR ESTIGMA BIOMÉDICO

- **Perfil del Paciente:** Persona diagnosticada previamente con un trastorno afectivo que muestra una alta resistencia a la toma de psicofármacos debido al miedo a experimentar efectos secundarios visibles (temblores extrapiramidales, aumento de peso) y a la consecuente infantilización social.
- **Análisis Clínico de las Versiones:**

[ESCENA 1: ESTIGMATIZANTE] Terapeuta: "Si no te tomas la medicación como dice el psiquiatra, vas a recaer gravemente. Los desajustes químicos cerebrales no se curan hablando. Si dejas el fármaco por miedo a engordar, estás siendo irresponsable con tu salud mental y retrasando tu propia curación."

- **Errores metodológicos:** Amenazas e inducción de culpa ("irresponsable", "vas a recaer gravemente"), reduccionismo puramente biomédico ("los desajustes químicos no se curan hablando") y desprecio por la preocupación estética/social del paciente con respecto a los efectos secundarios.

[ESCENA 2: INTEGRADORA Y CLÍNICA] Terapeuta: "Es muy lógico que te preocupen los efectos de la medicación en tu cuerpo y cómo te percibirán los demás. Tomar o no un fármaco es una decisión que debe tomarse de forma informada y conjunta. Analicemos cómo influyen en tu bienestar y hablemos abiertamente con el psiquiatra sobre las alternativas terapéuticas, respetando tu autonomía."

- **Aciertos metodológicos:** Normalización de la aprensión al fármaco, respeto a la autonomía del paciente en la toma de decisiones clínicas y fomento de un modelo de relación colaborativo interdisciplinar (psicólogo-psiquiatra-paciente).

## CASO 3: SENTIMIENTO DE CULPA ANTE LA RECAÍDA

- **Perfil del Paciente:** Paciente con trastorno por uso de sustancias que acude a la sesión evaluativa de seguimiento tras sufrir un consumo episódico (recaída). Presenta una intensa desvalorización ("no sirvo para nada", "he fracasado", "decepcioné a todos").
- **Análisis Clínico de las Versiones:**

[ESCENA 1: ESTIGMATIZANTE] Terapeuta: "Pero, ¿cómo ha podido pasar otra vez? Con lo que nos había costado alcanzar la abstinencia. Si tiras por la borda todo el esfuerzo de estas semanas a la primera tentación, significa que no te estás tomando en serio el tratamiento ni la evaluación de tus factores de riesgo."

- **Errores metodológicos:** Juicio moral explícito, atribución de culpabilidad y falta de compromiso ("no te estás tomando en serio"), asunción de la recaída como un retroceso absoluto a la casilla de inicio.

[ESCENA 2: INTEGRADORA Y CLÍNICA] Terapeuta: "Una recaída no borra el aprendizaje ni el esfuerzo de las semanas anteriores. En el camino del cambio, los deslices son fuentes de información clínica de incalculable valor, no fracasos personales. Evaluemos con calma qué estímulos y pensamientos se activaron previamente para fortalecer tus estrategias de afrontamiento."

- **Aciertos metodológicos:** Encuadre de la recaída como un evento esperable e informativo dentro del proceso de cambio (modelo transteórico de Prochaska y DiClemente) y redirección funcional hacia el análisis de contingencias.

#### **CASO 4: INTERFERENCIA DE LA DINÁMICA FAMILIAR ESTIGMATIZANTE**

- **Perfil del Paciente:** Adolescente traído a evaluación diagnóstica por sus progenitores, quienes se refieren a él constantemente empleando adjetivos devaluadores ("es un vago", "manipulador", "está loco") y exigen una etiqueta diagnóstica rápida para "justificar su mala conducta".
- **Análisis Clínico de las Versiones:**

[ESCENA 1: ESTIGMATIZANTE] Terapeuta: "(Al adolescente) Tus padres tienen razón en estar preocupados, tu rendimiento escolar y estas contestaciones no son normales. Vamos a pasarte unos tests de personalidad a ver si tienes un trastorno de conducta disocial que explique por qué te comportas de esta manera tan conflictiva."

- **Errores metodológicos:** Alianza exclusiva con los portadores de la demanda (progenitores), utilización del diagnóstico como elemento punitivo o segregador ("trastorno disocial que explique tu mala conducta") e invalidación directa de la narrativa del menor.

[ESCENA 2: INTEGRADORA Y CLÍNICA] Terapeuta: "(A la familia unida) Entiendo que la situación en casa genera una alta tensión para todos. Sin embargo, no buscaremos aquí una etiqueta para ponerle a tu hijo, sino comprender qué dinámicas y necesidades emocionales no están siendo cubiertas en el núcleo familiar. (Al adolescente directamente) Este espacio es confidencial y seguro para ti; evaluaremos tus inquietudes al mismo nivel que las de tus padres."

- **Aciertos metodológicos:** Despatologización del menor ("paciente identificado"), descentramiento de la culpa individual hacia la dinámica relacional sistémica y preservación ética del espacio confidencial del adolescente.

#### **Guía de Observación Sistemática para el Aula (Rúbrica de Co-Evaluación)**

Los estudiantes que observen las simulaciones de role-playing deberán evaluar el comportamiento del evaluador utilizando la siguiente matriz estructurada:

Variable de Observación Clínica	Indicadores de Alerta (Estigmatizantes)	Indicadores de Excelencia (Integradores)	Registro de Evidencias (Ejemplos observados en el aula)
<b>Comportamiento No Verbal</b>	<p>Postura retraída o distancia excesiva.</p> <p>Contacto ocular ausente o inquisitivo.</p> <p>Gestos de impaciencia (mirar el reloj, suspirar).</p>	<p>Postura corporal abierta y relajada.</p> <p>Contacto ocular empático e intermitente.</p> <p>Asentimiento con la cabeza y expresión facial congruente.</p>	
<b>Estilo de Comunicación Verbal</b>	<p>Interrupciones frecuentes.</p> <p>Uso excesivo de jerga biomédica despersonalizante.</p> <p>Uso de calificativos moralistas ("vago", "manipulador").</p>	<p>Uso de preguntas abiertas facilitadoras.</p> <p>Paráfrasis y clarificación de la experiencia subjetiva.</p> <p>Lenguaje despatologizador enfocado en fortalezas.</p>	
<b>Gestión del Diagnóstico y Etiquetas</b>	<p>Uso del diagnóstico como un adjetivo definitorio de la persona (ej. "<i>un depresivo</i>", "<i>un esquizofrénico</i>").</p> <p>Insistencia obsesiva en síntomas deficitarios.</p>	<p>Uso del lenguaje de "persona primero" (ej. "<i>persona que experimenta sintomatología depresiva</i>").</p> <p>Evaluación activa de recursos personales de afrontamiento.</p>	

<p><b>Manejo del Autoestigma</b></p>	<p>Ignorar o minimizar las quejas del paciente sobre el rechazo social.</p> <p>Atribuir las dificultades a "falta de voluntad".</p>	<p>Validación explícita del miedo al estigma social.</p> <p>Introducción de técnicas de <b>defusión cognitiva</b> frente a los autojuicios del paciente.</p>	
--------------------------------------	---	--	--

### ACTIVIDAD 3: Ejercicio Dinámico Reflexivo

#### "El Termómetro del Prejuicio Clínico Implícito"

- **Objetivo:** Visibilizar de forma experiencial cómo operan los sesgos automáticos de categorización en los futuros psicólogos evaluadores.
- **Tiempo Recomendado:** 30 minutos.
- **Dinámica de Ejecución:**
  1. El docente proyectará de forma ultrarrápida (3 segundos por diapositiva) imágenes neutras de personas pertenecientes a distintas subculturas, etnias, géneros u apariencias estéticas alternativas.
  2. Cada estudiante dispondrá de una hoja en blanco donde deberá escribir el **primer adjetivo calificativo o presunción diagnóstica** que le venga a la mente (ej. "violento", "depresivo", "exitoso", "inestable", "dependiente").
  3. Posteriormente, se realizará una puesta en común anónima (introduciendo los papeles doblados en una urna) para analizar estadísticamente cómo las categorías estéticas o demográficas activaron estereotipos diagnósticos automáticos en el grupo.
  4. El docente guiará la discusión hacia la importancia del autoconocimiento y el entrenamiento en defusión cognitiva (ACT) para desengancharse de estos juicios automáticos antes de iniciar una entrevista clínica real.

## 4. REFERENCIAS

- Almeida, B., Samoioco, A., Frilo, F., Pimenta, S. & Moreira, A. M. (2021). Prescribing stigma in mental disorders: A comparative study of Portuguese psychiatrists and general practitioners. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(4), 137-155. <https://doi.org/10.1177/00207640211002558>
- Blanco Abarca, A., Horcajo, J., & Sánchez, F. (2017). *Psicología Social de los Prejuicios y la Discriminación*. Ediciones Pirámide.
- Corrigan, P. W., Watson, A.C. y Barr, L. (2006). The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25 (8), 875-884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and schuster.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Marín Martín, C. (2021). *Guía práctica de evaluación psicológica clínica: Desarrollo de competencias*. Pirámide
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179(4070), 250-258. <https://doi.org/10.1126/science.179.4070.250>
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155. <https://doi.org/10.1080/09540260701278929>
- Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 797-811. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.5.797>