

REDUCCIÓN DEL ESTIGMA, LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD EN PERSONAS CON VIH MEDIANTE UN GRUPO TERAPÉUTICO COGNITIVO CONDUCTUAL

David Biel Soro^{1,2}, José Antonio Carrobles¹ y María Antón García²

¹*Universidad Autónoma de Madrid;* ²*abc psicología (España)*

Resumen

Un grupo de personas con VIH participaron en una intervención grupal, de base cognitivo conductual de 48 horas, dividida en cuatro talleres, uno cada mes (26 iniciaron el programa y 18 lo terminaron y contestaron en el seguimiento cuatro meses después). Tras el tratamiento se consiguieron mejorías significativas en estigma declarado, estigma interiorizado, depresión y ansiedad estado. Todas estas mejorías se mantuvieron en la medición de seguimiento cuatro meses después, mejorando en esta última medida también la ansiedad rasgo. Se compararon sus resultados con un grupo de control de personas con VIH (24 contestaron a la primera batería de test y 16 a la última). Se evaluó la evolución de este grupo, así como las diferencias entre ambos grupos para cada momento: preintervención, posintervención y seguimiento. Las comparaciones intragrupal e intergrupos se evaluaron con las pruebas *t* de Student para muestras relacionadas y para muestras independientes respectivamente. Además, se calculó el tamaño de efecto para cada comparación. Los resultados avalan la eficacia de la intervención grupal presentada.

PALABRAS CLAVE: *VIH, estigma, depresión, ansiedad, terapia grupal.*

Abstract

A number of people with HIV participated in a 48-hour cognitive behavioral group intervention, divided into four monthly workshops. Twenty-six participants started the program and 18 completed it and responded at the four-month follow-up. After treatment, significant improvement was achieved in declared stigma, internalized stigma, depression and state anxiety. All these improvements were maintained at the follow-up measurement four months later, with trait anxiety also improving in this last measure. Participants' results were compared with an HIV control group. Twenty-four respondents completed the first test battery and 16 completed the last. The evolution of this group was assessed, as well as the differences between both groups at three time points: pre-intervention, post-intervention and follow-up. Intragroup and inter-group comparisons were examined with the Student *t*-tests for related samples and for independent samples respectively. In addition, the effect size was calculated for each comparison. The results support the efficacy of the group intervention presented.

KEY WORDS: *HIV, stigma, depression, anxiety, group treatment.*

Introducción

La existencia de diferentes formas de discriminación hacia las personas con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un hecho constatado a nivel mundial (ONUSIDA, 2005; UNAIDS, 2014a,b; UNAIDS, 2017) y también en España (Aguirrezabal, Fuster y Valencia, 2009; ALTER, 2014; Fuster *et al.*, 2010; Fuster-RuizdeApodaca, Benito, Poveda, Rohlfs y Sanpedro, 2018; Laparra *et al.*, 2014; Ramiro y Ramírez, 2016). Como condición de salud estigmatizada socialmente, las personas con VIH padecen, además, las consecuencias del estigma y la discriminación sobre su salud (Grossman y Stangl, 2013; Hatzenbuehler, Phelan y Link, 2013; Logie y Gadalla, 2009; Stockton, Giger y Nyblade, 2018; Venable, Carey, Blair y Littlewood, 2006). Esto incluye mayores tasas de estrés (Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003; Stutterheim *et al.*, 2009), ansiedad y depresión (Edo y Ballerster, 2006; Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martínez y Otalvaro, 2009; Rabkin, 2008; Tesfaw *et al.*, 2016) que la población general.

Los avances en la investigación y el tratamiento del VIH condujeron, 16 años después de la primera referencia al VIH en los informes semanales de los Centros de Control de Enfermedades de Estados Unidos (*Centers for Disease Control and Prevention* [CDC], 1981), al tratamiento antirretroviral de gran alcance (TARGA). Gracias al TARGA y a su implantación en parte del planeta, hoy en día el VIH es una infección crónica, con repercusiones cada vez menores para la salud de las personas infectadas. Es cierto que existe cierta comorbilidad asociada al VIH (Petoumenos *et al.*, 2017) incluso cuando está bien tratado, como algunas neoplasias, o cierto grado de envejecimiento prematuro. Pero la esperanza y calidad de vida de las personas con VIH con buena adherencia al tratamiento antirretroviral y hábitos de vida saludables es casi igual a la de la población general (Gueler *et al.*, 2017).

Tal y como informan periódicamente los CDC (2020), la transmisibilidad del VIH es bastante menor que la de otras infecciones (Boily *et al.*, 2009; Fox *et al.*, 2011). Además, con la carga viral indetectable, que se logra en la mayoría de los casos con buena adherencia al tratamiento, hoy en día podemos decir que indetectable es intransmisible. Esto significa que las personas con la carga viral por debajo de 50 copias por ml. de sangre no transmiten el virus en sus relaciones sexuales sin protección, ni a los hijos que esté gestando. Podemos afirmar esto gracias a estudios como los PARTNER (Rodger *et al.*, 2012; Rodger *et al.*, 2016; Rodger *et al.* 2018; Rodger *et al.* 2019), que han realizado seguimientos durante años a miles de parejas serodiscordantes que mantuvieron decenas de miles de relaciones sexuales sin protección (preservativo), sin que se haya detectado ningún caso de transmisión del VIH relacionado con tales prácticas sexuales o de transmisión vertical (de madre a hijo).

Por tanto, parece que la investigación y los tratamientos médicos están conteniendo, que no eliminando, las consecuencias perniciosas sobre la salud del VIH, salvo en lo referente al estigma y la discriminación que, como hemos visto, siguen estando presentes. No es la infección por VIH en sí misma la que provoca depresión y ansiedad, sino el clima de rechazo, los prejuicios y la discriminación que padecen estas personas (Espada *et al.*, 2013; Fuster-RuizdeApodaca *et al.*, 2018; Logie y Gadalla, 2009; Stutterheim *et al.*, 2009). No es de extrañar, entonces, que

se hayan redoblado los esfuerzos por encontrar intervenciones psicológicas que ayuden a estas personas a reducir el impacto del estigma sobre su bienestar emocional (Feyissa, Lockwood, Woldie y Munn, 2018; Fuster-RuizdeApodaca *et al.*, 2016; Gaviria *et al.*, 2009; Jalali, Hashemi y Hasani, 2018; Ma, Chan y Loke, 2019; Stangl, Lloyd, Brady, Holland y Baral, 2013). Se sabe que el paso del tiempo por sí sólo es un factor influyente para el bienestar emocional de las personas con VIH (Elias, Mendes y Mello, 2012) y que algunas intervenciones psicológicas ayudan a reducir el tiempo que tardan en encontrarse mejor. En la última década se han incrementado exponencialmente la cantidad de estudios de tratamientos grupales para reducir el estigma, la depresión y la ansiedad de las personas con VIH (Edo y Ballester, 2006; Honagodu, Krishna, Sundarachar y Lepping, 2013; Jayasvasti *et al.*, 2011; Rueda *et al.*, 2016). Muchos de ellos han resultado eficaces, aunque la sostenibilidad temporal de los efectos positivos de las intervenciones ha sido testada en raras ocasiones. Quienes trabajamos con personas con VIH observamos que las intervenciones psicológicas con impactos más duraderos son las que se prolongan en el tiempo y no las que se realizan de forma puntual (Mak, Mo, Ma y Lam, 2017).

En este estudio se presenta una intervención grupal, de base cognitivo conductual con información sobre el VIH y el estigma, entrenamiento en mejora de la autoestima, las habilidades de comunicación y la de gestión emocional. Se evalúan los resultados en estigma, depresión y ansiedad y se comparan con un grupo de personas con VIH que no participan en la intervención terapéutica antes del tratamiento, al terminar el mismo y cuatro meses después de su finalización.

Con el fin de realizar este estudio, se obtuvo el preceptivo informe favorable del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid.

Método

Participantes

Se invitó a 50 personas con VIH de la comunidad autónoma de Aragón a participar en esta investigación. Se les ofreció la posibilidad de estar en el grupo "lista de espera/control" o en el grupo de terapia cognitivo conductual. Del total, 26 personas fueron al grupo de terapia y 24 al grupo control. De todas ellas, terminaron la primera fase de tratamiento o tiempo de espera en su caso, 36 personas, 18 de cada uno de los grupos. Contestaron a los cuestionarios de seguimiento, tras 4 meses de haber finalizado el tratamiento, las 18 del grupo de tratamiento y 16 del grupo lista de espera.

En la tabla 1 pueden apreciarse los datos sociodemográficos de ambos grupos. Estos datos resultan muy similares a los aportados por Rodríguez, Barreales y Tuesta (2018). Y, si tenemos en cuenta la tendencia de las personas participantes con diagnósticos más recientes a apuntarse al grupo de terapia en lugar de al grupo control, vemos que las diferencias sociodemográficas encontradas entre los grupos van en la misma línea que en el Registro Nacional sobre Nuevos Diagnósticos de VIH en España (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018).

Tabla 1
 Datos sociodemográficos y comparación χ^2 para diferencias entre grupos

Variables	Gr. terapia	Gr. control	Total	χ^2
Sexo				0,031 ($p= 0,860$)
Hombre	19	17	36	
Mujer	7	7	14	
Transexual	0	0	0	
Edad				9,458 ($p= 0,092$)
Menos de 20	0	1	1	
De 20 a 30	4	0	4	
De 31 a 40	5	1	6	
De 41 a 50	9	10	19	
De 51 a 60	7	11	18	
Más de 60	1	1	2	
Nivel estudios				0,435 ($p= 0,805$)
Primarios	6	7	13	
Secundarios	14	13	27	
Superiores	6	4	10	
Orientación sexual				4,226 ($p= 0,238$)
Heterosexual	13	18	31	
Homosexual	8	5	13	
Bisexual	4	1	5	
Ns/Nc	1	0	1	
Año de diagnóstico				3,887 ($p= 0,274$)
Antes de 1990	3	4	7	
Antes de 1997	3	6	9	
Antes de 2010	11	12	23	
Desde 2010	9	2	11	
Años desde el diagnóstico				5,024* ($p= 0,025$)
Menos de 3	9	2	11	
Más de 3	17	22	39	
Vía de transmisión				5,127 ($p= 0,275$)
Relación sexual	17	10	27	
Material de inyección	3	8	11	
Transfusión	1	0	1	
Vertical	1	1	2	
Ns/Nc	4	5	9	
Situación laboral				2,520 ($p= 0,284$)
Trabaja con contrato	11	6	34,0%	
Trabaja sin contrato	0	1	2,0%	
No trabaja	15	17	64,0%	
Prestación económica				0,297 ($p= 0,586$)
Cobra	11	12	23	
No cobra	15	12	27	

Note: * $p < 0,05$.

Instrumentos

- a) Escala de estigma asociado al VIH y al sida. Esta escala de estigma fue extraída de la batería de predictores psicosociales de la calidad de vida de Remor *et al.* (2012) y validada en estudios posteriores (Fuster-RuizdeApodaca, Molero, Biel y Barranco, 2013; Fuster-RuizdeApodaca *et al.*, 2016). Tuvo formato de respuesta visual analógica de 10 cm. La escala estaba compuesta por 10 ítems: cuatro para estigma declarado y seis para estigma interiorizado. La consistencia interna encontrada en los anteriores estudios en que ha sido utilizada (Fuster-RuizdeApodaca *et al.*, 2013, Fuster-RuizdeApodaca *et al.*, 2016) fue de entre $\alpha=0,46$ y $\alpha=0,63$ para el estigma declarado. En este estudio $\alpha=0,39$ en el pre, $\alpha=0,47$ en el post y $\alpha=0,40$ en el seguimiento. Para el estigma interiorizado en los anteriores estudios (opus cita) fue de entre $\alpha=0,79$ y $\alpha=0,84$. En la muestra actual $\alpha=0,73$ en el pre, $\alpha=0,76$ en el post y $\alpha=0,73$ en el seguimiento. El *estigma declarado* se refiere a la percepción de la persona sobre el rechazo que sufre, tanto directamente por tener VIH, como de la percepción de la discriminación hacia las personas con VIH en la sociedad (p. ej., *“Personalmente me siento rechazado/a por tener VIH”, “En la sociedad existe rechazo hacia las personas con VIH”*). El *estigma interiorizado* hace referencia a la asunción, por parte de la persona, de las creencias, sentimientos y actitudes discriminatorias y estigmatizadoras de la sociedad (p. ej., *“Pienso que ya nadie me va a querer por tener VIH”, “Prefiero evitar tener relaciones de pareja o sexuales por no revelarles que tengo VIH”, o “Tener el VIH me hace sentir inferior al resto de la gente”*).
- b) “Inventario para la depresión de Beck-II” (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 2011). El BDI-II está formado por 21 ítems con cuatro opciones de respuesta. Éste aporta un indicador de los niveles de depresión durante las últimas dos semanas bastante estandarizado y ajustado a los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª edición (DSM-5) y a la décima Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10). Es, además, el quinto test más utilizado por los profesionales de la Psicología en España (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). La fiabilidad de consistencia interna del inventario arroja un $\alpha=0,87$ (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). En este estudio resultó en cada uno de los tres tiempos de medida $\alpha=0,88$, $\alpha=0,90$ y $\alpha=0,90$ respectivamente.
- c) “Inventario de ansiedad estado-rasgo” (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Se optó por el STAI para medir la ansiedad por su demostrada solvencia, amplia difusión, uso en diferentes estudios y por aportar medidas diferenciadas de la ansiedad como estado actual y la ansiedad como rasgo estable general de la personalidad. Una intervención puntual podría bien reducir la ansiedad estado. Una reducción de la ansiedad rasgo debería requerir una intervención terapéutica de mayor calado (Carrasco, 1999; Linares-Ortiz, Robles-Ortega y Peralta-Ramírez, 2014) y una evaluación tiempo después de dicha intervención, como es el caso del presente estudio. En

cuanto a la consistencia interna se encontraron valores α de entre 0,90 y 0,93 para la ansiedad estado y entre 0,84 y 0,87 para la ansiedad rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Con la presente muestra se obtuvieron valores α para la ansiedad estado de 0,93 en la primera medición, 0,92 tras el tratamiento y 0,96 en el seguimiento. La ansiedad rasgo por su parte puntuó en α con 0,90, 0,92 y 0,93 respectivamente.

Procedimiento

Es un estudio cuasiexperimental con grupo de control no equivalente y asignación no aleatoria de participantes a los grupos. Cada participante eligió libremente si participaba y en qué grupo. De esta manera, nos ajustamos a las condiciones que se dan en la realidad del apoyo psicológico a personas con VIH, donde son ellas quienes deciden si participan en alguna actividad terapéutica y en cuál lo hacen. El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid evaluó y aprobó la investigación.

La selección de participantes, así como la organización y el trabajo logístico, se centralizó en la Asociación para la ayuda a personas con VIH y sida, Omsida, de Aragón. La captación de participantes se realizó con llamamientos a usuarios de Omsida, así como de otras asociaciones vinculadas al trabajo con personas con VIH y de los servicios sanitarios de Zaragoza, en concreto de las unidades de enfermedades infecciosas. Durante varios meses se realizaron las diversas convocatorias y entrevistas de selección/elección con las y los posibles participantes. En estas entrevistas se informó de los objetivos y procedimientos del presente trabajo para que decidieran voluntariamente si deseaban participar en el estudio. Los participantes del grupo de control/lista de espera fueron informados de que, tras contestar las tres baterías de cuestionarios, podrían participar en el grupo de terapia si así lo deseaban. Algunos de ellos lo hicieron durante el segundo año.

Todos los participantes cumplieron un documento de compromiso de participación y uno de consentimiento informado a la vez que realizaron la primera batería de cuestionarios (pre-intervención). Para las personas del grupo control se administró en los locales de Omsida, con la supervisión directa de la coterapeuta del grupo terapéutico. Para las del grupo terapéutico en el Centro Joaquín Roncal de la Fundación CAI-ASC al inicio del primero de los cuatro talleres del grupo.

El grupo de terapia realizó cuatro talleres de 12 horas, durante un fin de semana una vez al mes. Fue dirigida por un psicólogo experto en tratamiento psicológico con personas con VIH y una psicóloga coterapeuta. Una descripción ampliada de esta intervención se muestra más adelante. Al finalizar el último taller se volvió a aplicar la batería de cuestionarios (posintervención). Para el grupo de control se estableció un lapsus de entre cuatro y seis meses, según su disponibilidad, desde que contestaron a la primera batería para realizar una segunda medición. A ambos grupos se les volvió a administrar la batería a los cuatro meses de la segunda (seguimiento).

Todo lo expuesto se repitió exactamente igual un segundo año para ampliar el número de participantes en ambos grupos.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El programa de intervención del grupo terapéutico de base cognitivo conductual surgió de los estudios de Fuster (Biel 2011; Fuster, 2011; Fuster-RuizdeApodaca *et al.*, 2013; Fuster-RuizdeApodaca *et al.*, 2016): Una intervención grupal de 16 horas en un fin de semana con buenos resultados en reducción del estigma, mejora de la autoestima y la autoeficacia percibida, incremento de habilidades de afrontamiento primario y secundario y la calidad de vida.

El programa de intervención utilizado en el presente estudio se dividió en cuatro talleres de 12 horas impartidos en fin de semana, a razón de uno al mes. Cada taller tuvo tres sesiones de cuatro horas de duración. Una descripción detallada del contenido de los cuatro talleres puede apreciarse en el Anexo. En el primer taller se hizo énfasis en el estigma y la discriminación. Además, se introdujo el trabajo sobre la autoestima, las habilidades de comunicación y las de autocontrol emocional. En el segundo y tercer taller, el trabajo se dividió en autoestima en la primera sesión, habilidades de comunicación en la segunda y habilidades de autocontrol emocional en la tercera. En el cuarto taller se continuó con los trabajos de autoestima, habilidades de comunicación y autocontrol emocional y se amplió el contenido con Derecho Antidiscriminatorio y resolución de conflictos. Entre talleres se pidieron tareas para casa en consonancia con los contenidos tratados. El inicio de cada taller consistió en un repaso de dichas tareas y de las vivencias de las y los participantes durante el mes transcurrido.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el SPSS v. 22.0. Se evaluó mediante pruebas de normalidad la pertinencia o no de utilizar pruebas paramétricas para la comparación de las variables dependientes. Se realizó prueba Kolmogorov-Smirnov con la corrección de la significación de Lilliefors. Cuando la variable no superó la prueba de normalidad se transformó en logarítmica y se volvió a evaluar. En todos los casos fue posible utilizar pruebas paramétricas. Se estableció el nivel de significación en $p < 0,05$.

Se realizaron comparaciones intragrupos para las variables dependientes entre cada uno de los tres momentos de medición a través de la prueba *t* de Student para muestras relacionadas. También se calculó el tamaño del efecto (*d* de Cohen).

Finalmente, se realizaron comparaciones entre los dos grupos, en cada uno de los tres momentos de medición a través de la prueba *t* de Student para muestras independientes y se calculó el tamaño del efecto.

Resultados

En las tablas 2 y 3 pueden apreciarse las comparaciones de medias y tamaños del efecto del grupo de terapia y del grupo control, respectivamente, en cada uno de los tres momentos de medición. En la tabla 4 pueden apreciarse las comparaciones de medias y tamaños del efecto entre los grupos de terapia y control para cada uno de los tres momentos de medición.

Tabla 2
Comparación de medias y tamaños del efecto para las diferencias pre-pos, pos-seguimiento y pre-seguimiento del grupo de terapia

Variables	Pretest (n= 18)		Postest (n= 18)		Seguimiento (n= 18)		Pre-pos		Pos-seguimiento		Pre-seguimiento	
	M	DT	M	DT	M	DT	t	d	t	d	t	d
Estigma declarado ¹	54,1	16,9	41,6	18,4	37,6	13,1	-2,11*	-0,71	-1,09	-0,25	-3,23**	-1,09
Estigma interiorizado ¹	43,5	23,0	26,3	17,6	27,7	15,5	-3,20**	-0,84	0,61	0,09	-3,27**	-0,80
Depresión ²	18,1	10,4	10,2	7,7	11,2	10,2	-3,81**	-0,87	0,57	0,11	-2,85*	-0,67
Ansiedad estado ³	56,0	31,4	32,8	29,6	34,1	31,9	-2,96**	-0,76	0,19	0,04	-2,41*	-0,69
Ansiedad rasgo ³	59,3	32,7	51,3	31,5	42,7	33,6	-1,03	-0,25	-2,00^	-0,26	-2,33*	-0,50

Notas: ¹Las escalas miden 100 mm; ²Inventario de depresión de Beck II (BDI II), rango 0-63; ³Inventario de ansiedad estado rasgo (STAI), centil baremado. **p< 0,01; *p< 0,05; ^0,5< p< 0,1.

Tabla 3

Comparación de medias y tamaños del efecto para las diferencias pre-pos, pos-seguimiento y pre-seguimiento del grupo de control

Variables	Pretest (n= 18)		Postest (n= 18)		Seguimiento (n= 16)		Pre-pos		Pos-seguimiento		Pre-seguimiento	
	M	DT	M	DT	M	DT	t	d	t	d	t	d
Estigma declarado ¹	51,0	13,3	51,7	17,4	52,1	18,3	0,20	0,05	0,05	0,01	0,09	0,02
Estigma interiorizado ¹	33,3	19,9	35,3	24,1	34,1	21,9	0,42	0,09	-0,03	-0,01	-0,22	-0,04
Depresión ²	9,7	5,5	8,4	7,9	10,4	7,1	-0,93	-0,19	1,13	0,20	-0,04	-0,01
Ansiedad estado ^{3,a}	34,2	26,1	30,6	24,4	46,1	33,5	-0,60	-0,14	2,37*	0,41	1,30	0,36
Ansiedad rasgo ³	48,3	33,3	46,4	35,5	51,7	32,6	-0,47	-0,05	0,79	0,07	-0,30	0,04

Notas: ¹Las escalas miden 100 mm; ²Inventario de depresión de Beck II (BDI II), rango 0-63; ³Inventario de ansiedad estado rasgo (STAI), centil baremado. ^aLa variable no cumple el supuesto de normalidad en la medición del seguimiento. Los valores t y d se calculan con su transformación logarítmica de base 10, que sí cumple el supuesto. **p< 0,01; *0,1< p< 0,05.

Tabla 4
Comparación de medias y tamaño de efecto entre los grupos de terapia y control preintervención, posintervención y seguimiento

Variables	Preintervención				t	d	Posintervención				t	d	Seguimiento				t	d
	Grupo terapia (n=26)		Grupo control (n=24)				Grupo terapia (n=18)		Grupo control (n=18)				Grupo terapia (n=18)		Grupo control (n=16)			
	M	DT	M	DT			M	DT	M	DT			M	DT	M	DT		
Estigma declarado ¹	53,3	17,1	45,5	16,6	-1,62	-0,46	41,6	18,4	51,7	17,4	1,71 [^]	0,57	37,6	13,1	52,1	18,3	2,67*	0,92
Estigma interiorizado ¹	44,3	23,1	31,3	19,5	-2,15*	-0,61	26,3	17,6	35,3	24,1	1,28	0,43	27,7	15,5	34,1	21,9	0,98	0,34
Depresión ²	17,0	9,9	10,3	6,4	-2,82**	-0,79	10,2	7,7	8,4	7,9	-0,66	-0,22	11,2	10,2	10,4	7,1	-0,26	-0,09
Ansiedad estado ^{3,a}	53,9	32,0	35,5	27,5	-2,16*	-0,42	32,8	29,6	30,6	24,4	-0,25	-0,08	34,1	31,9	46,1	33,5	1,34	0,46
Ansiedad rasgo ³	62,8	29,9	47,8	34,4	-1,65	-0,47	51,3	31,5	46,4	35,5	-0,43	-0,14	42,7	33,6	51,7	32,6	0,79	0,27

Notas: ¹Las escalas miden 100 mm; ²Inventario de depresión de Beck II (BDI II), rango 0-63; ³Inventario de ansiedad estado rasgo (STAI), centil baremado. ^aLa variable no cumple el supuesto de normalidad en la medición del seguimiento. Los valores t y d se calculan con su transformación logarítmica de base 10, que sí cumple el supuesto. **p< 0,01; *p< 0,05; [^]0,5< p< 0,1.

Estigma declarado

El estigma declarado disminuyó significativamente en el grupo de terapia al finalizar el tratamiento ($p= 0,050$). Con un tamaño del efecto medio-grande. Continúo haciéndolo de forma no significativa en el seguimiento hasta resultar en una importante reducción entre la primera y la tercera medición ($p= 0,005$) con un tamaño del efecto grande.

Dentro del grupo de control, no se encontró ningún cambio entre ninguna de las mediciones del estigma declarado y el tamaño del efecto entre todas ellas fue casi nulo. El estigma declarado en este grupo se mantuvo estable durante toda la investigación.

Antes de la intervención, el estigma declarado del grupo de terapia parecía mayor que el del grupo control, pero no llegó a encontrarse una diferencia significativa ($p= 0,111$). Las puntuaciones de ambos grupos se invirtieron tras el periodo de tratamiento, aunque de nuevo las diferencias no cumplieron los criterios establecidos de significación ($p= 0,097$). Sólo en el seguimiento se encontró que los grupos eran diferentes ($p= ,011$). Al inicio de la investigación el tamaño del efecto es medio a favor del grupo control. Tras el tratamiento se torna en medio a favor del grupo de terapia y en grande en el seguimiento. Las reducciones que mostró el grupo de tratamiento en cada una de las mediciones, especialmente en el primer periodo, y la estabilidad encontrada en el grupo de lista de espera, terminaron dando diferencias significativas en la última medición.

Estigma interiorizado

Dentro del grupo de terapia el estigma interiorizado disminuyó significativamente al finalizar el tratamiento ($p= 0,005$), manteniendo el mismo nivel de significación de la reducción en el seguimiento. Los tamaños del efecto fueron grandes entre la primera y la segunda medición y entre la primera y la tercera.

Dentro del grupo de lista de espera no se encontró ningún cambio entre las mediciones del estigma interiorizado en ninguna de las tres mediciones, con tamaños del efecto prácticamente nulos en cada comparación. El estigma interiorizado en el grupo control se mantuvo estable.

Entre los grupos antes del tratamiento, el estigma interiorizado era significativamente mayor en el grupo de terapia ($p= 0,037$) con un tamaño del efecto medio. Al finalizar el tratamiento y en el seguimiento éste puntuó por debajo del grupo control sin que hubiera diferencias significativas ($p= 0,210$ y $p= 0,333$ respectivamente). El tamaño del efecto también fue medio, aunque esta vez invertido a favor del grupo de terapia. Por lo tanto, los peores resultados en estigma interiorizado del grupo de terapia antes de iniciar el tratamiento, se igualaron estadísticamente después del tratamiento y se mantuvieron así en el seguimiento.

Depresión

La depresión disminuyó claramente en el grupo de terapia al finalizar el tratamiento ($p= 0,001$) con un gran tamaño del efecto y se mantuvo reducida en el seguimiento ($p= 0,011$) con un tamaño del efecto medio.

En el grupo control no se encontró ningún cambio entre las tres mediciones de depresión. El tamaño del efecto es negativamente pequeño entre la primera y segunda medición, positivamente pequeño entre la segunda y tercera y nulo entre la primera y la tercera medición. La depresión en el grupo control se mantuvo estable.

En la primera medición, la depresión era significativamente mayor en el grupo de terapia ($p= 0,007$). Al finalizar el tratamiento ambos grupos se igualan ($p= 0,511$). En el seguimiento se mantienen igualados ($p= 0,797$). Por lo tanto, los mayores resultados en depresión del grupo de terapia antes de iniciar el tratamiento se igualaron estadísticamente después del tratamiento, y se mantuvieron así en el seguimiento. Como se pudo observar con los tamaños del efecto, que fueron grande antes del tratamiento, pequeño tras el tratamiento y muy pequeño en el seguimiento.

Ansiedad estado

En del grupo de terapia se observaron reducciones significativas entre la ansiedad estado pre y post ($p= 0,009$). Prácticamente sin diferencias entre el final del tratamiento y en el seguimiento ($p= 0,852$). Entre la primera y la tercera medición el cambio positivo se mantiene ($p= 0,028$). El tamaño del efecto muestra una reducción medio-grande entre antes y después del tratamiento y medio-grande entre la primera y la tercera.

Dentro del grupo control la variable ansiedad estado no superó la prueba de Kolmogorov-Smirnov en el seguimiento. Por ello se realizó su transformación logarítmica que sí permitió realizar las comparaciones con pruebas paramétricas. La ansiedad estado se mantuvo estable durante el periodo del tratamiento ($p= 0,553$), con un pequeño tamaño del efecto, tras lo que aumentó ($p= 0,032$), con un tamaño del efecto medio, en el periodo del seguimiento. Aunque las diferencias pre intervención – seguimiento no fueron significativas ($p= 0,212$) y el tamaño del efecto fue medio.

En la comparación entre grupos, las puntuaciones del grupo de terapia fueron significativamente mayores en ansiedad estado antes de iniciar el tratamiento ($p= 0,035$). Se igualaron estadísticamente después del tratamiento ($p= 0,807$) y se mantuvieron así en el seguimiento ($p= 0,191$). El tamaño del efecto es medio a favor del grupo control antes del tratamiento, pequeño después del tratamiento y medio a favor de grupo de terapia en el seguimiento.

Ansiedad rasgo

Dentro del grupo de terapia la ansiedad rasgo disminuyó moderada y no significativamente, con medio-pequeños tamaños del efecto, tanto después de la

intervención ($p= 0,317$), como entre el final de ésta y el seguimiento ($p= 0,062$). Al comparar los resultados anteriores al tratamiento y en el seguimiento sí aparece una reducción significativa ($p= 0,032$) y un tamaño del efecto medio.

Dentro del grupo control, la variable ansiedad rasgo no mostró ningún cambio entre las mediciones y el tamaño del efecto fue insignificante entre cada una de ellas.

En la primera medición la ansiedad rasgo fue más alta en el grupo de terapia sin alcanzar una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0,105$) y con un tamaño del efecto medio. Al finalizar el tratamiento ambos grupos se igualan ($p= 0,669$), con un pequeño tamaño del efecto. En el seguimiento se mantienen igualados ($p= 0,434$), con un tamaño del efecto medio-bajo, pero, esta vez, invertido a favor del grupo de terapia.

Discusión

Los resultados muestran que el grupo control mantiene estabilidad en sus puntuaciones en la mayoría de las variables, o algunas variaciones que este estudio no puede explicar, como el aumento de la ansiedad estado en el periodo de seguimiento. Teniendo en cuenta el reducido número de participantes, cabría suponer que, factores no controlados ni analizados en este estudio, como sucesos vitales importantes en algunos de los participantes, pudieron influir en tales variaciones.

El grupo de terapia mostró una constante e inequívoca evolución positiva en todas las variables analizadas. Durante el tratamiento mejoraron el estigma declarado, el estigma interiorizado, la depresión y la ansiedad estado. Todas las variables se mantuvieron en el seguimiento, incluso mejoraron, como en el caso del estigma declarado o la ansiedad rasgo.

La ansiedad rasgo, medida por el STAI, es la variable dependiente más equivalente a un rasgo de personalidad, y como tal, resistente al cambio y estable en el tiempo. Ya había sido probado antes que, este tipo de rasgos, se podían mejorar con terapia individual o grupal de larga duración (Carrasco, 1999; Linares-Ortiz, Robles-Ortega y Peralta-Ramírez, 2014). Una vez más queda avalada esta posibilidad.

Al comparar ambos grupos, se confirma que quienes decidieron participar en el grupo de terapia presentaban peores índices en buena parte de las variables evaluadas. Es decir, como sucede en la realidad, las personas que se encuentran relativamente bien, no hacen el esfuerzo de participar en un grupo de terapia. Antes de la intervención, las personas del grupo de terapia puntuaron peor en todas las variables, significativamente peor en estigma interiorizado, depresión y ansiedad estado.

Se sabe, aunque se ha publicado muy poco al respecto, que, después del habitual empeoramiento emocional tras el diagnóstico del VIH, el paso del tiempo ayuda a mejorar el bienestar emocional. Elías, Mendes y Mello (2012), hallaron peores niveles en todos los dominios del WHOQOL-120 HIV en las personas con menor tiempo desde el diagnóstico del VIH. Suárez, Peñate y Crespo (2009), encontraron peores registros en inteligencia emocional en personas recién

diagnosticadas, que en otras con diagnóstico de más de un año. En este estudio se confirma que, las personas que eligieron el grupo de tratamiento, y que estaban peor en todas las variables, tenían fechas de diagnóstico significativamente más recientes que las de quienes eligieron no participar en el grupo terapéutico. Véanse, por ejemplo, las puntuaciones medias y las desviaciones típicas del grupo control (Tabla 3) en el BDI II. Son prácticamente iguales a las encontradas en población general española en el estudio de Sanz, Perdígón y Vázquez (2003): n 470, M 9,4 DT 7,7. Frente a esas medidas, las arrojadas por el grupo de terapia (Tabla 4) antes de la intervención, eran claramente superiores ($p= 0,007$). Estos datos avalarían la idea, percibida por quienes trabajamos con personas con VIH, de que el paso del tiempo después del diagnóstico tiende a repercutir positivamente en su bienestar emocional. Más investigación al respecto resultaría de interés.

Tras el tratamiento todas las variables se igualaron entre ambos grupos. En el seguimiento la mejoría en las variables observada en el grupo de tratamiento llega a niveles de significación con respecto al grupo control en estigma declarado, que al inicio no había llegado a ser significativa entre los grupos.

Los tamaños del efecto dentro del grupo de terapia muestran cambios entre medios y grandes. Dentro del grupo de control cambios pequeños, insignificantes o de difícil explicación. Entre ambos grupos muestran una clara tendencia de efectos medios o pequeños a favor del grupo control antes del tratamiento, a efectos pequeños o medios a favor del grupo de terapia después del tratamiento y en el seguimiento.

La evolución de todas estas variables avala la eficacia de la intervención grupal planteada aquí. Igualando o mejorando los resultados de muchos de los grupos de terapia analizados en algunas revisiones (Honagodu, Krishna, Sundarachar y Lepping, 2013; Van der Heijden, Abrahams y Sinclair, 2017). El grupo que inicialmente estaba peor, tras un tratamiento grupal de cuatro meses, mejora o continúa mejorando en cada una de las variables estudiadas. El grupo control se mantiene estable, mientras que el grupo de terapia mejora en todas las variables y mantiene las mejorías en el seguimiento. Todas las puntuaciones, peores al inicio en el grupo de terapia se invierten al final del estudio para ser mejores en este grupo, excepto la depresión que queda igualada tras diferencias significativas al inicio. Aunque sólo el estigma declarado puntúa significativamente en estas diferencias finales.

Las limitaciones principales de este estudio son la asignación no aleatoria de los participantes en los grupos y el reducido número final de participantes. Ambos limitan la potencia de las conclusiones obtenidas. Otras variables, como la motivación por el tratamiento, las características personales, los eventos vitales importantes que ocurrieron durante el proceso, etc., podrían haber desempeñado un papel mayor que el estimado en los resultados obtenidos.

Los grupos de terapia son una herramienta económica y eficaz para ayudar a mejorar el estado emocional de los participantes. En el caso del VIH los datos así lo reflejan. Las limitaciones de este estudio están presentes también en muchas de las experiencias terapéuticas grupales con personas con VIH. Los grupos de terapia son conducidos desde ONG, en las que las personas con VIH se apuntan o no voluntariamente, generalmente en función de sus necesidades de apoyo emocional.

Si se decide estudiar la experiencia de estos grupos, lo frecuente es que a las ONG les resulte muy complicado encontrar grupos control equivalentes con distribuciones aleatorias. Esto les hace perder valor ante la comunidad científica. Sin embargo, representa la mayor validez externa, porque precisamente responde a la realidad. Quizá interesaría que la comunidad científica se replantease la actual devaluación de estos estudios. Otro de los factores que dificulta la realización de estudios experimentales más rigurosos sobre eficacia de grupos de terapia, es la escasez de profesionales de la psicología con formación y experiencia en terapia grupal, vinculados al sistema público de salud que atiende a las personas con VIH.

Finalmente, es importante señalar que las personas con VIH han representado desde los inicios de la infección un colectivo de pacientes especialmente activos y vinculados con la búsqueda de tratamientos. Profesionales socio-sanitarios y pacientes aprendieron de la mano a dar respuesta al VIH y al sida. Ayudar a reducir su estigma y mejorar su estado emocional contribuye a un mayor empoderamiento de estas personas, que posible y deseablemente contribuye, a su vez, a una mejor y mayor respuesta global ante la epidemia del VIH.

Referencias

- Adina, J. O., Maritim, E. K., Sindabi, A. M. y Disiye, M. A. (2017). Effect of cognitive therapy on depressive symptoms among HIV-infected outpatients in Kenya. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(2), 161-173.
- Aguirrezabal, A., Fuster, M. J. y Valencia, J. (dirs.) (2009). *Informe FIPSE. Integración laboral de las personas con VIH. Estudio sobre la identificación de las necesidades laborales y la actitud empresarial*. Madrid: FIPSE.
- Amin Wani, M. y Sankar, R. (2017). Stress, anxiety and depression among HIV/aids patients. *Research Gate*, 12(1), 87-97.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de depresión de Beck-II* (adaptación española: Sanz, J. y Vázquez, C.). Madrid: Pearson.
- Biel, D. (2011). *Análisis de la eficacia de una intervención cognitivo-conductual grupal dirigida a disminuir el impacto del estigma asociado al VIH* [Tesis DEA, Universidad Autónoma de Madrid, España] <http://abcpsicologia.es/reduccion-del-estigma-asociado-al-vih>
- Boily, M. C., Baggaley, R. F., Wang, L., Masse, B., White, R. G., Hayes, R. J. y Alary M. (2009). Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet Infectious Diseases Journal*, 9(2), 118-129. doi: 10.1016/S1473-3099(09)70021-0
- Carrasco, F. J., (1999). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema*, 11(1), 1-12.
- Carrobles, J. A., Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y estrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Centers for Disease Control and Prevention (1981). Pneumocystis pneumonia. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 30, 250-252.
- Division of HIV/AIDS Prevention, Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *HIV risk and prevention*. Georgia, AT: Autor.
- Edo, M. T. y Ballester, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 79-90. doi: 10.5944/rppc.vol.11.num.2.2006.4019

- Elias, B., Mendes, I. y Mello, A. M. (2012). Quality of life of people living with HIV/AIDS and its relationship with CD4+ lymphocytes, viral load and time of diagnosis. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(1), 75-84.
- Espada, J. P., González, M. T., Orgilés, M. y Morales, A. (2013). Validación de la "Escala multicomponente de fobia al sida" con adolescentes españoles. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21(3), 449-460.
- Feyissa, G. T., Lockwood, C., Woldie, M. y Munn, Z. (2018). Reducing HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings: a systematic review of guidelines, tools, standards of practice, best practices, consensus statements and systematic reviews. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 405-416. doi: 10.2147/JMDH.S170720
- Fox, J., White, P. J., Weber, J., Garnett, G. P., Ward, H. y Fidler, S. (2011). Quantifying sexual exposure to HIV within an HIV-serodiscordant relationship: development of an algorithm. *AIDS*, 15, 25(8), 1065-1082. doi: 10.1097/QAD.0b013e328344fe4a
- Fuster, M. J. (2011). *La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento* [Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España]. <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:Psicologia-MJfuster>
- Fuster, M. J., Molero, F., Gil de Montes, L., Vitoria, A., Aguirrezabal, A. y Kindelan, A. (2010). *Creencias y actitudes de la población española hacia las personas con VIH*. Madrid: FIPSE.
- Fuster-RuizdeApodaca, M. J., Benito, E., Poveda, A., Rohlf, I. y Sanpedro, E. (2018). Dimensión social del VIH y respuesta estatal. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 36(1), 10-14. doi: 10.1016/S0213-005X(18)30240-4
- Fuster-RuizdeApodaca, M. J., Molero, F., Biel, D. y Barranco, C. (2013). *Capacitación de las personas con VIH para afrontar el estigma y la discriminación. Manual de intervención*. Madrid: CESIDA.
- Fuster-RuizdeApodaca, M. J., Molero, F. y Ubillós, S. (2016). Assessment of an intervention to reduce the impact of stigma on people with HIV, enabling them to cope with it. *Anales de Psicología*, 32(1), 39-48. doi: 10.6018/analesps.32.1.192121
- Gaviria, A. M., Quiceno, J. M., Vinaccia, S., Martínez, L. A. y Otalvaro, M. C. (2009). Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia Psicológica*, 27(1), 5-13. doi: 10.4067/S0718-48082009000100001
- Grossman, C. I. y Stangl, A. L. (2013). Global action to reduce HIV stigma and discrimination. *Journal of the International AIDS Society*, 16(2), 1-5. doi: 10.7448/IAS.16.3.18881
- Gueler, A., Moser, A., Calmy, A., Günthard, H. F., Bernasconi, E., Furrer, H., Fux, C. A., Battegay, M., Cavassini, M., Vernazza, P., Zwahlen, M. y Egger, M. y Swiss HIV Cohort Study, Swiss National Cohort (2017). Life expectancy in HIV-positive persons in Switzerland: matched comparison with general population. *AIDS*, 31, 427-436. doi: 10.1097/QAD.0000000000001335
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C. y Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821. doi: 10.2105/AJPH.2012.301069
- Honagodu, A. R., Krishna, M., Sundarachar, R. y Lepping P. (2013). Group psychotherapies for depression in persons with HIV: a systematic review. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(4), 323-330. doi: 10.4103/0019-5545.120541
- Jalali, F., Hashemi, S. F. y Hasani, A. (2018). The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy in reducing craving among methamphetamine abusers living with HIV/AIDS. *Journal of Drug Abuse*, 4(2)9, 1-8. doi: 10.21767/2471-853X.100076
- Jayasvasti, I., Hiransuthikul, N., Pityaratstian, N., Lohsoonthorn, V., Kanchanatawan, B. y Triuangworawat, B. (2011). The effect of cognitive behavioral therapy and changes of depressive symptoms among thai adult HIV-infected patients. *World Journal of AIDS*, 1, 15-22. doi: 10.4236/wja.2011.12003

- Laparra, M., Zugasti, N., Martínez-Virto, L., Damonti, P., Arza, J., Lasheras, R., Azcona, P., Adndueza, I. y García, A. (2014). *Los perfiles de la discriminación en España: análisis de la encuesta CIS-3.000. Percepción de la discriminación en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Linares-Ortiz, J., Robles-Ortega, H. y Peralta-Ramírez, M. I. (2014). Modificación de la personalidad mediante una terapia cognitivo-conductual de afrontamiento al estrés. *Anales de Psicología*, 30(1), 114-122. doi: 10.6018/analesps.30.1.136281
- Logie, C. y Gadalla, T. M. (2009). Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. *AIDS Care*, 21(6), 742-753. doi: 10.1080/09540120802511877
- Ma, P. H. K., Chan, Z. C. Y. y Loke A. Y. (2019). Self-stigma reduction interventions for people living with HIV/AIDS and their families: a systematic review. *AIDS and Behavior*, 23(3), 707-741. doi: 10.1007/s10461-018-2304-1
- Mak, W. W. S., Mo, P. K. H., Ma G. Y. K. y Lam M. Y. Y. (2017). Meta-analysis and systematic review of studies on the effectiveness of HIV stigma reduction programs. *Social Science and Medicine*, 188, 30-40. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.06.045
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). *Vigilancia epidemiológica del VIH y sida en España 2017: sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH y registro nacional de casos de sida*. Área de vigilancia de VIH y comportamientos de riesgo. Plan nacional sobre el sida - D.G. de salud pública, calidad e innovación / Centro nacional de epidemiología - ISCIII. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo*, 31, 108-121.
- Nobakht, A., Mohraz, M., Rahimzadeh, M., Tehranizadeh, M., Behboodi-Moghadam, Z. y Esmaelzadeh-Saeieh, S. (2018). The effect of cognitive behavioural therapy on depression, anxiety, and stress in women with HIV. *HIV and AIDS Review*, 17(3), 218-223. doi: 10.5114/hivar.2018.78495
- ONUSIDA (2005). *Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH: estudios de caso de intervenciones exitosas*. ONUSIDA, Colección prácticas óptimas.
- Petoumenos, K., Huang, R., Hoy, J., Bloch, M., Templeton, D. J., Baker, D., Giles, M., Law, M. G. y Cooper, D. A. (2017). Prevalence of self-reported comorbidities in HIV positive and HIV negative men who have sex with men over 55 years. The australian positive & peers longevity evaluation study (APPLES). *PLoS ONE*, 12(9), e0184583. doi: 10.1371/journal.pone.0184583
- Rabkin, J. G. (2008). HIV and depression: 2008 review and update. *Current HIV/AIDS Reports*, 5, 163-171. doi: 10.1007/s11904-008-0025-1
- Ramiro, M. A. y Ramírez, P. (2016). Discriminación por razón de VIH: los casos de la Clínica Legal de la Facultad de Derecho de la Universidad de Alcalá y CESIDA en 2015. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 4(9), 45-54.
- Remor, E., Fuster, M. J., Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Fumaz, C., González-García, M., Ubillos-Landa, S., Aguirrezabal-Prado, A. y Molero, F. (2012). Development of a new instrument for the assessment of psychological predictors of well-being and quality of life in people with HIV or AIDS. *AIDS and Behavior*, 16, 2414-2423. doi: 10.1007/s10461-012-0230-1
- Rodger, A. J., Bruun, T., Weait, M., Vernazza, P., Collins, S., Estrada, V., Lunzen, J. V., Corbelli, G. M., Lampe, F., Phillips, A., Lundgren, J. y PARTNER study group. (2012). Partners of people on ART—a new evaluation of the risks (the PARTNER study): design and methods. *BMC Public Health*, 12, 296-302. doi: 10.1186/1471-2458-12-296

- Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., Corbelli, G. M., Degen, O., Estrada, V., Geretti, A. M., Beloukas, A., Phillips, A. N., Lundgren, J. y the PARTNER Study Group (2018, julio 23-27). Risk of HIV transmission through condomless sex in MSM couples with suppressive ART: the PARTNER2 study extended results in gay men. En P. Reiss y L. Bekker (Presidentes), *AIDS 2018 Co-chairs' choice* [Symposium]. 22nd International AIDS Conference (AIDS 2018), Amsterdam, Países Bajos.
- Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., Degen, O., Corbelli, G. M., Estrada, V., Geretti, A. M., Beloukas, A., Raben, D., Coll, P., Antinori, A., Nwoholo, N., Rieger, A., Prins, J. M., Blaxhult, A., Weber, R., Van Eeden, A., Brockmeyer, N. H., Clarke A., Del Romeo Guerrero, J., Raffi, F., Bogner, J. R., Wandeler, G., Gerstoft, J., Gutiérrez, F., Brinkman, K., Kitchen, M., Ostergaard, L., Leon, A., Ristola, M., Jessen, H., Stellbrink, H. J., Phillips, A. N., Lundgren, J. y PARTNER study group. (2019). Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet*, 15, 393(10189), 2428-2438. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30418-0
- Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., Lunzen, J., Corbelli, G. M., Estrada, V., Geretti, A. M., Beloukas, A., Asboe, D., Viciano, P., Gutierrez, F., Clotet, B., Pradier, C., Gerstoft, J., Weber, R., Westling, K., Wandeler, G., Prins, J. M., Rieger, A., Stoeckle, M., Kummerle, T., Bini, T., Ammassari, A., Gilson, R., Krznic, I., Ristola, M., Zangerle, R., Handberg, P., Antela, A., Allan, S., Phillips, A. N., Lundgren, J. y PARTNER study group. (2016). Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA*, 316(2), 1-11.
- Rodríguez, B., Barreales, S. y Tuesta, R. (2018). *Situación laboral de las personas con infección por el VIH en España*. Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Rueda, S., Mitra, S., Chen, S., Gogolishvili, D., Globerman, J., Chambers, L., Wilson, M., Logie, C. H., Shi, Q., Morassaei, S. y Rourke, S. B. (2016). Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ Open*, 6, 1-15. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011453
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en población general. *Clinica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. Madrid: TEA.
- Suárez, D., Peñate, A. y Crespo, Y. (2009). La inteligencia emocional en personas que viven con VIH. *Duazary*, 6(1), 10-25. doi: 10.21676/2389783X.688
- Stangl, A. L., Lloyd, J. K., Brady, L. M., Holland, C. E. y Baral, S. (2013). A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *Journal of the International AIDS Society*, 16(3 Supl. 2), 18734. doi: 10.7448/IAS.16.3.18734
- Stockton, M. A., Giger, K. y Nyblade, L. (2018). As coping review of the role of HIV-related stigma and discrimination in noncommunicable disease care. *PLoS ONE*, 13(6), 1-18. doi: 10.1371/journal.pone.0199602
- Stutterheim, S. E., Pryor, J. B., Bos, A. E. R., Hoogendijk, R., Muris, P. y Schaalma, H. P. (2009). HIV-related stigma and psychological distress: the harmful effects of specific stigma manifestations in various social settings. *AIDS*, 23, 2353-2357. doi: 10.1097/QAD.0b013e3283320dce
- Tesfaw, G., Ayano, G., Awoke, T., Assefa, D., Birhanu, Z., Miheretie, G. y Abebe, G. (2016). Prevalence and correlates of depression and anxiety among patients with HIV on-follow

- up at Alert Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Psychiatry*, 16(1),368. doi: 10.1186/s12888-016-1037-9
- UNAIDS (2014a). *Reduction of HIV-Related Stigma and Discrimination*. Ginebra: Autor.
- UNAIDS (2014b). *The Gap Report*. Ginebra: Autor.
- UNAIDS (2017). *Agenda for zero discrimination in health care settings*. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017ZeroDiscriminationHealthCare.pdf
- Vanable, P. A., Carey, M. P., Blair, D. C. y Littlewood, R. E. (2006). Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-Positive Men and Women. *AIDS and Behavior*, 10, 473-482. doi: 10.1007/s10461-006-9099-1
- Van der Heijden, I., Abrahams, N. y Sinclair, D. (2017). Psychosocial group interventions to improve psychological well-being in adults living with HIV. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD010806.pub2

RECIBIDO: 1 de junio de 2020

ACEPTADO: 19 de octubre de 2020

Anexo

Contenido del programa de intervención cognitivo conductual para personas con VIH

Taller 1. Taller de introducción
<p>Sesión 1. Viernes tarde (4 horas)</p> <ul style="list-style-type: none">a) Presentación breve del terapeuta y las y los participantes.b) Explicación breve sobre los talleres y la investigación.c) Explicación y cumplimentación de cuestionarios.d) Presentación de los participantes sus expectativas y explicación del programa.e) Explicación de los objetivos y contenidos del programa de intervención.f) Rueda grupal de identificación de las dificultades de las personas participantes.g) Rueda grupal sobre la percepción de estigma declarado de las y los participantes:<ul style="list-style-type: none">1) Termómetro.2) Ejemplos de discriminación.h) Explicación teórica sobre la situación actual del estigma en España, sus orígenes y consecuencias en las personas con VIH.i) Rueda de identificación de síntomas de estigma interiorizado en las y los participantes:<ul style="list-style-type: none">1) Explicación.2) Termómetro.3) Ejemplos personales y análisis grupal de sus orígenes e implicaciones.
<p>Sesión 2. Sábado mañana (4 horas)</p> <ul style="list-style-type: none">a) Breve exposición teórica de las implicaciones de la ocultación del estigma.b) Ejercicio grupal dirigido a analizar cuándo y a quién se desea revelar la condición y entrenamiento en estrategias de cómo hacerlo¹.<ul style="list-style-type: none">1) En el hipotético caso de que tuviera una buena reacción y acogida ¿a quién te gustaría decírselo? Escribe una lista. Coméntalo con un/a compañero/a. Ronda grupal.2) Estrategias útiles para revelarlo.3) Representación de papeles.c) Rueda grupal sobre situaciones personales experimentadas de estigma y afrontamiento del mismo. Escribir en post-its.d) Explicación teórica sobre formas de afrontamiento del estigma desde la perspectiva del afrontamiento del estrés.e) Ejercicio grupal de identificación de formas de afrontamiento de la situación de estigma vivida<ul style="list-style-type: none">1) Escribir más situaciones de estigma y su afrontamiento.2) Clasificar por tipo de afrontamiento en un panel.
<p>Sesión 3. Sábado tarde (4 horas)</p> <ul style="list-style-type: none">a) Debate grupal sobre la autoestima.b) Termómetro de autoestima.c) Exposición teórica sobre autoestima: concepto e importancia, características de la baja autoestima.d) Ejercicio de autoaceptación y autoestima: <i>Me quiero y me acepto tal y como soy, te quiero y te acepto tal y como eres.</i>e) Debate grupal sobre la comunicación y las habilidades de comunicación.f) Explicación teórica breve sobre la comunicación y las habilidades de comunicación.

¹ Ejercicio adaptado del "Stigma Toolkit" (International HIV/AIDS Alliance, 2007).

<ul style="list-style-type: none"> g) Ejercicios grupales sobre formas de comunicación eficaces e ineficaces para el afrontamiento del estigma: <i>Transmitir emociones con la mirada</i>. Representación de papeles: comunicar estatus serológico. h) Explicación teórica sobre el autocontrol emocional y su utilidad para el afrontamiento del estigma. i) Práctica de relajación.
Taller 2. Taller de tratamiento I
<p>Sesión 1. Viernes tarde (4 horas)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Rueda grupal de vivencias desde el último taller relacionadas con los contenidos del taller anterior, el estigma y el VIH. b) Recapitulación sobre autoestima y características de la baja autoestima. c) Ejercicio de identificación de las críticas personales como elemento definitorio de la baja autoestima. Análisis grupal de sus orígenes e implicaciones.
<p>Sesión 2. Sábado mañana (4 horas)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Explicación teórica sobre habilidades de comunicación: elementos clave en la comunicación, elementos que facilitan y dificultan la comunicación. b) Ejercicio grupal: lectura de la fábula "La ostra y el pez". Discusión grupal de aplicación de lo aprendido. c) Explicación teórica sobre habilidades de comunicación: Verbos clave en la comunicación. d) Representación de papeles de comunicación en una situación de discriminación y/o apertura sobre el estatus serológico propio. e) Explicación teórica sobre habilidades de comunicación y estilos de comunicación: la comunicación asertiva.
<p>Sesión 3. Sábado tarde (4 horas)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Exposición teórica: recapitulación rápida sobre el estrés y su afrontamiento. b) Presentación del modelo ABC. Explicación de los pasos para la discusión cognitiva de los pensamientos negativos. c) Ejemplificación de un ejercicio de rechazo de ideas irracionales para cada participante. d) Repaso de las tareas entre sesiones y cierre.
Taller 3. Taller de tratamiento II
<p>Sesión 1. Viernes tarde (4 horas)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Rueda grupal de vivencias desde el último taller relacionadas con los contenidos del taller anterior, el estigma y el VIH. b) Revisión de las tareas propuestas en el último taller. En caso necesario repaso. c) Recapitulación sobre autoestima y características de la autoestima positiva.
<p>Sesión 2. Sábado mañana (4 horas)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Lectura del cuento de las Pelusas Calientes y reflexión y debate sobre el mismo. b) Explicación del reconocimiento positivo la ley de economía de caricias. c) Ejercicio grupal de reconocimiento positivo y aceptación. d) Ejercicio grupal: Jactarse. e) Repaso de las habilidades de comunicación y la asertividad. f) Ejercicio grupal: identificación de respuestas asertivas, agresivas e inhibidas. g) Repaso sobre técnicas asertivas. h) Debate grupal sobre el comportamiento asertivo. i) Ejercicio grupal de identificación de situaciones de discriminación vividas y/o temidas. j) Representación de papeles de situaciones de discriminación y respuestas asertivas.
<p>Sesión 3. Sábado tarde (4 horas)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ejercicio de percepción sensorial (aproximación al mindfulness). b) Dialogo grupal sobre la experiencia.

- c) Representación de papeles de situaciones de discriminación y respuestas asertivas.
- d) Explicación de los derechos asertivos.
- e) Ejercicio individual de identificación de momentos en que se hacen valer o no los derechos asertivos.
- f) Exposición teórica: recapitulación rápida sobre el estrés y su afrontamiento y el modelo ABC.
- g) Identificación de las dificultades encontradas en los autorregistros.
- h) Repaso de las tareas entre sesiones y cierre.

Taller 4. Taller de cierre

Sesión 1. Viernes tarde (4 horas)

- a) Rueda grupal de vivencias desde el último taller relacionadas con los contenidos del taller anterior, el estigma y el VIH.
- b) Revisión de las tareas propuestas en el último taller. En caso necesario repaso.
- c) Ejercicio grupal sobre experiencias de discriminación.
- d) Exposición y debate sobre nociones de Derecho antidiscriminatorio y VIH.
- e) Ejercicio grupal de afrontamiento.

Sesión 2. Sábado mañana (4 horas)

- a) Revisión de la autocrítica y su influencia en la autoestima y los logros en la vida.
- b) Ejercicio grupal del cambiador.
- c) Ejercicio grupal de proyección positiva de futuro.

Sesión 3. Sábado tarde (4 horas)

- a) Exposición del procedimiento de planificación de metas y objetivos.
- b) Ejercicio grupal de planificación de metas y objetivos.
- c) Complimentación de cuestionarios.
- d) Repaso de tareas para casa, evaluación grupal de la experiencia de los talleres, despedida y cierre.