

## Evaluación de una intervención dirigida a reducir el impacto del estigma en las personas con VIH capacitándolas para afrontarlo

María J. Fuster-RuizdeApodaca<sup>1</sup>, Fernando Molero<sup>1</sup>, Silvia Ubillos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Psicología Social y de las Organizaciones, UNED <sup>2</sup>Departamento de Psicología Social, Universidad de Burgos (España).

**Resumen:** Este estudio tuvo como objetivo evaluar un programa de intervención dirigido a disminuir el impacto del estigma en las personas con VIH y a capacitarlas para afrontarlo. Se utilizó un diseño cuasi-experimental, con grupo control no equivalente, y prueba previa y posterior. Participaron 221 personas con VIH, 164 recibieron la intervención y 56 formaron parte de los grupos de control no equivalente. Las variables dependientes fueron la percepción de estigma—declarado e internalizado—, la autoestima, la percepción de autoeficacia, las estrategias de afrontamiento del estigma—control primario, secundario y de evitación—, y la calidad de vida. Se realizaron análisis de las varianzas (MANOVAS y ANOVAS) para comprobar las diferencias en el pre-test y en las puntuaciones diferenciales en ambos grupos, y análisis de la covarianza (MANCOVAS y ANCOVAS) para evaluar la eficacia del programa. Los resultados mostraron una reducción del estigma percibido y de las estrategias de evitación y, un incremento en la autoeficacia percibida para afrontar el estigma, en la disposición al uso de estrategias de aproximación y en la autoestima y la calidad de vida. Estos resultados indican que es posible capacitar a las personas con VIH para afrontar el estigma.

**Palabras clave:** Estigma; VIH; afrontamiento; calidad de vida; evaluación intervención.

**Title:** Assessment of an intervention to reduce the impact of stigma on people with HIV, enabling them to cope with it

**Abstract:** The goal of this study was to assess an intervention program to reduce the impact of stigma on people with HIV and to enable them to cope with it. A quasi-experimental design, with non-equivalent control group and pre- and posttest was used. Participants were 221 people with HIV, of whom 164 received the intervention and 56 made up the non-equivalent control groups. The dependent variables were perception of stigma—enacted and internalized—, self-esteem, perception of self-efficacy, strategies used to cope with stigma—primary control, secondary control, and avoidance—and quality of life. Analysis of variance (MANOVAS and ANOVAS) was conducted to determine pretest differences and differential scores in both groups, and analysis of covariance (MANCOVAS and ANCOVAS) was performed to assess the efficacy of the program. The results showed reduction of perceived stigma and avoidance strategies and an increase in perceived self-efficacy to cope with stigma, disposition to use approach strategies, self-esteem, and quality of life. These results indicate that it is possible to train people with HIV to cope with stigma.

**Key words:** stigma; HIV; coping; quality of life; intervention assessment.

### Introducción

Diferentes investigaciones han puesto de manifiesto que las personas con VIH constituyen uno de los colectivos más estigmatizados en todo el mundo. La percepción de gravedad de la infección, las creencias erróneas sobre la transmisión por contacto casual o social, y la controlabilidad del estigma (atribuciones de culpa a las personas con VIH), influyen en las actitudes prejuiciosas (Cao et al., 2010) y sitúan a las personas con VIH en un escenario de rechazo que acarrea grandes implicaciones en su salud psicológica, su salud física y su calidad de vida (Logie y Gadalla, 2009; Steward et al., 2011). En España, lugar donde se ha desarrollado el presente trabajo, las personas con VIH viven en un contexto social donde los prejuicios y la discriminación hacia ellas son una realidad documentada (Fuster, Molero, Gil de Montes, Agirrezabal, y Vitoria, 2013). Estas actitudes prejuiciosas se traducen en diferentes formas y expresiones de estigma que abarcan desde los ámbitos más íntimos a los más institucionales.

La literatura existente sobre estigmatización (ONUSIDA, 2002; Tsutsumi y Izutsu, 2010) señala la existencia de diferentes tipos estigma, entre ellos el estigma declarado y el estigma internalizado. El estigma declarado consiste en las experiencias reales de prejuicio y discriminación descritas por las personas estigmatizadas. Es decir, es el estigma que expresa la sociedad. Por su parte el estigma internalizado

consiste en la aceptación por parte de las personas con VIH del rechazo existente hacia ellos. Es decir, en la interiorización de las creencias y actitudes negativas que la sociedad mantiene sobre ellos. Esto se traduce en sentimientos de culpa, auto-desprecio, aislamiento, depresión, ansiedad o desesperanza que contribuyen al deterioro de su bienestar (Kalichman et al., 2009). La internalización del estigma guarda una estrecha relación con la autoestima (Bunn, Solomon, Millar, y Forehand, 2007). Berger, Ferrans y Lashley (2001) encontraron medidas de baja autoestima asociadas al estigma internalizado por VIH en aspectos como: sentirse sucio, no tan bueno como otros, ser mala persona por tener el VIH y sentimientos de vergüenza y culpa. Por su parte Visser, Kershaw, Makin y Forsyth (2008) hallaron correlaciones significativas entre altos niveles de estigma internalizado y baja autoestima, bajo apoyo social y depresión.

### El afrontamiento del estigma

Las personas estigmatizadas no son víctimas pasivas del prejuicio, sino que son personas activas que responden ante la estigmatización. Algunos autores han utilizado el marco teórico del afrontamiento del estrés para clasificar las estrategias de afrontamiento de los efectos del estigma. Por ejemplo, Miller (2004) clasifica estas estrategias según el modelo de afrontamiento de Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wadsworth (2001). Estos autores consideran que diferentes tipos de prejuicio pueden crear diferentes estresores para las personas estigmatizadas y pueden requerir tipos diferentes de afrontamiento. En este sentido, dividen las estrategias de afrontamiento en dos grandes grupos: es-

\* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:

María José Fuster Ruiz de Apodaca. C./ Juan del Rosal, 10, 28040. Madrid. (España). E-mail: [mjufuster@psi.uned.es](mailto:mjufuster@psi.uned.es)

trategias de aproximación o implicación y estrategias de evitación o desimplicación. Dentro de las primeras, se distinguirían, en primer lugar, el afrontamiento de Control Primario, en el que los esfuerzos van dirigidos a influenciar los eventos o condiciones objetivas que aumentan la sensación de control personal sobre el ambiente o las reacciones propias (Compas et al., 2001). Este tipo de afrontamiento incluye tanto estrategias dirigidas a resolver el problema como a regular las emociones o su expresión. En segundo lugar, el afrontamiento de Control Secundario, incluye los esfuerzos realizados para adaptarse a la situación, a cambiar el modo en que uno siente el hecho ocurrido. Finalmente, el afrontamiento de evitación conlleva esfuerzos para evitar el estresor (Miller, 2004). Este modelo no solo se ha estudiado en el afrontamiento del estigma en general, sino también en el caso concreto del afrontamiento del estigma por las personas con VIH (Fuster, 2011).

La literatura señala que existen varios factores que pueden moderar las estrategias que las personas estigmatizadas usan para afrontar el estrés derivado del estigma. Entre las más importantes se hallan el grado en que el estigma se puede ocultar y el grado en que la persona percibe control sobre el estigma o sobre sus respuestas (Miller y Major, 2000).

En España, el estudio de Fuster (2011) analizó el papel que jugaban estas variables en el proceso desde que la persona con VIH percibe o experimenta el estigma asociado a su condición, tanto el declarado como el internalizado, y sus efectos en la calidad de vida. Sus resultados mostraron, que tanto la percepción de estigma declarado como, en especial, los síntomas de estigma internalizado tenían un impacto negativo en la calidad de vida de las personas con VIH. En este último caso, el del estigma internalizado, el efecto negativo en la calidad de vida se producía a través de la mediación de las estrategias de afrontamiento, de la autoeficacia percibida para ello y también de la ocultación de la serología.

Uno de los desafíos en la investigación sobre el estigma es su reducción (Bos, Pryor, Reeder, y Stutterheim, 2013). Sin embargo, existe un limitado número de intervenciones que se dirijan a mejorar las estrategias de afrontamiento de la estigmatización en las personas con VIH (Sengupta, Banks, Jonas, Miles, y Smith, 2011). El hecho de que dichas personas afronten activamente el estigma, puede tener importantes beneficios en la calidad de sus vidas. Es por ello que, a partir de los resultados hallados en la literatura, se diseñó una intervención dirigida a disminuir el impacto del estigma en las personas con VIH y a capacitarlas para afrontarlo (Fuster, Molero, Biel, y Barranco, 2013). En concreto, el estudio tuvo como objetivo evaluar los efectos del programa dirigido a reestructurar creencias erróneas sobre la percepción de estigma declarado, reducir la internalización del estigma, aumentar la autoestima y la autoeficacia percibida para afrontar el estigma, identificar formas de afrontamiento, entrenar en habilidades concretas para hacerlo e incrementar la calidad de vida.

## Método

### Participantes

A lo largo de las tres ediciones de la intervención participaron 221 personas con VIH. De estas, 164 recibieron la intervención y 57 formaron parte de los grupos de control no equivalente. En la Tabla 1 se pueden consultar tanto las características sociodemográficas de las personas participantes, como los datos de participación en cada edición de la intervención. Los análisis de contingencias (Chi cuadrado de Pearson) y análisis de la varianza no evidenciaron diferencias significativas en ninguna de las variables socio-demográficas ( $p > .10$ ) en los grupos experimental y control.

### Diseño y procedimiento

El desarrollo del proyecto se llevó a cabo por CESIDA (Coordinadora Estatal de VIH-Sida). El personal técnico de esta organización se encargó de seleccionar a las personas participantes, de acuerdo a los criterios establecidos en el proyecto, a través de una entrevista personal. Estos criterios consistían en que las personas presentaran dificultades psicosociales derivadas del estigma tales como, aislamiento o falta de apoyo social, ansiedad, depresión, carga emocional derivada de la ocultación o cualquier otro síntoma derivado de la internalización del estigma. Asimismo este personal se encargó de seleccionar a personas con características similares a las que iban a recibir la intervención para formar parte de los grupos de control no equivalente.

Una vez seleccionadas las personas que cumplían los criterios, se les informó de los objetivos de la intervención y se obtuvo su consentimiento informado. Gracias a la financiación del Plan Nacional sobre el Sida (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales, e Igualdad), los participantes tenían todos los gastos de desplazamiento y manutención cubiertos. El estudio cumplió los valores éticos requeridos en la investigación con seres humanos, respetando los principios fundamentales incluidos en la Declaración de Helsinki (consentimiento informado y derecho de información, protección de datos personales y garantías de confidencialidad, no discriminación, gratuidad y posibilidad de abandonar el estudio en cualquiera de sus fases).

La intervención se evaluó a través de un diseño cuasi-experimental, con grupo control no equivalente, y prueba previa y posterior. Se aplicó una batería de instrumentos de evaluación a los participantes experimentales y control, con la finalidad de medir las variables dependientes. La medida pre-intervención de esta batería se administró a los participantes durante la entrevista de reclutamiento y una vez que firmaron el consentimiento informado. La medida post-intervención se cumplimentó al terminar las sesiones del taller, en un tiempo reservado para ello. El tiempo medio aproximado en el que se rellenó el cuestionario fue de 15 minutos.

### Variables evaluadas e instrumentos

La variable independiente de esta investigación consistió en el programa de intervención que se describe en el apartado siguiente. Las variables dependientes eran la percepción de estigma de las personas participantes –estigma declarado y estigma internalizado–, la autoestima, la percepción de autoeficacia para afrontar el estigma y las estrategias que usa-

ban para afrontarlo –de control primario, secundario y de evitación. En los dos últimos años de intervención se añadió la calidad de vida como variable dependiente. Esto llevó a modificar algunos de los instrumentos de medida para así simplificar la evaluación y no sobrecargar a las personas participantes con un excesivo número de ítems. A continuación se describen las variables dependientes y los instrumentos utilizados en las sucesivas ediciones.

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos y de participación.

	1ª edición	2ª edición	3ª edición
N total participantes	80	65	76
N grupo experimental	52	65	47
N grupo control	28	--	29
Cuestionarios válidos g. experimental	50	39	39
Cuestionarios validos g. control	22	--	17
Datos sociodemográficos			
Sexo (%)			
Hombre	63.8	80.6	76.9
Mujer	34.8	19.4	23.1
Transgénero	1.4	0	0
Edad (M±SD)	43.8 ± 6.9	39.5 ± 7.3	43 ± 7.7
Nivel de estudios			
Sin estudios	7.2	0	0
Primarios	37.1	27.8	34
Secundarios	41.4	41.7	37.7
Superiores	14.3	30.6	22.6
Situación laboral			
Trabaja con contrato	20.8	45.7	30.2
Trabaja sin contrato	8.3	5.7	3.8
No trabaja	70.8	48.6	66
Orientación sexual			
Heterosexual	63.9	30.6	50
Homosexual	22.2	58.3	38.5
Bisexual	6.9	5.6	5.8
Prefiere no contestar	6.9	5.6	5.8
Vía de transmisión			
Relación sexual	40.3	71.4	62.3
Material inyección	27.8	8.6	15.1
Transfusión	1.4	2.9	1.9
No lo sabe	29.2	14.3	20.8
Otras	1.4	2.9	0
Tiempo infección (M±SD)	14.7 ± 7.8	7.14 ± 7	10.8 ± 7.6

*Estigma percibido.* En la primera edición del proyecto, se utilizó la versión revisada y reducida (Bunn et al., 2007) de la escala de estigma de Berger et al. (2001). Esta escala que consta de 30 ítems, está compuesta por cuatro factores (Estigma Personalmente Percibido, Preocupaciones relacionadas con la Ocultación, Auto-Imagen Negativa y Preocupación por las Actitudes Públicas de Rechazo) y tiene un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos. Esta escala se ha adaptado y utilizado en personas con VIH en España y se ha obtenido evidencias de validez de constructo (Fuster, 2011). En este estudio, se halló una estructura factorial de segundo orden compuesto por dos dimensiones latentes relacionadas con el Estigma Declarado y el Estigma Internalizado. La consistencia interna de la dimensión de Estigma Declarado en la primera edición fue de  $\alpha = .88$  y  $\alpha = .86$ , y en la de Es-

tigma Internalizado de  $\alpha = .80$  y  $\alpha = .79$ , en las medidas previa y posterior a la intervención respectivamente.

En las dos últimas ediciones del proyecto, se utilizaron dos facetas de la batería de predictores psicológicos de la calidad de vida de las personas con VIH en España (Remor et al., 2012). Estas facetas evaluaban dos dimensiones del estigma: el Estigma Declarado y el Estigma Internalizado. La faceta de Estigma Declarado estaba compuesta por cuatro ítems y la de Estigma Internalizado por seis ítems. Estos ítems tenían un formato de respuesta visual analógica de 10 cm. La consistencia interna de la dimensión del Estigma Declarado fue  $\alpha = .46$  en el pre-test y  $\alpha = .61$  en el post-test, y en el caso del Estigma internalizado se situó en  $\alpha = .79$  tanto antes como después de la intervención.

*Afrontamiento del estigma.* Se utilizó la escala diseñada por Fuster (2011) que consta de 25 ítems. Esta escala había ob-

tenido evidencias de validez de constructo. Su estructura interna constaba de tres factores relacionados con las estrategias de Control Primario, Secundario y Evitación. Esta escala tenía un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos. Por su parte, la consistencia interna de los factores tomando las tres ediciones de la intervención en conjunto fueron los siguientes para las medidas pre y post intervención:  $\alpha = .78$  y  $\alpha = .79$  para el Afrontamiento de Control Primario,  $\alpha = .66$  y  $\alpha = .70$  para el Afrontamiento de Control Secundario, y  $\alpha = .37$  y  $\alpha = .30$  para el Afrontamiento de Evitación.

**Autoestima.** Esta variable dependiente se midió en la primera edición a través de una escala visual analógica con dos palabras ancladas en los extremos (“tengo la autoestima muy baja”-“tengo la autoestima muy alta”). En las dos últimas ediciones del proyecto, se utilizaron los ítems de la faceta de Autoestima de batería de predictores psicosociales de la calidad de vida de Remor et al. (2012). Esta dimensión estaba compuesta por tres ítems con formato de respuesta visual analógica de 10 cm. La consistencia interna de la escala en el pre-test fue de  $\alpha = .77$  y en el post-test de  $\alpha = .82$ .

**Autoeficacia percibida para afrontar el estigma.** Se utilizó la escala diseñada en el estudio de Fuster (2011). El constructo de esta escala se validó también mediante análisis factorial confirmatorio, mostrando los resultados una estructura unidimensional de primer orden. La escala, compuesta por cuatro ítems, tenía un rango de respuesta tipo Likert de 4 puntos. La consistencia interna osciló entre  $\alpha = .81$  en el pre-test y  $\alpha = .71$  en el post-test.

**Calidad de Vida.** En las dos últimas ediciones del proyecto se midió la calidad de vida de las personas participantes con el cuestionario de Calidad de Vida de Ruiz y Baca (1993). Esta escala estaba compuesta por 39 ítems y medía cuatro factores de la calidad de vida: Apoyo Social, Satisfacción General, Bienestar Físico y Psicológico y Ausencia de sobrecarga laboral/Tiempo Libre. Dado que en la población de personas con VIH un gran porcentaje no trabaja por motivos de salud u otros (Agirrezabal, Fuster, y Valencia, 2009; Oliva, 2010), se decidió prescindir de los ítems que hacían

referencia al ámbito laboral. La escala quedó compuesta por 20 ítems medidos en escala Likert de cinco puntos. La consistencia interna conjunta para las dos ediciones en que se utilizó esta escala en las medidas pre y post intervención fueron las siguientes:  $\alpha = .90$  y  $\alpha = .90$  para la escala total,  $\alpha = .79$  y  $\alpha = .78$  para el factor de Bienestar Físico y Psicológico,  $\alpha = .83$  y  $\alpha = .85$  para el factor Satisfacción General, y  $\alpha = .82$  y  $\alpha = .81$  para el factor Apoyo Social.

Se incluyó también un apartado de datos socio-demográficos y sanitarios.

### Descripción de la intervención

El programa de intervención se desarrolló durante tres años, en cinco ciudades españolas diferentes cada año. Se llevó a lo largo de un fin de semana en cada ciudad. Tenía una duración de 16 horas, distribuidas en cuatro sesiones de cuatro horas. La media de participantes por sesión fue de 12 personas.

El programa combinaba explicaciones y técnicas de dinámica de grupos para trabajar con las implicaciones del estigma desde una perspectiva psicosocial, con técnicas cognitivo-conductuales e información educativa sobre aspectos jurídicos. Las sesiones tenían los siguientes objetivos. La primera sesión se dirigía a evaluar la percepción de estigma de los participantes, reestructurar creencias erróneas existentes al respecto y analizar las consecuencias del estigma con especial detenimiento en el estigma internalizado y sus síntomas. La segunda sesión, tenía una primera parte dirigida a potenciar la autoestima, y una segunda, dirigida a identificar y explicar diferentes formas de afrontamiento del estigma. La tercera sesión tenía como objetivo entrenar en diferentes habilidades para afrontar el estigma: capacitación legal, habilidades de comunicación y habilidades de auto-control emocional. Se finalizaba la intervención con un ejercicio sobre planificación de objetivos personales y una evaluación grupal cualitativa. En el Cuadro 1 se muestra un resumen de la agenda de cada sesión del tratamiento.

**Cuadro 1.** Contenido de las sesiones del programa de intervención.

#### SESIÓN 1.

##### *Primera parte. Presentación.*

- a) Presentación del/la terapeuta.
- b) Presentación de los participantes y explicación de sus expectativas con el programa de intervención.
- c) Explicación de los objetivos y contenidos del programa de intervención.
- d) Rueda grupal de identificación de las dificultades de las personas participantes.

##### *Segunda parte. Estigma y discriminación, características y consecuencias.*

- a) Rueda grupal sobre la percepción de estigma declarado de las y los participantes.
- b) Explicación teórica sobre la situación actual de estigma en España, sus orígenes y consecuencias en las personas con VIH.
- c) Rueda de identificación de síntomas de estigma internalizado en las y los participantes. Análisis grupal de sus orígenes e implicaciones.
- d) Breve exposición teórica de las implicaciones de la ocultación del estigma.
- e) Ejercicio grupal dirigido a analizar cuándo y a quién se desea revelar la condición y entrenamiento en estrategias de cómo hacerlo.

#### SESIÓN 2.

##### *Primera parte. Entrenamiento en autoestima.*

- a) Ejercicio grupal dirigido a identificar y valorar la autoestima por cada participante.
- b) Exposición teórica sobre autoestima: concepto e importancia, 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.

- d) Exposición teórica sobre autoestima: características de la autoestima positiva y formas de mejorarla.
- e) Ejercicio grupal sobre identificación de cualidades personales.

*Segunda parte. El afrontamiento del estigma.*

- a) Rueda grupal de identificación de situaciones personales experimentadas de estigma.
- b) Ejercicio grupal de identificación de formas de afrontamiento de la situación de estigma vivida.
- c) Explicación teórica sobre formas de afrontamiento del estigma desde la perspectiva del afrontamiento del estrés.

### SESIÓN 3

*Primera parte. Habilidades para afrontar el estigma: habilidades de comunicación.*

- a) Ejercicio grupal sobre situaciones de discriminación vividas.
- b) Explicación sobre el concepto de discriminación y distinción de otras formas de rechazo social
- c) Ejercicio grupal sobre formas de reacción a la situación vivida.
- d) Explicación teórica sobre los Derechos Fundamentales (DDFF) y sobre el ámbito de aplicación del derecho antidiscriminatorio. Distinción con otras formas de protección social y explicación sobre ellas: acción colectiva, política, información, educación.
- e) Ejercicio grupal de entrenamiento en habilidades y conocimientos de aplicación de Derecho Antidiscriminatorio y DDFF a tres situaciones de discriminación habituales.
- f) Ejercicio final de recopilación y evaluación: concretar en la experiencia personal lo aprendido.

*Segunda parte: habilidades para afrontar el estigma: habilidades de comunicación.*

- a) Explicación teórica sobre habilidades de comunicación: elementos clave en la comunicación, elementos que facilitan y dificultan la comunicación, estilos de comunicación: la comunicación asertiva.
- b) Ejercicio grupal: lectura de la fábula “La ostra y el pez”. Discusión grupal de aplicación de lo aprendido.
- c) Ejercicio grupal mediante role-playing de aplicación de las habilidades de comunicación a la confrontación verbal asertiva de las situaciones de estigma experimentadas.
- d) Puesta en común final.

### SESIÓN 4

*Primera parte. Habilidades para afrontar el estigma: técnicas de auto-control emocional.*

- a) Exposición teórica: el estrés y sus consecuencias, el estigma como estresor. Formas de hacer frente al estrés.
- b) Entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional:
  1. Presentación del modelo ABC
  2. Explicación de los pasos para la discusión cognitiva de los pensamientos negativos. Ejemplificación de un ejercicio de rechazo de ideas irracionales.
  3. Explicación de la importancia de utilizar pensamientos positivos para el afrontamiento.
  4. Ejercicio grupal de relajación progresiva y visualización.

*Segunda parte. Planificación de objetivos y cierre del taller.*

- a) Breve exposición teórica sobre los pasos para planificar objetivos y metas personales.
- b) Rueda grupal de identificación de objetivos concretos por los participantes para después del taller.
- c) Rueda grupal final de evaluación del taller.

## Análisis de datos

En primer lugar, se realizaron análisis exploratorios a fin de detectar datos ausentes y atípicos o extremos, así como el cumplimiento de los supuestos estadísticos necesarios de las técnicas de análisis multivariante. Se eliminaron los cuestionarios de los participantes en los que no se pudieron recabar los pares de cuestionarios previos y posteriores a la intervención. En el caso de los cuestionarios que presentaron valores perdidos inferiores al 25% de los ítems de las escalas, estos se sustituyeron a través de un procedimiento de imputación múltiple bajo el modelo normal multivariado. En la tabla 1 se puede consultar los cuestionarios que quedaron válidos para el análisis en cada una de las ediciones del proyecto.

Para evaluar el efecto de la intervención, se realizaron los siguientes análisis. En todos los casos, se aplicaron análisis de las varianzas (MANOVAS y ANOVAS) para: a) comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental y control en el pre-test y, b) verificar si existían diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones diferenciales o de cambio (puntuaciones en el post-test – puntuaciones en el pre-test) de ambos grupos. Además se aplicaron análisis

de la covarianza (MANCOVAS y ANCOVAS) para estimar la eficacia el programa, controlando las puntuaciones obtenidas en el pre-test. Se halló también el tamaño del efecto de las diferencias de medias. Se utilizó el programa estadístico para Ciencias Sociales SPSS-pc para Windows (v.18.0).

## Resultados

Aunque todas las variables se midieron en todas las ediciones, excepto la calidad de vida (en las dos últimas), algunas de ellas se evaluaron con escalas diferentes, como la autoestima y el estigma. Por ello, se presentan tres bloques de resultados que hacen referencia a: a) variables específicas de la primera edición (autoestima y estigma) que se midieron con escalas diferentes al resto de las ediciones (ver instrumentos de medida), b) datos derivados de las variables comunes a las dos últimas ediciones (estigma, autoestima y calidad de vida) y, c) datos derivados de las variables comunes a las tres ediciones (estrategias de afrontamiento y autoeficacia).

### Resultados de la evaluación de las variables específicas de la primera edición del programa de intervención

En primer lugar, se examinaron los efectos del programa de intervención en las variables específicas de la primera edición del programa (estigma y autoestima). La prueba de esfericidad Bartlett resultó estadísticamente significativa (prueba de esfericidad Bartlett:  $\chi^2 = 145.092$ ,  $p < .001$ ), lo que indicó que existía correlación suficiente entre las medidas dependientes para aplicar el MANOVA a las puntuaciones obtenidas en el pre-test. Debido a que la prueba Box fue significativa ( $p < .050$ ), es decir que las matrices de covarianzas de las variables dependientes eran diferentes en los dos grupos (experimental y control), se utilizó el estadístico Traza de Pillai para evaluar los efectos multivariados. Los resultados indicaron que no existían diferencias significativas entre el grupo experimental y control en las puntuaciones obtenidas en el pre-test en ambas variables, Traza de Pillai = .013,  $F(2,69) = .46$ ,  $p > .10$ . Los ANOVAS aplicados confirmaron que no había diferencias significativas en las medias obtenidas en ninguna de las variables dependientes antes de la intervención (Tabla 2).

El MANOVA aplicado a las puntuaciones de cambio de ambos grupos (prueba de esfericidad Bartlett:  $\chi^2 = 155.321$ ,  $p < .001$ ), tomando como criterio la Traza de Pillai, indicó la influencia del programa en la variable dependiente formada por el estigma y la autoestima, Traza de Pillai = .189,  $F(2,69) = 8.04$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .189$  (prueba de Box:  $p < .050$ ). Los resultados obtenidos con el MANCOVA (prueba de esfericidad Bartlett:  $\chi^2 = 163.236$ ,  $p < .001$ ), tomando como covariables las puntuaciones del pre-test fueron similares, Traza de Pillai = .225,  $F(2,67) = 9.70$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .225$  (prueba de Box:  $p < .050$ ). El tamaño del efecto se podía considerar relativamente fuerte.

Tanto los ANOVAS como los ANCOVAS aplicados a cada una de las puntuaciones de cambio arrojaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimental y control en todas las variables. Los participantes del grupo experimental, comparados con los del grupo control, experimentaron una reducción en el estigma, tanto declarado<sup>1</sup> como internalizado, y una mejoría en la autoestima. Los tamaños del efecto fueron de moderados a fuertes en el caso del estigma total, y particularmente en el estigma internalizado (Tabla 2).

### Resultados de la evaluación de las variables comunes a las dos últimas ediciones del programa de intervención

En segundo lugar, se comprobaron los resultados del programa de intervención en las variables con medidas comunes en las dos últimas ediciones del programa -estigma,

autoestima y calidad de vida-. Como en el caso anterior, se aplicó el MANOVA al conjunto de todas las puntuaciones obtenidas antes de la intervención (prueba de esfericidad Bartlett:  $\chi^2 = 597.724$ ,  $p < .001$ ). Los resultados mostraron que no existían diferencias significativas entre el grupo experimental y control en el pre-test, Traza de Pillai = .072,  $F(4,90) = 1.74$ ,  $p > .10$  (prueba de Box:  $p < .010$ ). Como se puede observar en la Tabla 3, los análisis de la varianza (ANOVA) aplicados a cada una de las puntuaciones en el pre-test confirmaron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y control en ninguna de las variables dependientes.

A continuación se aplicó un MANOVA a las puntuaciones diferenciales obtenidas por los grupos experimental y control (prueba de esfericidad Bartlett:  $\chi^2 = 661.275$ ,  $p < .001$ ). Los resultados confirmaron que el cambio fue significativo, Traza de Pillai = .156,  $F(4,90) = 4.15$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .156$  (prueba de Box:  $p < .001$ ). El MANCOVA (prueba de esfericidad Bartlett:  $\chi^2 = 633.762$ ,  $p < .001$ ) en el que se tomaron como covariables las puntuaciones obtenidas en el pre-test, dio lugar al mismo resultado, Traza de Pillai = .141,  $F(4,86) = 3.54$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .141$  (prueba de Box:  $p < .001$ ). Los tamaños de los efectos de ambos análisis fueron moderados.

<sup>1</sup> En el ANOVA no se encontraron diferencias significativas, aplicando criterios estrictos:  $p < .001$

En la Tabla 3 se puede comprobar que sólo los ANCOVAS de las puntuaciones diferenciales de las dos condiciones resultaron significativos en la calidad de vida en general y en sus dimensiones de satisfacción<sup>2</sup> y bienestar físico y psicológico, así como en el estigma internalizado. Los tamaños del efecto en general se podían considerar bajos.

### **Resultados de la evaluación de las variables comunes a las tres ediciones del programa de intervención**

Finalmente, se analizó el efecto del programa en las variables con medidas comunes a las tres ediciones en las que se impartió el programa de intervención: autoeficacia y afrontamiento de control primario, secundario y de evitación. El MANOVA (prueba de esfericidad Bartlett:  $\chi^2 = 94.623$ ,  $p < .001$ ) dio como resultado la existencia de diferencias entre ambas condiciones antes de la intervención, Lambda de Wilks = .913,  $F(4,162) = 3.84$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .087$  (prueba Box:  $p > .10$ ). Como se puede observar en la tabla 4, los resultados obtenidos con el análisis de varianza (ANOVA) aplicado a cada una de las puntuaciones en el pre-test reflejaron que existían diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y control en autoeficacia. Así pues, el grupo control partía de puntuaciones superiores al grupo experimental.

Para comprobar la eficacia del programa en estas variables se procedió a aplicar un MANOVA al conjunto total de puntuaciones diferenciales (prueba de esfericidad Bartlett:  $\chi^2 = 114.180$ ,  $p < .001$ ). Los resultados mostraron que existían diferencias significativas entre el grupo experimental y el control en el conjunto de las puntuaciones de cambio de las cuatro variables (autoeficacia, afrontamiento de control primario, secundario y de evitación), Lambda de Wilks = .833,  $F(4,162) = 8.13$ ,  $p < .0001$ ,  $\eta^2 = .17$  (prueba de Box:  $p > .050$ ). El tamaño del efecto hallado se podía considerar moderado. Asimismo, el MANCOVA (prueba de esfericidad Bartlett:  $\chi^2 = 94.631$ ,  $p < .001$ ) realizado con las puntuaciones en el pre-test como covariables, arrojó el mismo resultado, Lambda de Wilks = .857,  $F(4,158) = 6,60$ ,  $p < .0001$ ,  $\eta^2 = .143$ .

---

<sup>2</sup> El ANOVA también dio como resultado que existían diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y control.

**Tabla 2.** Estadísticos descriptivos, análisis de la varianza y de la covarianza en las variables dependientes de la primera edición del programa.

Variable	Grupo Experimental						Grupo Control						Experimental-Control				
	Pre-test		Post-test		Post-Pre		Pre-test		Post-test		Post-Pre		ANOVA		ANCOVA		
	(n = 50)		(n = 50)		(n = 50)		(n = 22)		(n = 22)		(n = 22)		Pre-test		Post-Pre		
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	η <sup>2</sup>	F(1,69)	η <sup>2</sup>
Autoestima	4.84	2.23	6.77	2.39	1.93	2.38	5.42	3.58	5.64	2.94	.22	3.18	5.22 <sup>a</sup>	6.38*	.084	5.91*	.079
Estigma total	2.42	0.58	2.01	.39	-.41	.51	2.29	.63	2.31	.61	.01	.29	.74	13.46 <sup>b***</sup>	.161	15.94 <sup>***</sup>	.188
Estigma declarado	2.44	0.65	2.11	.52	-.33	.58	2.35	.67	2.37	.70	.02	.28	.27	7.15 <sup>b**</sup>	.093	7.83 <sup>**</sup>	.102
Estigma internalizado	2.41	0.63	1.91	.40	-.50	.54	2.24	.68	2.25	.65	.01	.38	1.11	15.69 <sup>***</sup>	.183	18.45 <sup>***</sup>	.211

<sup>a</sup> ANOVAs (pre-test), <sup>b</sup> ANOVAs (puntuaciones diferenciales): Como las pruebas de Levene sobre la igualdad de las varianzas fueron significativas ( $p < .050$ ), el nivel de significatividad se estableció en  $p < .001$ .

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

**Tabla 3.** Estadísticos descriptivos, análisis de la varianza y de la covarianza en las variables dependientes comunes a las dos últimas ediciones del programa.

Variable	Grupo Experimental						Grupo Control						Experimental-Control				
	Pre-test		Post-test		Post-Pre		Pre-test		Post-test		Post-Pre		ANOVA		ANCOVA		
	(n = 78)		(n = 78)		(n = 78)		(n = 17)		(n = 17)		(n = 17)		Pre-test		Post-Pre		
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	η <sup>2</sup>	F(1,92)	η <sup>2</sup>
Calidad de vida	3.38	.64	3.69	.56	.31	.49	3.37	.45	3.35	.55	-.02	.24	.002 <sup>a</sup>	7.24 <sup>b***</sup>	.072	9.60 <sup>**</sup>	.095
CV bienestar físico y psicológico	3.40	.75	3.77	.66	.37	.59	3.35	.59	3.29	.65	-.06	.39	.068	8.02 <sup>b**</sup>	.079	11.67 <sup>***</sup>	.113
CV Satisfacción	3.11	.70	3.49	.68	.37	.58	3.17	.54	3.07	.74	-.09	.37	.085	10.20 <sup>**</sup>	.099	11.37 <sup>***</sup>	.110
CV Apoyo Social	3.62	.79	3.83	.69	.21	.61	3.59	.49	3.68	.59	.09	.25	.020 <sup>a</sup>	.605 <sup>b</sup>	.006	.957	.010
Autoestima	60.30	20.09	70.90	18.15	10.60	19.33	68.29	11.66	68.53	11.78	.24	7.56	2.492 <sup>a</sup>	4.69 <sup>b*</sup>	.048	2.30 <sup>c</sup>	.024
Estigma declarado	58.33	17.86	43.43	19.53	-14.90	23.42	54.09	14.10	51.31	15.53	-2.78	11.05	.843	4.32 <sup>b*</sup>	.044	3.48 <sup>c</sup>	.036
Estigma internalizado	52.97	22.08	32.11	19.97	-20.86	27.27	41.35	26.71	42.78	22.48	1.43	14.42	3.577	10.64 <sup>b**</sup>	.103	6.82 <sup>*</sup>	.069

<sup>a</sup> ANOVAs (pre-test) <sup>b</sup> ANOVAs (puntuaciones diferenciales) y <sup>c</sup> ANCOVAS (puntuaciones diferenciales): Como las pruebas de Levene sobre la igualdad de las varianzas fueron significativas ( $p < .050$ ), el nivel de significatividad se estableció en:  $p < .001$ .

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Como se puede comprobar en la Tabla 4, tanto los ANOVAS de las puntuaciones de cambio como los ANCOVAS, en los que se tiene en cuenta las puntuaciones del pre-test, confirmaron que las medias del afrontamiento de control primario, secundario, de evitación y de la autoeficacia del grupo experimental diferían significativamente de las

del grupo control. Es decir, las personas que participaron en el programa de intervención incrementaron de forma significativa las puntuaciones del afrontamiento de control primario, secundario y autoeficacia, y disminuyeron las del afrontamiento de evitación. Los tamaños del efecto fueron relativamente bajos.

**Tabla 4.** Estadísticos descriptivos, análisis de la varianza y análisis de la covarianza en las variables dependientes comunes a las tres ediciones del programa.

Variable	Grupo Experimental						Grupo Control						Experimental-Control				
	Pre-test		Post-test		Post-Pre		Pre-test		Post-test		Post-Pre		ANOVA		ANCOVA		
	(n = 128)		(n = 128)		(n = 128)		(n = 39)		(n = 39)		(n = 39)		Pre-test		Post-Pre		
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	η <sup>2</sup>	F(1,165)	η <sup>2</sup>
Afrontamiento control primario	2.32	.58	2.60	.58	.28	.44	2.51	.54	2.48	.57	-.03	.29	3.36	17.73 <sup>b***</sup>	.097	14.16 <sup>***</sup>	.079
Afrontamiento control secundario	2.79	.54	3.05	.50	.26	.44	2.63	.52	2.63	.55	-.01	.43	2.48	11.25 <sup>**</sup>	.064	20.38 <sup>***</sup>	.111
Afrontamiento de evitación	2.38	.60	2.18	.54	-.20	.59	2.20	.65	2.30	.67	.10	.63	2.67	7.56 <sup>**</sup>	.044	4.80 <sup>*</sup>	.028
Autoeficacia	2.39	.70	2.75	.60	.36	.68	2.67	.79	2.53	.65	-.14	.66	4.46 <sup>*</sup>	16.65 <sup>***</sup>	.092	12.05 <sup>**</sup>	.068

<sup>b</sup> ANOVAS (puntuaciones diferenciales): Como las pruebas de Levene sobre la igualdad de las varianzas fueron significativas ( $p < .050$ ), el nivel de significatividad se estableció en:  $p < .001$ .

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

## Discusión

Los resultados de esta investigación han mostrado la posibilidad de capacitar a las personas con VIH para afrontar el estigma y el impacto positivo que esto ha tenido en la calidad de sus vidas. Los resultados mostraron una reducción del estigma percibido, un incremento en la autoeficacia percibida para afrontar el estigma y en la disposición al uso de estrate-

gias de aproximación, una disminución en las estrategias de evitación, y una mejora en la autoestima y la calidad de vida.

En primer lugar, en lo que al estigma hace referencia, se obtuvieron resultados diferentes según la dimensión evaluada. Por un lado, la percepción de estigma declarado se redujo únicamente en las personas que participaron en la primera edición del programa. Sobre este resultado es necesario hacer las siguientes consideraciones. Esta dimensión del estig-

ma evaluaba las experiencias personales de rechazo que habían tenido los participantes y su preocupación por las actitudes públicas de rechazo. Aunque la percepción es algo subjetivo, las experiencias de discriminación constituían una realidad para las personas participantes. Además, la existencia de rechazo en la sociedad española hacia las personas con VIH está documentada (Fuster et al., 2013). Esto podría explicar no haber encontrado cambios significativos en esta dimensión. Sin embargo, y dado que la intervención contemplaba la reestructuración de las creencias erróneas de los participantes que magnificaban el grado de rechazo existente en la sociedad, existen otras consideraciones que podrían explicar los resultados. Estas están relacionadas con las medidas utilizadas. En la primera edición se utilizó la escala de Berger et al. (2001) y la consistencia interna de esta dimensión del estigma fue muy alta. Sin embargo, en las otras dos ediciones, se utilizó una faceta de la batería de Remor et al. (2012), que presentó una consistencia interna baja. Esta baja fiabilidad puede haber afectado a los resultados.

Por otro lado, sí que se obtuvo una reducción en la dimensión del estigma internalizado. Además, esta reducción fue la que mayor tamaño del efecto presentó. Este resultado es relevante puesto que la literatura ha mostrado consistentemente los efectos negativos de la internalización del estigma en el bienestar de las personas con VIH, en la identidad social positiva, en la capacidad de buscar apoyo social, o en el afrontamiento del estigma (Fuster, 2011; Herek, 2013; Stutterheim et al., 2011; Visser et al., 2008).

Diversas investigaciones muestran, además, que los efectos del estigma internalizado en el bienestar están mediados por otras variables, entre ellas, la autoestima (Herek, Gillis, y Cogan, 2009). Sin embargo, el presente estudio halló que esta mejoró únicamente en las personas participantes en la primera edición de la intervención. Algunos autores señalan que, dado que la internalización del estigma es una actitud negativa hacia un aspecto del sí mismo, este constituye una forma de dominio específico de la baja autoestima (Herek, 2013). Es por tanto plausible la explicación de que existan otros dominios en la autoestima de las personas con VIH participantes que estuvieran afectados por otras variables distintas del estigma y que requieran de intervenciones específicas.

La intervención evaluada tenía también como objetivo capacitar a las personas participantes para afrontar el estigma. Para ello, no solo se entrenó en habilidades necesarias, sino que fue necesario intervenir sobre un importante moderador del afrontamiento, la autoeficacia percibida (Bandura, 1977; Lazarus y Folkman, 1984). Los resultados mostraron que las personas participantes incrementaron su percepción de autoeficacia para afrontar el estigma. Asimismo, se halló un incremento en la disposición al uso de estrategias de aproximación -control primario y secundario- y una reducción en la disposición a las de evitación. Estos resultados apuntan hacia la utilidad que tiene la formación en derecho antidiscriminatorio y en el uso de herramientas legales disponibles, en habilidades de comunicación y en técnicas de

auto-control emocional, para fomentar las estrategias de afrontamiento de aproximación ante el estigma.

Finalmente, también se halló una mejora significativa en la calidad de vida. Los cambios positivos fueron el resultado de la eficacia de la intervención en las variables que modulan el impacto del estigma en la calidad de vida. De acuerdo con la evidencia empírica, el estigma internalizado influye en la disminución de la autoeficacia percibida para afrontar el estigma (Fuster, 2011) y en el incremento de estrategias de evitación (Herek, 2013). Este tipo de estrategias tienen importantes costes en términos de reducción del apoyo social (Stutterheim et al., 2011) y en el incremento de diversos síntomas de malestar psicológico (Herek et al., 2009; Link, Castillo, y Stuber, 2008). Por su parte, los estilos de afrontamiento activos se relacionan con mejores conductas de salud y con un mayor bienestar físico y psicológico (Moscowitz, Hult, Bussolari, y Acree, 2009; Sanjuán, Molero, Fuster, y Nouvilas, 2013). Por tanto, la disminución de la internalización del estigma, el aumento de la auto-eficacia percibida para afrontar el estigma y de las estrategias de aproximación y la reducción de las de evitación logrado por la intervención, se revelan como variables clave para reducir el impacto del estigma en la calidad de vida de las personas con VIH.

Además de los hallazgos expuestos previamente, este estudio ha reunido varias de las fortalezas recomendadas en la literatura (Bos et al., 2013; Sengupta et al., 2011). En primer lugar, es un estudio que ha versado sobre uno de los desafíos que tiene la investigación sobre el estigma: su reducción. En la revisión sistemática sobre intervenciones para reducir el estigma realizada por Sengupta et al. (2011), únicamente tres estudios de los 19 que se seleccionaron finalmente, tenían como objetivo principal reducir el estigma. En segundo lugar, fue una intervención basada en los conocimientos actuales y en la evidencia empírica. En tercer lugar, esta investigación utilizó instrumentos de medida previamente validados en las personas con VIH en España. En la revisión sistemática citada, ninguno de los 19 estudios incluidos en la revisión utilizó medidas desarrolladas y validadas previamente. En cuarto lugar, como ya se ha señalado, este estudio incluyó una medida de calidad de vida. Tampoco ninguno de las intervenciones revisadas por Sengupta et al. (2011) incluían ninguna medida de salud. Dado el impacto del estigma en la salud tanto individual como pública (Clum, Chung, y Ellen, 2009; Logie y Gadalla, 2009; Steward et al., 2011), estos autores (Sengupta et al., 2011) recomendaban incluir alguna medida relacionada con la salud, que permitiese mostrar el impacto de las intervenciones en estos aspectos. Asimismo, este estudio, a diferencia de los anteriores, incluyó medidas de varios tipos de estigma y su población diana fueron las personas con VIH. Únicamente uno de los estudios mencionados tenía a esta población como diana de la intervención. Finalmente, este estudio se realizó con la colaboración del colectivo objeto de la intervención y las partes interesadas (Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb, y Fernandez, 2011; Bos, Schaalma, y Pryor, 2008).

Los resultados de esta investigación tienen importantes implicaciones. Capacitar a las personas con VIH para afrontar el estigma, no solo puede suponer una mejora en su bienestar físico y psicológico, sino que puede tener importantes repercusiones en términos de reducción del estigma asociado al VIH. La auto-aceptación, la autoestima y la visibilidad de las personas con VIH pueden influir en ello (Bos et al., 2008; Fuster et al., 2013). Sin embargo, no debemos olvidar, que las personas afectadas no tendrían por qué tener ninguna responsabilidad en reducir el estigma y la discriminación que sufren, por lo cual es necesario que se realicen de forma paralela intervenciones dirigidas a la población mayoritaria.

### Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la baja fiabilidad de alguna de las medidas utilizadas, en concreto la dimensión de estigma declarado utilizada en las dos últimas ediciones del programa y la dimensión de afrontamiento de evitación. Uno de los posibles motivos que han podido influir en ello son los pocos ítems que medían estas dimensiones. Es pues necesario tener en cuenta los efectos que la baja precisión de las medidas pueden tener en términos de atenuación de las correlaciones. Asimismo, será necesario en futuros estudios mejorar estas medidas.

En segundo lugar, existen limitaciones relacionadas con su diseño de carácter cuasi-experimental. El número de personas que se pudo reclutar para que participasen en los grupos control no equivalentes fue reducido. Además, no se pudo tomar más de una medida posterior. Estas limitaciones conllevan importantes amenazas a la validez interna. La literatura reconoce la dificultad de utilizar experimentos completamente aleatorios en el ámbito de la evaluación de programas (Cook, 1991), debido, entre otras cosas, a la comple-

idad de la realidad social. En el caso de esta investigación, las limitaciones de recursos tanto económicos como humanos de las ONG participantes, fue un escollo para poder realizar un diseño de evaluación de más alta intervención. Sin embargo, la literatura, teniendo en cuenta las limitaciones reconocidas de la evaluación de programas sociales, señala también algunas de las circunstancias que pueden ayudar a superar algunas de las amenazas a la validez. Entre ellas, se encuentra el partir de alguna teoría previa que pueda prever un patrón de respuestas en las medidas posteriores a la intervención (Sadish, Cook, y Campbell, 2002). Asimismo, se señala la utilidad de disminuir tanto como sea posible el tiempo transcurrido entre las dos mediciones (pre-test y post-test), ya que solo de esta forma se asegura que menos variables extrañas puedan afectar a los resultados (Pérez-Llantada, López de la Llave, y Gutierrez, 2009). En este sentido, el programa de intervención que se aplicó, se diseñó partiendo de una teoría previa y, dado que la intervención se realizó en un fin de semana, hubo un breve lapso de tiempo entre las dos medidas recogidas. Esto, unido al hecho de haber podido contar con grupo de control no equivalente, a la consistencia de los resultados, y a otras fortalezas reseñadas anteriormente, apuntan a que sea la intervención la que ha producido los cambios y no otras variables extrañas no controladas. Asimismo, y pese a las limitaciones, es necesario reconocer la importancia del esfuerzo de realizar evaluaciones en los programas de intervención llevados a cabo por ONGs y que sus limitaciones no sean un obstáculo para poder difundir esos resultados. Esta difusión, podrá redundar en que se inviertan más recursos, en que se profundice en el conocimiento, y en que se mejore la calidad de los diseños de evaluación, reforzando así las evidencias sobre la eficacia de dichas intervenciones.

### Referencias

- Agirrezabal, A., Fuster, M. J., y Valencia, J. (2009). Informe FIPSE. *Integración laboral de las personas con VIH. Estudio sobre la identificación de las necesidades laborales y la actitud empresarial*. Madrid: FIPSE.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*, 191-215.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H. y Fernandez, M. E. (2011). *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*. Jossey-Bass.
- Berger, B. E., Ferrans, C. E. y Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in Nursing Health*, *24*, 518-529. doi: 10.1002/nur.10011
- Bos, A. E., Pryor, J. B., Reeder, G. D. y Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology*, *35*, 1-9. doi: 10.1080/01973533.2012.746147
- Bos, A. E., Schaalma, H. P. y Pryor, J. B. (2008). Reducing AIDS-related stigma in developing countries: The importance of theory-and evidence-based interventions. *Psychology, Health & Medicine*, *13*, 450-460. doi: 10.1080/13548500701687171
- Bunn, J. Y., Solomon, S. E., Millar, C. y Forehand, R. (2007). Measurement of stigma in people with HIV: A re-examination of the HIV Scale. *AIDS Educ Prev*, *19*, 198-208. doi: 10.1521/aeap.2007.19.3.198
- Cao, H., He, N., Jiang, Q., Yang, M., Liu, Z., Gao, M., . . . Detels, R. (2010). Stigma against HIV-infected persons among migrant women living in Shanghai, China. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*, *22*, 45-454. doi:10.1521/aeap.2010.22.5.445
- Clum, G., Chung, S. E., Ellen, J. M., y Adolescent Medicine Trials Network for HIV/AIDS Intervention. (2009). Mediators of HIV-related stigma and risk behavior in HIV infected young women. *AIDS Care*, *21*, 1455-1462. doi:10.1080/09540120902883069
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thompsen, A. H. y Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress and poten-

- tial in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127. doi: 10.1037/0033-2909.127.1.87
- Cook, T. D. (1991). Clarifying the Warrant for Generalized Causal Inferences in Quasi-Experimentation. En M. W. McLaughlin y D. Phillips (Eds.), *Evaluation and Education at Quarter Century* (pp. 115-144). Chicago: National Society for the Study of Education, Chicago.
- Fuster, M. J. (2011). *La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento* (Tesis Doctoral). Recuperado de <http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=tesisuned:Psicologia-MJfuster&dsID=Documento.pdf>
- Fuster Ruiz de Apodaca, 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. Recuperado de [http://www.cesida.org/images/stories/documentacion/manual\\_cesida\\_potenciacion.pdf](http://www.cesida.org/images/stories/documentacion/manual_cesida_potenciacion.pdf)
- Fuster, M. J., Molero, F., Gil de Montes, L., Vitoria, A. y Agirrezabal, A. (2013). HIV- and AIDS-related stigma: Psychosocial aspects in a representative Spanish sample. *Spanish Journal of Psychology*, 16, 1-8. doi:10.1017/sjp.2013.52
- Gamst, G., Meyer, L. S. y Guarino, A. J. (2008). *Analysis of variance designs. A conceptual and computational approach with SPSS and SAS*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Herek, G. M., Gillis, J. R., y Cogan, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 32-43. doi: 10.1037/a0014672
- Herek, G. M., Saha, S. y Burack, J. (2013). Stigma and psychological distress in people with HIV/AIDS. *Basic and Applied Social Psychology*, 35, 41-54. doi: 10.1080/01973533.2012.746606
- Kalichman, S. C., Simabayi, L., Cloete, A., Mthembu, P. P., Mkhonta, R. N., y Ginindza, T. (2009). Measuring AIDS stigmas in people living with HIV/AIDS: the Internalized AIDS-Related Stigma Scale. *AIDS Care*, 21, 87-93. doi:10.1080/09540120802032627
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Link, B., Castille, D. M. y Stuber, J. (2008). Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses. *Social science & medicine*, 67, 409-419. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.015
- Logie, C. y Gadalla, T. M. (2009). Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. *AIDS Care*, 21, 742-53. doi: 10.1080/09540120802511877
- Miller, C. T. (2004). Social psychological perspectives on coping with stressors related to stigma. En S. Levin y C. van Laar (Eds.), *Stigma and group inequality* (pp. 21-44). Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Miller, C. T. y Major, B. (2000). Coping with stigma and prejudice. En T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, y J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 243-272). Nueva York: Guilford.
- Moscowitz, J. T., Hult, J. R., Bussolari, C. y Acree, M. (2009). What works in coping with HIV? A meta-analysis with implications for coping with serious illness. *Psychological Bulletin*, 135, 121-141. doi: 10.1037/a0014210
- Oliva, J. (2010). Labour participation of people living with HIV/AIDS in Spain. *Health economics*, 19, 491-500. doi: 10.1002/hec.1487
- ONUSIDA (2002). *Marco conceptual y bases para la acción. Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA*. Recuperado de [www.unaids.org](http://www.unaids.org)
- Pérez-Llantada, M. C., López de la Llave, A. y Gutierrez, T. (2009). *Evaluación de programas e intervenciones en psicología*. Madrid: DYKINSON, S.L.
- Remor, E., Fuster, M. J., Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Fumaz, C. R., González-García, M., ... 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
- Ruiz, M. A. y Baca, E. (1993). Design and validation of the "Quality of Life Questionnaire" ("Cuestionario de Calidad de Vida", CCV): A generic health-related quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 1, 19-32.
- Sanjuán, P., Molero, F., Fuster, M. J. y Nouvilas, E. (2013). Coping with HIV related stigma and well-being. *Journal of Happiness Studies*, 14(2), 709-722. doi: 10.1007/s10902-012-9350-6
- Sengupta, S., Banks, B., Jonas, D., Miles, M. S. y Smith, G. C. (2011). HIV interventions to reduce HIV/AIDS stigma: a systematic review. *AIDS and Behavior*, 15, 1075-1087. doi: 10.1007/s10461-010-9847-0
- Shadish, W. R., Cook, T. D. y Campbell, D. T. (2003). *Experimental and Quasi-experimental Designs for Generalized Causal Inference*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Steward, W. T., Chandy, S., Singh, G., Panicker, S. T., Osmand, T. A., Heylen E. y Ekstrand, M. L. (2011). Depression is not an inevitable outcome of disclosure avoidance: HIV stigma and mental health in a cohort of HIV-infected individuals from southern India. *Psychology, Health and Medicine*, 16, 74-85. doi: 10.1080/13548506.2010.521568
- Stutterheim, S. E., Bos, A. E., Pryor, J. B., Brands, R., Liebrechts, M. y Schaalma, H. P. (2011). Psychological and social correlates of HIV status disclosure: The significance of stigma visibility. *AIDS Education and Prevention*, 23, 382-392. doi: 10.1521/aeap.2011.23.4.382
- Tsutsumi, A. y Izutsu, T. (2010). Quality of Life and Stigma. En V. R. Preedy, R. R. Watson (Eds.), *Handbook of disease burdens and quality of life measures* (pp. 3490-3499). New York: Springer.
- Visser, M., Kershaw, T., Makin, J. D. y Forsyth, B. W. (2008). Development of parallel scales to measure HIV-related stigma. *AIDS Behavior*, 12, 759-771. doi: 10.1007/s10461-008-9363-7

(Artículo recibido: 07-02-2014; revisado: 25-06-2014; aceptado: 25-06-2014)